saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO 147
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2025
ISSN 2358-2898

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

EDITORA-CHEFE | *EDITOR-IN-CHIEF*
Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7877904356698023 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3152-1362 – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com

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

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*
Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9454572596499303 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7184-2342 – e-mail: arthur.chioro@unifesp.br
Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9372-7556 – e-mail: astolkiner@gmail.com
Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7288065169001393 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1931-3969 – e-mail: dotorana@gmail.com
Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira I Virgili (URV), Tarragona, España. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9303284609986584 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5122-7075 – e-mail: angel.martinez@urv.cat
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4908250087435573 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7285-9012 – e-mail: brenofontes@gmail.com
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9399101827181317 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8646-1769 – e-mail: cbotazzo@hotmail.com
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2991786514781013 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0921-098X – e-mail: stralen@medicina.ufmg.br
Debora Diniz – Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3865117791041119 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6987-2569 – e-mail: d.diniz@anis.org.br
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Ciudad de México, México. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1483-0390 – e-mail: emenendez1@yahoo.com.mx
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife (Pernambuco/PE), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5360319263720896 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8995-6089 – e-mail: freese@cpqam.fiocruz.br
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer – Faculdade de Direito de Vitória (FDV), Vitória (Espírito Santo/ES), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8933361259561564 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4303-4211 – e-mail: – elda.cab@gmail.com
Eli Iola Gurgel Andrade – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6869396953297183 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0206-2462 – e-mail: iola@medicina.ufmg.br
Elias Kondilis – Queen Mary University of London (QMUL), London, England. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9592-2830 – e-mail: kondilis@qmul.ac.uk
Fátima Sueli Neto Ribeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6080881395968179 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8201-4806 – e-mail: fatsuerj@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7267047092491530 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8084-921X – e-mail: gmachineski@gmail.com
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília (UnB), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6679654672181428 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8056-8824 – e-mail: helenocorrea@uol.com.br
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Lanús, Argentina. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4632132822346897 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5021-6377 – e-mail: hugospinelli09@gmail.com
Ingrid D'avilla Freire Pereira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5474471781659941 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2042-2871 – e-mail: ingriddavilla@gmail.com
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3961248159240172 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0783-262X – e-mail: jairnil@ufba.br
Jamilli Silva Santos – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador (Bahia/BA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5997468854789199 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8965-0904 – e-mail: jamilli.santos@ufba.br
Jean Pierre Unger – Institut de MédicineTropicale (IMT), Anvers, Belgique. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5152-6545 – e-mail: contact@jeanpierreunger.com
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4847808748249580 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1961-557X – e-mail: bragajcs@uol.com.br
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1818832385881541 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3745-4802 – e-mail: jrcarval@fiocruz.br
Kenneth Rochel de Camargo Jr. – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3585073727110885 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3606-5853 – e-mail: kenneth@uerj.br
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0424725782547579 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2646-9523 – e-mail: lenauralobato@uol.com.br
Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4385037327951834 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6522-545X – e-mail: ligiagiovanella@gmail.com
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas (RS), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5795415938371676 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5746-5170 – e-mail: luizfacchini@gmail.com
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4138758876612437 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3335-0619 – e-mail: odorico@saude.gov.br
Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7877904356698023 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3152-1362 – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza (Ceará/CE), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2295426092712681 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6461-3015 – e-mail: maria.salete.jorge@gmail.com
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia (Unal), Bogotá, Colombia. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3996-7337 – e-mail: mariohernandez62@gmail.com
Mario Parada – Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2526-5972 – e-mail: mapale.2008@gmail.com
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario (UNR), Rosario, Argentina. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6413-2120 – e-mail: roveremario@gmail.com
Maura Vanessa Silva Sobreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Caicó (Rio Grande do Norte/RN), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4231913524179274 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6804-4198 – e-mail: maurasobreira@ufrn.br
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5548618710308950 – Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6778-2834 – e-mail: pauloamarante@gmail.com
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5771733693652268 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9944-9195 – e-mail: paulo.buss@fiocruz.br
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém (Pará/PA), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9266787581530443 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1969-380X – e-mail: pttarso@gmail.com
Raquel Abrantes Pego – Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5598091671127726 – Orcid: https://orcid.org/0009-0005-6111-257X – e-mail: rabra.pego@gmail.com
Ronaldo Teodoro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8382058274832824 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0125-7700 – e-mail: ronaldosann@gmail.com
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (São Paulo/SP), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7427719296567082 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8772-3222 – e-mail: radorno@usp.br
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9598943377170446 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7678-7642 – e-mail: profsoniafleury@gmail.com
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5347631502837998 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4118-3443 – e-mail: sulamis@uol.com.br
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (Santa Catarina/SC), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7164075918880484 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1808-0681 – e-mail: wfolive@terra.com.br

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO 147
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2025

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

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 49, NÚMERO 147
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2025

EDITORIAL | *EDITORIAL*

Inaep: a ética de elite influente em oposição à ética compartilhada com o controle social
Inaep: the ethics of an influential elite in opposition to the ethics shared with democratic social control
Heleno Rodrigues Corrêa Filho

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e atravessamentos
Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care: Potentialities and intersections
Brunella Gomes Cordeiro, Jeremias Campos Simões, Welington Serra Lazarini, Jandesson Mendes Coqueiro

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal
Sexual and reproductive health of women affected by conjugal violence
Geovanna Carvalho Cardoso Lima, Lilian Conceição Guimarães de Almeida, Telmara Menezes Couto, Luana Moura Campos, Auricélia da Rocha Nunes, Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini

Tendência temporal e fatores associados à cobertura de saúde bucal satisfatória entre municípios baianos: 2001-2023
Temporal trends and factors associated with satisfactory oral health coverage among municipalities in Bahia: 2001-2023
Geysiane Souza Vale Dourado, Marcus Vinycius Valença de Alcântara, Carolina Matteussi Lino, Manoelito Ferreira Silva Junior

Rastreamento de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica à luz da sociedade de risco
Screening for chronic disease in Primary Health Care: A critical analysis in light of the risk society
Maria Izabel Sanches Costa, Aurea Maria Zöllner Ianni

Cuidados paliativos perinatais no Brasil: práticas e barreiras na perspectiva dos profissionais de saúde
Perinatal palliative care in Brazil: Practices and barriers from the perspective of healthcare professionals
Christianne Terra de Oliveira Azevedo, Maria de Fátima Junqueira-Marinho, Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

Gestões abusivas, reestruturações e suicídios de trabalhadores
Abusive management, organizational restructuring and workers suicides
Odete Reis, Sergio Roberto de Lucca

Movimentos de mudança no cuidado em saúde das mulheres em hospitais de ensino no Brasil
Movements toward change in women's health care in teaching hospitals in Brazil
Roberto Allan Ribeiro Silva, Larissa Fernanda do Couto Brandi, Ricardo Tavares, Serafim Barbosa dos Santos Filho, Gilles Monceau, Kleyde Ventura de Souza

Desenvolvimento e validação de índices de gestão operacional e estratégica para Centros de Especialidades Odontológicas
Development and validation of operational and strategic management indices for Dental Specialty Centers

Danilson Ferreira da Cruz, Livian Isabel de Medeiros Carvalho, Eduarda Gomes Onofre de Araújo, Edson Hilan Gomes de Lucena, Yuri Wanderley Cavalcanti, Luiz Medeiros Araujo Lima-Filho, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Regulação sanitária de produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação no Brasil: características e trajetória normativa
Sanitary regulation of cannabis-derived products authorized for importation in Brazil: Characteristics and regulatory trajectory

Gabriel Gouveia Clemente, Cátia Verônica dos Santos Oliveira, Marina Fajardo Villela Martins Pompílio da Hora, Elaine Silva Miranda, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, Ângela Fernandes Esher Moritz, Cláudia Du Bocage Santos Pinto

Mobilização social e participação cidadã nos conselhos de saúde
Social mobilization and citizen participation in health councils

Edna Moreira Barros, José Patrício Bispo-Júnior, Luzia Célia Batista Soares, Nívea Maria Silva Silveira, Berenice Temoteo-da-Silva, Mauro Serapioni

ENSAIO | *ESSAY*

Mobilidade ativa como prática corporal promotora da saúde no contexto escolar: oportunidades e desafios no Brasil
Active mobility as a health-promoting body practice in the school context: Opportunities and challenges

Livia Alessandra de Carvalho Teles, Ricardo Brandão de Oliveira, Silmara Vieira da Silva, Júlia Aparecida Devidé Nogueira

El derecho a la salud de los trabajadores y trabajadoras de salud en los países de Latinoamérica y el Caribe: ¿lejos de alcance?
The right to health of health care workers in Latin America and Caribbean countries: Far from reaching?

Michelle Guillou Maudet, Mario Parada-Lezcano

O novo modelo de alocação de recursos federais da APS 2024: variação dos repasses nos municípios paulistas
The new PHC 2024 federal resource allocation model: Variation in transfers in municipalities in São Paulo

Giovanna Lago Toccillo, Leonardo Carnut, Áquilas Mendes, Mariana Alves Melo

O papel das plataformas tecnológicas no Brasil como estratégia para preparação e resposta a pandemias
The role of technology platforms in Brazil as a strategy for pandemic preparedness and response
Cássia Dias Pereira, Janine Boniatti, Manoel Sebastião da Costa Lima Júnior, Wim Maurits Sylvain Degrave

REVISÃO | *REVIEW*

Estudos de avaliação em promoção da saúde na atenção primária: uma revisão de escopo
Evaluation studies on health promotion in primary care: A scoping review
Izaltina Adão, Dais Goncalves Rocha, Luiza Rahmeier Fietz Rios, Claudia Flemming Colussi

O cenário da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise
The scenario of phytotherapy in Primary Health Care in Brazil: An analysis
Betania Barros Cota, Tatiana Chama Borges Luz

ARTIGO DE OPINIÃO | *OPINION ARTICLE*

O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil
The hijacking of politics: Impacts of parliamentary amendments for democracy, federalism, and public health in Brazil
Sonia Fleury, Arnaldo Lanzara, Luciene Burlandy, Mônica de Castro Maia Senna, Fernanda Pernasetti, Rodolfo Scotelaro Porto Darrieux, Luiz Antonio da Silva Neves, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Virgínia Maria Dalfior Fava

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

A formação em medicina na Amazônia: experiências de movimentos estudantis para uma educação anticolonial e popular
Medical education in the Amazon: Experiences of student movements for an anticolonial and popular education
Johnnata Silva dos Santos

ENTREVISTA | *INTERVIEW*

A utopia pode ser concreta
Utopia can be concrete
Marcia Bandini, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

saúde
EM DEBATE

Inaep: a ética de elite influente em oposição à ética compartilhada com o controle social

Heleno Rodrigues Corrêa Filho[1,2]

DOI: 10.1590/2358-28982025147ED-P

O BRASIL ENTROU NA LISTA DOS PAÍSES QUE REGULAM A ÉTICA em pesquisa com seres humanos a partir de 1996[1]. Até aquela data, os pesquisadores brasileiros tinham de avaliar seus projetos em raros comitês de ética locais de poucas instituições acadêmicas de ensino e pesquisa ou indústrias farmacêuticas. Algumas referências sobre a natureza ética das pesquisas eram remetidas para comitês localizados no exterior, notadamente na Europa ou na América do Norte, onde eram conhecidos pela sigla 'IRB' (Internal Review Board).

A Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996[1], do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) – cujos membros são eleitos pelas organizações civis que participam do CNS. As resoluções da Comissão sempre passaram pela discussão do Plenário do CNS antes de serem homologadas e publicadas pelo Ministro da Saúde. A partir de sua criação, a composição da Conep atende a critérios de paridade entre usuários e voluntários participantes de pesquisa, sendo moldado, para eles, durante os projetos de pesquisa com seres humanos, o sistema de proteção de direitos.

Dessa maneira, surgiram resoluções longamente elaboradas sobre a pesquisa em saúde, não apenas relativas à 'pesquisa clínica', de interesse específico para testar tecnologias de diagnóstico, tratamento e acompanhamento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)[2]. O amplo espectro das pesquisas de interesse das pessoas humanas também abrangeu pesquisas sociais, antropológicas, psicossociais, políticas, econômicas e administrativas, ligando-as ao campo de testes farmacológicos e de procedimentos tecnológicos com pessoas humanas[2]. Ao longo dos 29 anos de funcionamento, surgiram resoluções normativas, infralegais (portarias ministeriais), para suprir a ausência de leis ou decretos que regulamentassem as pesquisas com seres humanos no Brasil.

No ano politicamente turbulento de 2015, em que se articulava o golpe de Estado que derrubou a Presidenta Dilma Rousseff em 2016, o Senado Federal aprovou o Projeto de Lei nº 200[3], de autoria inicial dos senadores Ana Amélia, Waldemir Moka e Walter Pinheiro. Esse projeto passou a tramitar na Câmara dos Deputados sob o nº 7.082, de 2017[4]. A tramitação 'em regime de urgência' se deu até o dia 8 de novembro de 2023, quando foi transformado na Lei Ordinária nº 14.874[2], em 29 de maio de 2024. Em 17 de junho de 2025, foram derrubados os vetos Presidenciais, os quais foram publicados no Diário Oficial da União em 2 de julho de 2025[5].

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

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

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Foram inúteis os esforços das organizações sociais ligadas à academia e aos serviços de saúde do SUS para mitigar os danos causados pela lei, que ocupou um espaço vazio na política de saúde do País. Inúmeros apelos foram feitos aos senadores e deputados para que considerassem que os direitos da Representação dos Participantes de Pesquisa (RPP) deviam ser o principal objetivo de qualquer lei destinada a regular a ética em pesquisa com seres humanos. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) fizeram romarias inúteis aos gabinetes dos legisladores, pedindo atenção aos aspectos éticos e à importância da defesa dos RPP. A lei final apresentou aspectos que jamais teria se as sociedades acadêmicas plurais tivessem, no mínimo, sido ouvidas. Veio a 'Lei Ruim', e a Presidência da República opôs vetos considerados pequenos e insignificantes aos maiores danos causados por ela. Alguns dos vetos acabaram sendo derrubados em sessão do Congresso Nacional.

Por que se diz que a lei é ruim? O principal motivo é o de submeter o Comitê que analisa a ética das pesquisas ao mando e à escolha de um representante do Poder Executivo – o Ministro de Estado da Saúde, aconselhado por um grupo assessor designado por um Secretário Nacional subordinado ao Ministro.

A Lei nº 14.874 incluiu um detalhe cruel: os voluntários de testes clínicos cujos resultados sejam positivos perdem o direito ao fornecimento gratuito do novo medicamento ou tecnologia após cinco anos de término do ensaio clínico. Isso pode ser 'reavaliado' pelo próprio pesquisador coordenador ou por representantes do 'patrocinador'. Não é mais obrigação fornecer o medicamento a quem foi voluntário, tenha sido membro do grupo de teste ou do grupo-controle. Se houver demandas negadas pelos patrocinadores, o SUS deverá pagar pelo fornecimento da nova tecnologia testada e aprovada apesar do risco corrido pelos voluntários que serão desassistidos após o quinto ano.

A nova lei destruiu o papel representativo principal do CNS, cujo enfoque nos RPP desapareceu, juntamente com os quase 30 anos de experiência normativa e articulada pela Conep. Igualmente, desapareceu a articulação nacional, centralizada na Conep, dos mais de 16 mil consultores voluntários, em cerca de 900 Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), que foram criados a partir da experiência do CNS com pesquisas em saúde, não somente com as 'pesquisas clínicas'. Para atender ao desejo de indústrias farmacêuticas e produtoras de tecnologias em saúde, com interesses específicos em angariar 'voluntários', aprovar e vender seus produtos, a lei considerou que a pesquisa em saúde com seres humanos era apenas de natureza clínica e tecnológica. O abandono dos CEP aos próprios conflitos locais e internacionais é cruel, pois cria uma república independente em cada CEP, com o controle local exercido por forças e poderes diversos do que possam orientar no País a busca por equidade científica.

Um aspecto ruim dessa lei foi atribuir ao Poder Legislativo função própria e exclusiva do Poder Executivo de criar estruturas governamentais e designar orçamento e forma de executar atividades finalísticas. Esse desencontro entre o Legislativo e o Executivo é conhecido como vício de iniciativa formal. A lei, de origem parlamentar, criou e organizou um órgão da administração pública federal (Instância Nacional de Ética em Pesquisa – Inaep no Ministério da Saúde), o que seria de iniciativa privativa do Presidente da República (art. 61, § 1º, II, "b" e "e", da Constituição Federal de 1988)[6]. Foi por esse motivo que a SBB ingressou no Supremo Tribunal Federal (STF) com Ação Direta de Inconstitucionalidade contra a Lei nº 14.874/2024.

Outro aspecto ruim da lei foi a subordinação da ética em pesquisa a um órgão do Executivo, com contato permanente com os interesses dos produtores e testadores de novas tecnologias em saúde. Quem produz tecnologias novas tem interesse em vê-las no mercado público ou privado, o que gera conflito de interesse

com quem deseja incorporar novas tecnologias em saúde, sejam elas 'duras' ou 'leves', compatíveis com a defesa ética dos participantes de pesquisa[7]. O governo brasileiro do período 2019-2022 queria aprovar o uso de medicamentos ineficazes e impedir o uso de vacinas e o isolamento social para supostamente controlar a pandemia da covid-19. Se tivesse os meios proporcionados pela nova lei 'de pesquisas clínicas', teria conseguido fazer o que desejava, sem encontrar resistência científica, social e legal.

Com a publicação da Lei nº 14.874/2024, passamos a um período de 'vazio legislativo' a partir de agosto de 2024. A lei não falava sobre manter em vigência as normas do CNS nem sobre o que fazer com a Conep, que continuava funcionando e julgando, em média, mais 300 novos projetos de pesquisa por mês, recebendo dos CEP projetos sensíveis, multicêntricos, internacionais, e sobre populações consideradas em situação de vulnerabilidade, tais como indígenas, quilombolas e outros povos tradicionais. Como a lei não previa que a estrutura antiga não funcionaria mais, houve um período em que as portarias regulatórias anteriores poderiam ser juridicamente contestadas, bem como os pareceres que aprovavam ou desaprovavam novos projetos. Sem decreto federal e sem portaria ministerial, nada valia, tudo passava a inexistir do ponto de vista legal e jurídico.

Houve um período de um ano, de agosto de 2024 a agosto de 2025, em que aconteceram expectativas e apelos renovados do Cebes, da Abrasco, da SBB e da Frente pela Vida para que, ao editar um decreto federal, o Presidente e o Ministro da Saúde pudessem atenuar os efeitos ruins da lei, colocando medidas de controle de danos, tal como trazer a estrutura e o funcionamento já testados e articulados durante quase 30 anos 'para dentro' da Inaep. Assim, foi criado o bordão 'Conep na Inaep', para solicitar que um decreto federal propiciasse o controle do conflito de interesses, a subordinação ao capital industrial patrocinador das pesquisas, e mantivesse o controle ético sobre os projetos de pesquisa nacionais.

Na fase político-administrativa da implantação da lei aprovada em 2024, integrantes da Conep tentaram retomar aspectos importantes, como a existência de controles éticos e sociais, para que o Presidente da República assinasse o decreto de regulamentação da lei e o Ministro da Saúde emitisse a portaria operacionalizando o futuro decreto. Destaca-se que isso aconteceu no Brasil em paralelo ao que, em abril de 2025, fez o governo dos Estados Unidos da América com a demissão do painel de especialistas, que cuidava da ética em pesquisa no National Institutes of Health (NIH), órgão ligado ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHHS).

Após mais de um ano de tratativas, desencontros, silêncios políticos e administrativos, manifestações escritas nos *sites* e surgimento de novas associações lobistas financiadas pelo poder industrial e tecnológico, finalmente veio o Decreto nº 12.651, de 7 de outubro de 2025, que piorou a Lei nº 14.874/2024[8]. Os pedidos das associações científicas e acadêmicas foram ignorados sob o argumento de que "*um Decreto não legisla sobre o que a Lei dispõe*". Não adiantou argumentar que o decreto pode acrescentar dispositivos que a lei não contempla, o que permitiria 'regulamentar' a 'Conep dentro da Inaep'. Assim, nada sendo feito.

A nova portaria editada pela Secretária Nacional da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Sectics) reduz o papel do CNS a 6 representantes (18%) da quota de votos de um Comitê de 33 participantes, dos quais 15 serão pessoas de notório saber designadas pelo Ministro da Saúde[9]. Uma vez instituído tal comitê, a Conep desaparece do mapa com todo o seu corpo articulado e referenciado a normas no período 1996-2025, e os CEP tornam-se núcleos autônomos, regulados pela Inaep dentro da nova formulação e composição.

Foi por esse motivo, e diante do insucesso de todas as demandas, que a maior parte dos Conselheiros da Conep decidiu renunciar e não mais emitir pareceres sobre os novos

projetos de pesquisa. Se o fizessem, estariam se expondo juridicamente, podendo todo o trabalho vir a ser invalidado mediante atos administrativos do Ministro ou da Sectics[10].

Sempre será possível corrigir e encontrar soluções legais, administrativas e políticas para os impasses no campo da saúde coletiva no Brasil. Desde 1976, o Cebes tem se posicionado em relação às questões organizativas, como foi o caso do Projeto Mais Médicos e, recentemente, do Projeto Agora Tem Especialistas, argumentando criticamente sobre as necessidades de corrigir aspectos legais, formais e políticos dessas grandes iniciativas estruturantes do SUS. Há a expectativa de, ao produzir consciência crítica, contribuição analítica e engajamento participativo, será possível impulsionar, de maneira adequada, o que pode ser visto como uma política frustrada de conciliar com os adversários e ignorar os aliados. Olhemos para o futuro.

Colaborador

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR); Conselho nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1996 out 16 [acesso em 2025 out 10]; Edição 201; Seção I:21082-5. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/10/1996&jornal=1&pagina=50&totalArquivos=96

2. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 maio 29 [acesso em 2025 out 10]; Edição 103; Seção I:3-7. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/05/2024&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=232

3. Senado Federal (BR). Projeto de Lei nº 200, de 2015 [Internet]. Dispõe sobre a pesquisa clínica. Brasília, DF: Senado Federal; 2015 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120560

4. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei nº 7.082, de 2017 [Internet]. Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2017 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2125189

5. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 jul 2 [acesso em 2025 out 25]; Edição 122; Seção I:2. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/07/2025&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=187

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

7. Merhy EE, Magalhães-Júnior HM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora HUCITEC; 2003. 296 p.

8. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.651, de 7 de outubro de 2025. Regulamenta a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 out 8 [acesso em 2025 out 25]; Edição 192; Seção I:3-5. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/10/2025&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=150

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 85, de 14 de outubro de 2025. Institui Grupo de Trabalho Temporário – GTT para apoiar o processo de implementação do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e da Instância Nacional de Ética em Pesquisa – INAEP. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 out 15 [acesso em 2025 out 25]; Edição 197; SeçãoI:170. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-85-de-14-de-outubro-de-2025-662764478

10. Lemes C. 26 conselheiros da Conep renunciam: Em defesa da proteção dos brasileiros participantes de pesquisas em saúde. VioMundo [Internet]. 2025 out 14 [acesso em 2025 out 25]; Saúde. Disponível em: https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/26-conselheiros-da-conep-renunciam-em-defesa-da-protecao-dos-brasileiros-participantes-de-pesquisas-em-saude.html

saúde
EM DEBATE

Inaep: the ethics of an influential elite in opposition to the ethics shared with democratic social control

Heleno Rodrigues Corrêa Filho[1,2]

DOI: 10.1590/2358-28982025147ED-I

BRAZIL HAS JOINED THE LIST OF COUNTRIES THAT REGULATE RESEARCH ethics with humans, starting in 1996[1]. Until that date, Brazilian researchers had to evaluate their projects through rare local ethics committees at a few academic institutions or pharmaceutical companies. Some references regarding the ethical nature of the research were provided by committees located abroad, notably in Europe or North America, which were known by the three-letter acronym 'IRB' (Internal Review Board).

Resolution No. 196, of October 10, 1996[1], from the National Health Council (CNS), established the National Research Ethics Committee (Conep)—whose members are elected by civil organizations that participate in the CNS. The resolutions of the Committee have always been discussed and approved by the CNS Plenary before being ratified and published by the Minister of Health. Since its creation, the composition of Conep ensures parity between users and volunteers involved in research, and during human research projects, a system is established to protect their rights.

In this way, long-developed resolutions regarding health research emerged, not only related to 'clinical research', which has a specific interest in testing diagnostic, treatment, and follow-up technologies for users of the Unified Health System (SUS)[2]. The broad spectrum of research of human interest also included social, anthropological, psychosocial, political, economic, and administrative studies, linking them to pharmacological test fields and technological procedures involving human subjects[2]. Over the 29 years of operation, normative, sub-legislative resolutions (ministerial ordinances) emerged to address the lack of laws or decrees regulating human research in Brazil.

During the politically turbulent year of 2015, when the coup d'état that ousted President Dilma Rousseff was being orchestrated in 2016, the Federal Senate approved Bill No. 200[3], initially authored by Senators Ana Amélia, Waldemir Moka, and Walter Pinheiro. This bill was processed in the Chamber of Deputies under No. 7,082, in 2017[4]. The 'urgent regime' processing ended on November 8, 2023, when it was transformed into Ordinary Law No. 14.8742 on May 29, 2024. On June 17, 2025, the Presidential vetoes were overturned, and these were published in the Official Gazette of the Union on July 2, 2025[5].

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

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

This article is published in Open Access under the Creative Commons Attribution license, which allows use, distribution, and reproduction in any medium, without restrictions, as long as the original work is correctly cited.

The efforts of social organizations affiliated with academia and the SUS health services to mitigate the damage caused by the law, which filled a void in the country's health policy, proved futile. Numerous appeals were made to senators and deputies to consider that the rights of Research Participants' Representation (RPP) should be the primary goal of any law intended to regulate ethics in research involving humans. The Brazilian Center for Health Studies (Cebes), the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco), and the Brazilian Society of Bioethics (SBB) made futile visits to the legislators' offices, pleading for attention to ethical aspects and the importance of defending RPP. The final law introduced aspects that would never have been included if plural academic societies had, at a minimum, been consulted. The 'Bad Law' was enacted, and the Presidency of the Republic vetoed specific provisions deemed minor and insignificant compared to the greater harms it caused. Some of these vetoes were eventually overturned in a session of the National Congress.

Why is it said that the law is bad? The main reason is that it requires the Committee that assesses research ethics to be overseen and selected by a representative of the Executive Branch—the Minister of Health—advised by an advisory group appointed by a National Secretary, who is subordinate to the Minister.

Law No. 14,874 included a cruel detail: volunteers in positive clinical trials lose the right to free access to the new medication or technology five years after the trial ends. This may be 'reevaluated' by the principal research coordinator or by representatives of the 'sponsor.' It is no longer obligatory to provide medication to those who volunteered, whether they were in the test or control group. If sponsors deny requests, the Unified Health System (SUS) must pay for the provision of the tested and approved new technology, despite the risks volunteers will face after the fifth year.

The new law destroyed the CNS's central representative role, whose focus on RPP disappeared along with almost 30 years of normative experience articulated by Conep. Similarly, the national coordination, centralized in Conep, of over 16,000 volunteer consultants in about 900 Research Ethics Committees (REC), which were created based on the CNS's experience with health research, not only with 'clinical research', also disappeared. To meet the wishes of pharmaceutical industries and health technology producers, with specific interests in recruiting 'volunteers', approving, and selling their products, the law considered health research involving humans to be only of a clinical and technological nature. The abandonment of RECs to their own local and international conflicts is cruel, as it creates an independent republic in each REC, with local control exercised by various forces and powers that may steer efforts for scientific equity within the country.

One negative aspect of this law was assigning to the Legislative Branch a role exclusive to the Executive Branch: creating government structures, allocating budgets, and determining ways to carry out operational activities. This mismatch between the Legislative and Executive branches is called a formal initiative flaw. The law, originating from parliament, created and organized a federal public administration body (National Research Ethics Board – Inaep in the Ministry of Health), which should have been solely initiated by the President of the Republic (art. 61, § 1, II, "b" and "e", of the Federal Constitution of 1988)[6]. This was the reason why SBB filed a Direct Action of Unconstitutionality before the Federal Supreme Court (STF) against Law No. 14,874/2024.

Another negative aspect of the law was the subordination of research ethics to an executive agency, with constant contact with the interests of producers and testers of new health technologies. Those who develop new technologies are interested in seeing them on the public or private market, which creates a conflict of interest with those seeking to incorporate new health technologies, whether 'hard' or 'soft,' that are compatible with the

ethical defense of research participants[7]. During the 2019-2022 period, the Brazilian government sought to approve the use of ineffective medications and to prevent the use of vaccines and social distancing to supposedly control the COVID-19 pandemic. Had they had the means provided by the new 'clinical research' law, they would have been able to do what they desired without facing scientific, social, and legal resistance.

With the publication of Law No. 14,874/2024, we entered a period of 'legislative void' starting in August 2024. The law did not specify whether to maintain the CNS's regulations in effect, nor what to do with Conep, which continued to operate and review an average of 300 new research projects per month, receiving sensitive, multicenter, international projects, and projects involving populations considered vulnerable, such as indigenous peoples, quilombolas, and other traditional communities. As the law did not foresee that the old structure would no longer function, there was a period during which previous regulatory ordinances could be legally contested, as well as the opinions that approved or disapproved new projects. Without a federal decree or a ministerial ordinance, nothing had legal validity; everything was considered non-existent from a legal and juridical standpoint.

There was a one-year period, from August 2024 to August 2025, during which renewed expectations and appeals were made by Cebes, Abrasco, SBB, and the Front for Life for the President and the Minister of Health to issue a federal decree that could mitigate the adverse effects of the law by implementing damage control measures, such as incorporating the structure and operations already tested and coordinated over nearly 30 years 'into' Inaep. Thus, the slogan 'Conep in Inaep' was created to request that a federal decree promote conflict-of-interest controls, subordination to the industrial capital sponsoring the research, and maintain ethical oversight of national research projects.

During the political-administrative phase of implementing the law approved in 2024, members of Conep attempted to revisit essential aspects, such as the existence of ethical and democratic social controls, so that the President of the Republic would sign the regulation decree of the law and the Minister of Health would issue the operational order for the future decree. It is noteworthy that this occurred in Brazil in parallel with what, in April 2025, the government of the United States of America did by dismissing the panel of experts responsible for ethics in research at the National Institutes of Health (NIH), an agency linked to the Department of Health and Human Services (DHHS).

After more than a year of negotiations, misunderstandings, political and administrative silences, written protests on websites, and the emergence of new lobbyist associations funded by industrial and technological powers, finally came Decree No. 12,651, of October 7, 2025, which worsened Law No. 14,874/2024[8]. The requests from scientific and academic associations were ignored because "*a Decree does not legislate on what the Law provides*". It was useless to argue that the decree can add provisions that the law does not include, which would allow for the 'regulation' of the 'Conep within the Inaep'. Thus, nothing was done.

A new ordinance issued by the National Secretary of the Secretariat of Science, Technology and Innovation and the Health Economic-Industrial Complex (Sectics) reduces the role of the CNS to 6 representatives (18%) of the voting quota of a Committee of 33 participants, of whom 15 will be persons with notable expertise appointed by the Minister of Health[9]. Once such a committee is established, the Conep disappears from the map with its entire body linked and referenced to standards from 1996-2025, and the Ethics Committees become autonomous centers, regulated by Inaep within the new structure and composition.

That is why, given the failure of all requests, most of the Councilors of Conep decided to

resign and no longer issue opinions on new research projects. If they did, they would be exposing themselves legally, and all the work could be invalidated through administrative acts by the Minister or Sectics[10].

It will always be possible to find legal, administrative, and political solutions to the deadlocks in public health in Brazil. Since 1976, Cebes has taken positions on organizational issues, such as the More Doctors Project and, more recently, the Now Has Specialists Project, critically arguing for the need to address the legal, formal, and political aspects of these major structural initiatives of SUS. There is an expectation that, by fostering critical awareness, analytical contributions, and participatory engagement, it will be possible to properly promote what can be seen as a failed policy of trying to reconcile with opponents while ignoring allies. Let us look to the future.

Colaborator

Corrêa Filho HR (0000-0001-8056-8824)* is responsible for preparing the manuscript. ■

References

1. Ministério da Saúde (BR); Conselho nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1996 out 16 [acesso em 2025 out 10]; Edição 201; Seção I:21082-5. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/10/1996&jornal=1&pagina=50&totalArquivos=96

2. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 maio 29 [acesso em 2025 out 10]; Edição 103; Seção I:3-7. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/05/2024&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=232

3. Senado Federal (BR). Projeto de Lei nº 200, de 2015 [Internet]. Dispõe sobre a pesquisa clínica. Brasília, DF: Senado Federal; 2015 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120560

4. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Lei nº 7.082, de 2017 [Internet]. Dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2017 [acesso em 2025 out 25]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2125189

5. Presidência da República (BR). Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 jul 2 [acesso em

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

2025 out 25]; Edição 122; Seção I:2. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/07/2025&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=187

6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

7. Merhy EE, Magalhães-Júnior HM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora HUCITEC; 2003. 296 p.

8. Presidência da República (BR). Decreto nº 12.651, de 7 de outubro de 2025. Regulamenta a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 out 8 [acesso em 2025 out 25]; Edição 192; Seção I:3-5. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/10/2025&jornal=515&pagina=3&totalArquivos=150

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 85, de 14 de outubro de 2025. Institui Grupo de Trabalho Temporário – GTT para apoiar o processo de implementação do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e da Instância Nacional de Ética em Pesquisa – INAEP. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2025 out 15 [acesso em 2025 out 25]; Edição 197; SeçãoI:170. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sectics/ms-n-85-de-14-de-outubro-de-2025-662764478

10. Lemes C. 26 conselheiros da Conep renunciam: Em defesa da proteção dos brasileiros participantes de pesquisas em saúde. VioMundo [Internet]. 2025 out 14 [acesso em 2025 out 25]; Saúde. Disponível em: https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/26-conselheiros-da-conep-renunciam-em-defesa-da-protecao-dos-brasileiros-participantes-de-pesquisas-em-saude.html

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e atravessamentos

Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care: Potentialities and intersections

Brunella Gomes Cordeiro[1], Jeremias Campos Simões[2], Welington Serra Lazarini[1], Jandesson Mendes Coqueiro[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710858P

RESUMO Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa fundamentado na Análise Institucional, na vertente da Socioanálise, tendo como objetivo compreender as potencialidades e os atravessamentos da implementação das práticas integrativas na atenção primária à saúde. Para isso, realizaram-se entrevistas com 12 profissionais de saúde do município de Serra (ES). Foram apontados aumento das ações de autocuidado; escuta acolhedora e fortalecimento de vínculo com a comunidade como potencialidades da implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Por outro lado, o modelo biomédico; déficit na educação permanente; falta de espaço físico e insumos foram citados pelos profissionais como atravessamentos da implementação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. A integração das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde promove a reflexão sobre a necessidade de uma saúde coletiva que valorize abordagens holísticas e respeite a diversidade de saberes e práticas, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde. O estudo trouxe como considerações demandas de intensificação dos investimentos na educação permanente; financiamento; infraestrutura e reconstrução de paradigma para além do modelo biomédico hegemônico, o qual é orientado pela Organização Mundial da Saúde, em que se baseia a saúde nos determinantes sociais.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Terapias complementares.

ABSTRACT *This is a qualitative study based on Institutional Analysis, in the Socioanalysis perspective, with the objective of understanding the potentialities and intersections of implementing integrative practices in primary health care. For this purpose, interviews were conducted with 12 health professionals from the city of Serra-ES. The increase in self-care actions; welcoming listening and strengthening of ties with the community were pointed out as potentialities of implementing Integrative and Complementary Practices in Health. On the other hand, the biomedical model; deficit in continuing education; lack of physical space and supplies were cited by professionals as obstacles to the implementation of integrative and complementary practices in primary health care. The integration of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care promotes reflection on the need for collective health that values holistic approaches and respects the diversity of knowledge and practices, aligning with the principles of the Unified Health System. The study brought as considerations the demands for intensifying investments in continuing education; financing; infrastructure and reconstruction of a paradigm beyond the hegemonic biomedical model, which is guided by the World Health Organization and which bases health on social determinants.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Unified Health System. Complementary therapies.*

[1] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. *brunella_cordeiro@hotmail.com*

[2] Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio das Ostras (RJ), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial na organização dos sistemas de saúde, constituindo-se como a principal porta de entrada para os usuários. A Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil caracteriza a APS como uma estratégia abrangente voltada para a saúde, que inclui atividades de promoção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento de problemas de saúde frequentes e reabilitação[1]. Além disso, destaca-se pela abordagem centrada no usuário e na coletividade, com cuidados acessíveis, contínuos e integrados que compartilham tanto as condições clínicas quanto os determinantes sociais da saúde[2].

Entre os cuidados que abordam os determinantes sociais da saúde, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) compreendem abordagens médicas amplas e práticas terapêuticas, reconhecidas pela OMS como 'Medicina Tradicional e Complementar Alternativa'[3](7) (MT/MCA). Essas práticas estimulam mecanismos naturais de recuperação, enfatizando a escuta protegida, o vínculo terapêutico e a integração entre o ser humano, o ambiente e a coletividade[3].

No Brasil, as Pics foram institucionalizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, com a portaria GM/MS nº 971, com cinco práticas iniciais: Homeopatia, Acupuntura, Medicina Antroposófica, Fitoterapia e Termalismo Social[4]. Posteriormente, as portarias GM/MS nº 849/2017 e GM/MS nº 702/2018 expandiram essa lista para 29 práticas, incluindo Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Dança Circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais, Yoga[5].

No âmbito da APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta ações para promover saúde, prevenir doenças e reabilitar condições, fortalecendo a autonomia dos usuários e os vínculos com os profissionais de saúde[6]. A integração das Pics nesse contexto evidencia possibilidades terapêuticas que ampliam o alcance das ações interdisciplinares, permitindo cuidados mais completos e eficazes, e que complementam o modelo biomédico predominantemente, promovendo mudanças nos paradigmas de cuidado em saúde[7].

Entretanto, há desafios a serem enfrentados na implementação das Pics na APS. Entre os principais entraves estão a falta de recursos financeiros e de insumos, a ausência de espaços específicos para as práticas e a formação insuficiente ou desigual dos profissionais. Além disso, a hegemonia do modelo biomédico e a precarização dos vínculos de trabalho dificultam a continuidade das práticas, evidenciando a necessidade de investimentos em políticas públicas que ampliem a infraestrutura, incentivem a educação permanente em saúde e sensibilizem os gestores e profissionais[8]. Dessa forma, considerando a importância do fortalecimento das Pics para se pensar em um cuidado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), este estudo tem como objetivo analisar o discurso dos profissionais de saúde quanto à implementação das Pics na APS.

Material e métodos

Este estudo é de abordagem qualitativa, fundamentado na Análise Institucional (AI), mais especificamente, na sua vertente Socioanalítica. A Socioanálise é uma das correntes que integram o Movimento Institucionalista e se fundamenta na análise das relações entre partes envolvidas no campo social e o sistema, sejam manifestos ou ocultos das instituições. As instituições apresentam um movimento gerador (instituinte), que origina um produto (instituído) e um processo (institucionalização), controlando atividades humanas e regulando o que é permitido, proibido ou indiferente, materializando-se em organizações e estabelecimentos[9,10], como

os serviços de saúde, por exemplo. Essa abordagem oferece subsídios para analisar relações, convenções e práticas habituais dos integrantes de uma organização, utilizando dispositivos analisadores que promovem a emergência dos não ditos, permitindo a externalização do que está velado[11].

O âmbito deste estudo foi composto por doze profissionais de saúde que trabalhavam na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Serra, no Espírito Santo, e que desenvolveram alguma Pics na APS, em observância aos critérios de inclusão: ser profissional de saúde do município de Serra (ES); ser formado em Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Nutrição e Fonoaudiologia, devido às conformidades dos conselhos federais e regionais acerca da normatização das Pics pelos órgãos regulamentadores dos profissionais; ter realizado pelo menos alguma das 29 Pics regulamentadas pela PNPIC na APS do município de Serra (ES). Aqueles impossibilitados de participar do estudo durante a coleta de dados devido a afastamentos, férias ou atestados no período da entrevista enquadraram-se nos critérios de exclusão.

A produção do material se deu por meio da entrevista projetiva, com o uso de uma manta com objetos das Pics. O trabalho de campo, implementado de setembro a outubro de 2024, foi dividido em três etapas. A primeira etapa consistiu na criação de um dispositivo analisador, e foi denominada 'manta dissertativa', que consistia em uma manta de crochê, disposta no espaço sugerido pelo entrevistado, composta de objetos, fotos, livros, folhetos, ervas, tapete de yoga, ventosas, instrumentos que remetessem às 29 Pics, e serviu de suporte para a realização da entrevista projetiva, uma vez que essa técnica, conforme posto por Goldenberg[12], emprega elementos visuais para incentivar a reação dos participantes da pesquisa.

Na etapa seguinte, foi feito o sorteio do primeiro participante do estudo através de uma relação nominal dos profissionais, disponibilizada pela superintendência de APS do município, em que se dispunham os dados referentes aos profissionais que alegavam realizar alguma Pics na APS. Posteriormente, foi realizado contato por e-mail e telefone, ao primeiro profissional a ser entrevistado, com o intuito de convidá-lo para participar da pesquisa, sendo realizada uma breve explicação sobre o estudo. Em seguida, houve o agendamento da entrevista em horário e local estabelecidos pelo participante do estudo.

A etapa seguinte foi demarcada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia com o entrevistado, e pela realização da entrevista projetiva, com duração máxima de 60 minutos e registrada com uso de gravador. Após a exposição da 'manta dissertativa', foi disparada a seguinte questão norteadora: 'Quero que você me conte, a partir da exposição destes objetos na manta, como tem sido a realização das Pics na Atenção Primária à Saúde. Você pode levar o tempo que for necessário para isso, podendo também dar detalhes, pois tudo que for importante para você constitui material de interesse para esta pesquisa'.

Após a finalização de cada entrevista, o participante do estudo indicou outro profissional de saúde para participar da pesquisa, conforme a técnica denominada Bola de Neve. Essa técnica tem como método a amostra não probabilística e se baseia em cadeias de referência, em que cada participante indica o próximo a ser entrevistado, até que se atinja o número proposto de participantes ou a contemplação do assunto. Embora tenha suas limitações, a amostragem em Bola de Neve pode ser eficaz na pesquisa de grupos que são difíceis de se acessar ou estudar, especialmente quando não se tem uma estimativa de sua quantidade. Ademais, esse tipo específico de amostragem é valioso para investigar temas sensíveis e de natureza privada, exigindo, assim, o conhecimento prévio das pessoas que fazem parte do grupo ou que são reconhecidas por ele, para identificar informantes para a pesquisa[13].

Após os encontros, as entrevistas foram transcritas e foi realizada a leitura acurada de

todo material. O corpus discursivo consistiu no conjunto de discursos dos profissionais de saúde, analisado à luz dos conceitos da Socioanálise, permitindo observar as linhas que surgiram durante as entrevistas, desenvolvendo-se, assim, a análise, o que fez emergirem os atravessamentos e potencialidades da implementação das Pics na APS.

O estudo foi realizado a partir da anuência da Secretaria de Saúde do município de Serra (ES) e mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o registro CAAE nº 79783224.8.0000.5060, parecer nº 688.5107. Com o objetivo de garantir a confidencialidade, atribuiu-se a cada sujeito entrevistado o nome de um óleo essencial (OE), insumo utilizado na prática de aromaterapia.

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes

O estudo contou com a participação de 12 profissionais de saúde, todas do sexo feminino, com idades entre 29 e 60 anos. Com relação à identificação étnico-racial, seis participantes se autodeclararam brancas, cinco negras e uma amarela. Quanto à religião, o catolicismo foi predominante, com cinco participantes, seguido por uma participante em cada uma das categorias: kardecismo, cristianismo, umbandismo, espiritismo e agnosticismo.

Nos aspectos profissionais, o tempo de atuação na RAS do município variou entre 4 e 30 anos. Seis profissionais ingressaram por concurso público e outras seis por contrato. Com relação à formação, a maioria das participantes era enfermeira (seis), quatro eram médicas, uma cirurgiã-dentista e uma educadora física.

Os participantes do estudo declararam formações em diversas Pics, incluindo reiki, meditação, florais de Bach, constelação familiar, aromaterapia, auriculoterapia, homeopatia, acupuntura, massoterapia, bioenergética e hipnose.

Quanto às atividades desenvolvidas na APS, foram mencionadas a prática de meditação, reiki, auriculoterapia, acupuntura, aromaterapia e homeopatia. Além disso, onze participantes relataram já ter prescrito pelo menos um fitoterápico entre os três medicamentos fitoterápicos disponibilizados na rede municipal.

Quanto ao processo de formação e certificação, onze profissionais citaram que o investimento foi realizado por conta própria, enquanto apenas dois tiveram acesso à formação gratuita, por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (Avasus).

Cinco participantes também mencionaram que estão em processo de formação, com investimento próprio, em yoga, acupuntura, reiki e ayurveda. Com relação ao público que participava das atividades de Pics, os participantes relataram que apenas usuários adultos participavam das ações que aconteciam nos grupos ou no atendimento individualizado.

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Atenção Primária à Saúde: atravessamentos e potencialidades

O relatório divulgado pela OMS 'WHO Traditional Medicine Estrategy, 2014-2023' destaca um aumento significativo na utilização das Pics na última década. Entre os fatores citados estão a crescente demanda gerada por doenças crônicas; o aumento dos custos nos serviços de saúde, que faz com que as pessoas busquem alternativas de cuidado; a insatisfação com os serviços de saúde disponíveis; o renascimento do interesse por abordagens holísticas e preventivas; e a preferência por tratamentos que priorizem a qualidade de vida, especialmente quando a cura não é viável[3].

No Brasil, o Ministério da Saúde, tendo necessidades sanitárias, por meio de discussões dos profissionais militantes e pesquisadores envolvidos com a temática, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), propôs em seu

relatório final a implantação de 'práticas alternativas de assistência'. E na 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), com a temática atenção integral à saúde, realizou o diagnóstico situacional das práticas integrativas no território nacional, em 2004, dados que fomentaram a PNPIC e instituíram as Pics[14].

Após trinta e dois anos da publicação do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 2018, parte da utilização das Pics acontece de maneira independente, seja antes, após ou simultaneamente ao atendimento biomédico, dentro de um cenário de pluralidade nos cuidados com a saúde. O aumento da utilização das Pics foi impulsionado pela alta demanda dessas práticas pela população, o que pode ser explicado por diversos fatores: acessibilidade e relativa eficácia; insatisfação com relação aos serviços com orientação ao modelo biomédico (que tendem a ser impessoais, invasivos e a gerar efeitos adversos); e a valorização das virtudes, como o desenvolvimento do autocuidado, entendido como prática coletiva, política e relacional, emergente do encontro entre sujeitos, o que abre espaço para escolhas de práticas saudáveis, corresponsabilidade do usuário ao tratamento, fortalecimento do vínculo profissional-usuário, além de proporcionar uma experiência mais satisfatória e uma melhor adesão ao tratamento convencional[15,16] .

A oferta de Pics na APS representa um fortalecimento da PNAB, uma vez que o uso dessas práticas nesse nível de atenção à saúde aperfeiçoa a integralidade, por meio de uma visão holística, com enfoque social, respeitando o contexto da realidade individual e comunitária, estimulando a autonomia dos usuários do sistema, fortalecendo o elo familiar e o vínculo usuário-profissionais de saúde, ou seja, reforça as normas e diretrizes do SUS.

Com a utilização do dispositivo ('manta dissertativa') empregado nos encontros com os participantes da pesquisa, foi percebida a presença de alguns analisadores sobre a implementação das Pics na APS. Segundo Lourau[16], a identificação dos analisadores é um aspecto fundamental da pesquisa, por possibilitar a análise, permitindo a compreensão da instituição invisível, ou seja, as normas, regras implícitas, valores e ideologias que estruturam práticas sociais sem aparecerem de forma declarada; e as relações de poder, modos de funcionamento e controle que não estão escritos em estatutos, mas que organizam a vida coletiva, por exemplo[16]. Lourau[17] afirma que é o analisador que faz análise, dessa forma, os analisadores podem ser elaborados ao longo do processo ou aparecer de maneira espontânea, sendo que, a partir da sua identificação, é possível descobrir aspectos não expressos sobre grupos e organizações, assim como sobre seu funcionamento. Os analisadores contribuem para revelar o que estava oculto, desestruturar o que estava, de certa maneira, organizado e atribuir um novo significado a fatos já conhecidos[9]. Dessa maneira, por meio das entrevistas dos profissionais de saúde que realizam Pics na APS, foram percebidos os seguintes analisadores: valorização do modelo biomédico; déficit na educação permanente em saúde; falta de espaço físico e insumos para realização das Pics.

Sobre a valorização do trabalho biomédico na APS – um dos analisadores –, destacam-se as seguintes declarações:

> *Hoje existe, mesmo na atenção primária, uma preocupação muito grande em fornecer uma receita, prescrições, medicamentos [...].* (OE Copaíba).

> *Antes, eu juntava um grupo de 30 usuários, abria vagas, distribuía kits, fazia uma palestra completa, todos os meus pacientes encontravam uma orientação de higiene bucal, de dieta, depois foi solicitado para que isso fosse interrompido. Hoje, a gente nem tem auditório. O auditório foi transformado em salas, consultórios para os médicos.* (OE Rosa).

> *A medicina na APS não é só de injetar medicações na veia. A saúde é uma coisa muito ampla, a saúde começa com bem-estar físico, emocional, biopsicossocial, individual, comunitária, de relacionamento. Assistir o paciente tem sido atender um pedaço de órgão doente.* (OE Ylang Ylang).

O modelo biomédico de atenção à saúde limita-se a considerar os aspectos biológicos dos indivíduos, ignorando o contexto em que esses cuidados são realizados. Assim, a abordagem foca predominantemente na doença, muitas vezes, deixando de lado uma análise completa do indivíduo e de sua subjetividade. Isso resulta em uma priorização das ações de recuperação e reabilitação, em detrimento das iniciativas voltadas à promoção e proteção da saúde[18,19].

Atualmente, a transição epidemiológica impõe a necessidade de uma nova perspectiva na área da saúde, em que os determinantes sociais da saúde ganham importância e passam a ser fundamentais nas decisões sobre estratégias de prevenção e promoção. A saúde deve ser vista não apenas como a ausência de enfermidade. Além disso, em função dos altos custos associados às intervenções biomédicas, há um crescente interesse na elaboração de práticas de saúde que ofereçam assistência de maneira mais integrada e menos invasiva[20]. O enfoque biomédico na atenção à saúde tende a reduzir os indivíduos à sua dimensão biológica, desconsiderando os aspectos sociais e espirituais que os envolvem. Assim, esse modelo frequentemente ignora as particularidades do cuidado, evidenciando a necessidade de promover intervenções voltadas à saúde integral.

No Brasil, o modelo biomédico ainda é predominante, influenciando a formação acadêmica dos profissionais de saúde. A ausência de disciplinas sobre as Pics nos currículos, somada à falta de programas de educação permanente, representa um obstáculo importante para sua implementação. Esse cenário gera resistência entre os profissionais, muitas vezes, por insegurança no uso das Pics ou por comparações inadequadas com o modelo biomédico, o que pode levar à desvalorização do cuidado integrativo. Apesar de existirem diretrizes do Ministério da Educação que incentivam a reorientação da formação, é essencial que a graduação aborde essas práticas de forma articulada e integrada. Além disso, para quem já está formado, é necessário criar políticas de educação permanente que assegurem a aplicação efetiva e responsável das Pics, fortalecendo-as como ferramentas que ampliam e qualificam o cuidado em saúde[21]. Com relação à Educação Permanente em Saúde sobre as Pics, os profissionais de saúde entrevistados apresentaram as seguintes elocuções:

> *[...] Capacita, sensibiliza. Tudo eu preciso sentir, porque é que eu sei que a dipirona corta a dor física? Porque eu tomei a dipirona. Como eu sei que o reiki me dá um relaxamento?! Eu preciso de sentir, eu preciso conhecer. Os profissionais precisam conhecer. A gestão precisa conhecer. Vivenciar e socializar! Ainda é algo desconhecido na prática, não é só trazer a teoria. É preciso experimentar, instruir e inserir na realidade do serviço.* (OE Laranja Doce).

> *Os gestores, os coordenadores, os médicos, as pessoas precisam ser educados. Educação permanente para o profissional conhecer mais sobre o assunto.* (OE Capim Limão).

> *Antes, os profissionais para fazer treinamento eram liberados. Hoje em dia, a gestão acha que o profissional está à toa, até mesmo nas reuniões, aqui. Acha que não vai somar em nada. A impressão que eu tenho é que a gestão acha que a educação no serviço e fora dele atrapalha no atendimento.* (OE Bergamota).

> *[...] Primeiro informando todos os profissionais, não somente dos de nível superior, mas os técnicos, auxiliares de serviço bucal e os administrativos. Você conhece, já ouviu falar sobre as práticas integrativas? Você conhece os benefícios? Quais são que você pode fazer? Primeiro pensar em capacitar, experimentar e educar! Esse conversar, tecnicamente, a gente sabe que é educação permanente.* (OE Malaleuca).

É importante destacar que entre as estratégias de implementação das Pics na APS, a Educação Permanente em Saúde visa a estimular debates quanto à integralidade do cuidado, firmada pelo crescente uso de tecnologias

assistenciais integrativas e as necessidades da população. A Educação Permanente em Saúde é uma das grandes estratégias do SUS acerca da educação para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, na qual os participantes discutem possibilidades para a implementação de cursos e ações que realmente alcancem os objetivos esperados, alinhados às necessidades dos serviços[22].

Quanto ao espaço físico e à falta de insumos disponibilizados para as Pics, um dos analisadores deste estudo, apontam-se os seguintes trechos dos participantes da pesquisa:

> *Quando tá chovendo aqui, eu dou aula em uma parte coberta, onde tem as mesinhas de dama, onde as pessoas ficam jogando ou fumando, lá! Às vezes, eu tô dando aula de ginástica, e as pessoas ficam fumando. Mas, quando chove, eu só tenho aquele espaço coberto, eu só tenho aquele lugar coberto, eu não tenho outro espaço coberto ao redor. Lá, eu não tenho condições de fazer aula de yoga, é sujeira, cachorro faz as necessidades, é um lugar inapropriado, mas é o único lugar que eu tenho quando chove.* (OE Gerânio).

> *Se você for fazer yoga com zumba?! Com gente falando, gritando, criança correndo, barulho de compressor da odontologia! Não vai funcionar! Para começar, tem que ter um ambiente tranquilo e apropriado.* (OE Jasmim).

> *Olha, o meu medo é de ter a dificuldade de não poder ir além [...] de nem ter o material. Eu posso começar com a semente que é mais barata, mas até quando eu vou usar semente?! E quanto de paciente que eu vou atender? Não tendo material disponibilizado pelo serviço, é pago pelo meu bolso.* (OE Bergamota).

> *Em uma certa ocasião, a paciente que eu atendia me perguntou bem assim: 'doutora, eu posso comprar agulha, você continua me atendendo, aqui?'.* (OE Capim Limão).

> *No Sistema Único de Saúde, você precisa disponibilizar o óleo. Eu já distribuí Melaleuca, com meus recursos próprios, aqui para os usuários que atendi.* (OE Jasmim).

A percepção dos profissionais de saúde sobre a falta de investimento para a implementação das Pics também foi objeto de um estudo ocorrido em uma região metropolitana de Goiânia (GO), realizado em 2023. Foi revelado que uma das principais dificuldades enfrentadas era a escassez de insumos, o que levava os profissionais a arcar com esse custo. Assim, a implementação das Pics está inserida em um contexto que não consegue superar a infraestrutura precária dos serviços de APS, além de acumular diversas tarefas prioritárias relacionadas ao cuidado biomédico. É importante destacar que a falta de financiamento público torna improvável que a realidade desses profissionais mude significativamente em seus ambientes de trabalho, correndo o risco de que continuem a atuar em condições precárias. A escassez de recursos financeiros compromete a implementação das Pics, tornando-a difícil e instável. Desse modo, essas práticas continuam sendo vistas como uma responsabilidade individual e personalizada dos profissionais de saúde. Em decorrência disso, pode-se afirmar que, embora, teoricamente, as Pics façam parte do sistema de saúde, na realidade, elas continuam a ser 'marginalizadas'[23].

Ao analisar os discursos dos entrevistados nesta pesquisa, foram observadas as fragilidades nas ações de Educação Permanente em Saúde a respeito das Pics; marginalidade das Pics devido à falta de espaço físico adequado para a realização das práticas; ausência de uma política de financiamento, pelo destaque relatado na falta de insumos, reforçando o modelo conservador predominante em conhecimentos e tecnologias biomédicas, que dependem de procedimentos e equipamentos de diagnóstico e terapia, ou seja, uma valorização do modelo biomédico. Os analisadores levantados neste estudo, como os mencionados acima, podem, também, ser entendidos como atravessamentos para a realização das Pics na APS. Para Baremblitt[24(137)],

> [...] os atravessamentos referem-se ao momento em que diferentes dimensões, contextos ou campos de análise se intersectam dentro do processo de compreensão das dinâmicas sociais e individuais, constituindo um entrelaçamento, a interpenetração e combinação de orientação conservadora, que serve à dominação, à exploração e mistificação.

Apesar dos atravessamentos, os profissionais participantes do estudo citaram o aumento das ações de autocuidado, através de grupos, escuta acolhedora e fortalecimento de vínculo com a comunidade como questões que potencializam a implementação das Pics na APS. Na perspectiva da Socioanálise, a potencialidade refere-se às capacidades virtuais ou atuais de transformar, inventar e produzir, ou seja, a potência designa a magnitude das forças geradoras do radicalmente novo, criador de vida[24].

As falas abaixo destacam as Pics como ferramentas com potencialidades para promover o autocuidado e a saúde integral; ajudar a enfrentar desafios como ansiedade e doenças crônicas; aliviar o uso abusivo de medicamentos. São vistas como estratégicas para construir uma sociedade mais saudável e consciente, com indivíduos que possam transformar suas realidades.

> *[...] Investir na promoção da saúde e no fortalecimento do autocuidado é essencial para a construção de uma sociedade mais saudável e resiliente. Incentivar essas práticas pode diminuir os índices de doenças, melhorar a qualidade de vida e trazer uma população mais consciente de suas necessidades e potencialidades.* (OE Lírio).

> *Hoje em dia, a gente atende aqui, o mal do século, a ansiedade, assim como outros distúrbios e doenças crônicas como hipertensão, diabetes. As Pics podem diminuir a dor, somar em um tratamento e podem promover uma qualidade de vida.* (OE Gerânio).

> *As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde fazem com que as pessoas olhem pra dentro delas, aprendam a fazer esse autocuidado. A potencialidade é fazer com que esse indivíduo olhe para si, comece a se cuidar, a diminuir o que prejudica a saúde, mudar hábitos. É fazer o usuário olhar para a sua saúde.* (OE Copaíba).

Tendo isso em vista, as Pics, ao considerarem o indivíduo em sua totalidade, contribuem para produção de autocuidado coletivo, tensionando as práticas cristalizadas. Na resistência ao instituído (práticas centradas no modelo biomédico), há abertura para práticas instituintes (novas), levando os sujeitos para um lugar de reinvenção da 'consciência de suas necessidades', considerando aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais. Tais práticas contribuem para uma abordagem mais abrangente e integrada ao modelo biomédico vigente, em que é destacada pelos profissionais de saúde a capacidade de promover transformações que vão além do indivíduo, alcançando famílias e a sociedade, ao mesmo tempo que valorizam o autocuidado, a conexão com a natureza e o baixo custo das atividades. Além disso, as Pics potencializam as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, reforçando seu papel estratégico na APS. Pode-se afirmar que não há promoção da saúde sem o estímulo ao autocuidado e à adoção de hábitos saudáveis, pois ambos estão diretamente interligados[25]. Essa análise é evidenciada no discurso dos entrevistados a seguir:

> *As pessoas estão tão carentes de serem ouvidas, de serem vistas [...] Quando eram ações em grupos de saúde, haviam trocas, as pessoas eram ouvidas, eram vistas como um todo, eram acolhidas.* (OE Rosa).

> *Promoção, efetividade, naturalidade, autocuidado. É uma coisa que está dentro da gente, sem efeitos colaterais. De baixo custo, e que faz bem como um todo. Faz o ser humano ser humano. As Pics fazem com que as pessoas olhem pra dentro delas, aprendam a fazer esse autocuidado, a potencialidade é fazer com que esse indivíduo olhe para si, comece a se cuidar, comece a olhar para ele.* (OE Copaíba).

> *Eu sempre vi as Pics como a cura de tudo. É da natureza, a gente se coloca muito fora da natureza, como se a gente não fizesse parte do todo, mas a gente é parte do todo! Então, a cura tá aqui, a saúde tá aqui, o bem-estar está entre nós!* (OE Gerânio).

> *O bioenergético, o conhecimento através das plantas, o reiki, a massoterapia, a musicoterapia, e arteterapia vem para agregar. A porta aberta do Sistema Único de Saúde é a Atenção Primária à Saúde. Se tiver esse lado direcionado, vai ter promoção e prevenção. Vai ter saúde!* (OE Lírio).

Nessa perspectiva, as Pics na APS podem se destacar por promoverem acesso universal e uma relação próxima e progressiva entre profissionais e usuários, contribuindo para uma visão mais integral do cuidado. Essa abordagem favorece a produção de saúde, a corresponsabilidade e a valorização do saber popular, em equilíbrio com o saber profissional. Além disso, essas práticas representam uma via complementar ao modelo biomédico, ampliando as possibilidades de cuidado e fortalecendo a promoção da saúde e a higidez no contexto do SUS[2] .

Considerações finais

As Pics mostraram-se uma ferramenta potente para a APS no que tange à promoção da saúde e ao fortalecimento do vínculo profissional-usuário, com destaque para práticas como meditação, reiki, fitoterapia e acupuntura. Contudo, o estudo identificou desafios significativos, como a carência de insumos, infraestrutura inadequada e fragilidades na Educação Permanente em Saúde. A formação e a certificação nas Pics, embora tenham avançado, ainda dependem majoritariamente de investimento próprio dos profissionais, enquanto as iniciativas promovidas pelo SUS são limitadas. Os discursos dos participantes destacaram a relevância das Pics na promoção do autocuidado e no estímulo a hábitos saudáveis, evidenciando sua contribuição para a melhoria da produção de cuidado e a redução de intervenções biomédicas. Além disso, as potencialidades dessas práticas como estratégias para promover uma atenção integral são reforçadas pela possibilidade de envolver o usuário como corresponsável pelo cuidado, criando uma experiência mais satisfatória e humanizada.

Apesar dos atravessamentos apontados, como a ausência de recursos físicos adequados e a marginalização das Pics dentro de um modelo hegemônico biomédico, a pesquisa demonstrou avanços importantes quanto às potencialidades. A integração das Pics na APS promove a reflexão sobre a necessidade de uma saúde coletiva que valorize abordagens holísticas e respeite a diversidade de saberes e práticas, alinhando-se aos princípios do SUS.

As práticas integrativas e complementares em saúde fortalecem as diretrizes do SUS, o cuidado na atenção à saúde, o vínculo dos profissionais-usuários do serviço. Para a sua implementação, é necessário um esforço conjunto de gestores nos níveis nacional, estadual e municipal, com a consolidação dos repasses financeiros; apoio à educação permanente; reformulação das grades curriculares de ensino voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde para além do modelo de saúde centrado no paradigma hegemônico biomédico flexneriano e ampla divulgação da forma de cuidar mais humanizada, integral e voltada para os determinantes sociais da saúde, que fazem parte dos conceitos norteadores das Pics.

Conclui-se que o fortalecimento das Pics na APS exige maior investimento em ações de Educação Permanente em Saúde, infraestrutura e sensibilização dos gestores e profissionais de saúde na mudança de paradigma de saúde. A consolidação dessas práticas requer um comprometimento político, institucional e profissional que priorize a integralidade do cuidado, promovendo a equidade e a humanização da atenção à Saúde Coletiva, tencionando a necessidade de mais estudos acerca da temática.

Colaboradores

Cordeiro BG (0009-0007-7096-8104)*, Simões JC (0000-0002-3970-08190)*, Lazarini WS (0000-0003-2798-7223)* e Coqueiro JM (0000-0002-5321-5174)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Relatório OPAS 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2024 out 17]. Disponível em: https://apsredes.org/wp-content/uploads/2018/10/Serie-30-anos-001-SINTESE.pdf

2. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 4 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2024 ago 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

3. World Health Organization. Traditional medicine strategy 2014-2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 2024 maio 10]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006 maio 4 [acesso em 2024 nov 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui novas Práticas Integrativas e Complementares na PNPIC no SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2017 mar 28 [acesso em 2024 nov 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na PNPIC [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 mar 22 [acesso em 2024 nov 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html

7. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. Ciênc saúde coletiva. 2019;24(11):4239-50. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018

8. Barbosa FES, Guimarães MBL, Reis M, et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(1):e00208818. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818

9. L'Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação à Saúde Coletiva. Mnemosine. 2012;8(1):194-219.

10. Monceau G. Pratique socianalytiques et socio-clinique institutionnelle. Paris: L'Harmattan; 2003. p. 11-33.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Pereira WCC. Movimento institucionalista: principais abordagens. Estud Pesqui Psicol. 2007;7(1):6-16.

12. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2009.

13. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas. 2014;22(44):203-20.

14. Sacramento HT. A implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no município de Vitória-ES: percepção dos médicos e gestores [dissertação]. Vitória (ES): Escola Superior de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; 2015. 117 p.

15. Tesser CD, Souza IMC. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas finalidades eletivas. Saude Soc. 2012;21(2):336-50. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008

16. Lourau R. Análise institucional e práticas de psicologia. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

17. Lourau R. Objeto e método da análise institucional. In: Altoé S, organizador. Analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 66-86.

18. Barros NF, Francisco PMB, Sousa LA. Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2020;36(6):e00062320. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00062320

19. Melo SCC, Oliveira DR, Silva MJ, et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2013;66(6):840-6. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600005

20. Habimorad PHL, Barros NF, et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(2):395-405. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.11332018

21. Neves RG, Machado MH, Silva EN, et al. The know of health professionals about the complementary therapies on primary care context. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2012;4(3):2502-9 [acesso em 2024 nov 20]. Disponível em: https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1767

22. UNESCO. Educação: um tesouro a descobrir – Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI [Internet]. Paris: UNESCO; 1996 [acesso em 2024 dez 28]. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_por

23. Silva PHB, Oliveira ESF. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na região metropolitana de Goiânia. Physis. 2023;33:e33027. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333027

24. Baremblitt G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. 6ª ed. Belo Horizonte: FGB/IFG; 2012.

25. Cabral MEGS. O cuidado na perspectiva das Práticas Integrativas e Complementares no Serviço Integrado de Saúde no Recife/PE [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães; 2024. 143 p.

Recebido em 15/07/2025
Aprovado em 07/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

saúde
EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal

Sexual and reproductive health of women affected by conjugal violence

Geovanna Carvalho Cardoso Lima[1], Lilian Conceição Guimarães de Almeida[1], Telmara Menezes Couto[1], Luana Moura Campos[2], Auricélia da Rocha Nunes[1], Priscila Kiselar Mortelaro Franceschini[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710265P

RESUMO A violência cometida pelo cônjuge ou parceiro se apresenta como problema de saúde pública e grave violação de direitos humanos, limitando a liberdade decisória das mulheres, a vivência saudável da sexualidade e da reprodução. Nesse sentido, esta pesquisa objetivou compreender a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência conjugal assistidas pela Operação Especial Ronda Maria da Penha, no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia, Brasil. Para tanto, desenvolveu-se um estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 17 participantes, entre dezembro de 2020 e julho de 2021. Do processo analítico, resultaram as seguintes categorias: Contracepção no centro do cuidado em saúde sexual e reprodutiva; Limitação do acesso aos serviços de saúde pelo cônjuge; Exposição à gestação indesejada e ao sexo inseguro; e Interrupção da gestação em situações de violência conjugal. Os resultados indicam que as mulheres vivenciaram graves violações aos seus direitos sexuais e reprodutivos, com limitação da autonomia. Observaram-se impactos negativos para a saúde em suas múltiplas dimensões. Levando em consideração os efeitos da violência conjugal, estratégias intersetoriais de enfrentamento e o cuidado integral em saúde são fundamentais no manejo das repercussões para a vida das mulheres e suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE Direitos sexuais e reprodutivos. Violência doméstica. Violência contra a mulher. Violação de direitos humanos.

ABSTRACT *Spouse-related violence is a public health issue and a serious violation of human rights, restricting women's freedom of decision-making, their ability to experience sexuality in a healthy way and reproduction. In this sense, this study aimed to explore the sexual and reproductive health of women experiencing domestic violence assisted by the Special Operation Maria da Penha Patrol, in the Subúrbio Ferroviário Health District of Salvador, Bahia, Brazil. To this end, an exploratory study with a qualitative approach was conducted. Semi-structured interviews were carried out with 17 participants, between December 2020 and July 2021. The analytical process resulted in the following categories: Contraception at the center of sexual and reproductive health care; Limited access to health services due to the spouse; Exposure to unwanted pregnancy and unsafe sex; Termination of pregnancy in situations of domestic violence. The findings indicate that the women experienced severe violations of their sexual and reproductive rights, with significantly limited autonomy. Negative health impacts were observed across multiple dimensions. In light of the effects of domestic violence, intersectoral strategies and comprehensive health care are essential to address the repercussions on the lives of these women and their families.*

KEYWORDS *Reproductive rights. Domestic violence. Violence against women. Human rights abuses.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
geovanna_carvalho11@hotmail.com

[2] Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Resultante da desigualdade de gênero, a violência conjugal ainda se apresenta como um problema de saúde pública no Brasil, tendo em vista a sua alta incidência e as consequências para a saúde das mulheres que a vivenciam em seus relacionamentos.

Estudo realizado com mulheres brasileiras, maiores de 16 anos, evidenciou que, ao longo da vida, 33,4% delas foram vítimas de violência praticada pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo. Além disso, indicou também a vivência de violência física para 24,5% delas, e 21,1% referiram, ainda, a prática de sexo forçado. Cerca de 43% das mulheres experienciaram alguma forma de violência psicológica oriunda do parceiro, como desacatos, xingamentos, humilhações, e 9,8% relataram terem sido impedidas pelo parceiro de ter acesso a serviços de saúde, dinheiro ou comida[1]. Nesse sentido, a violência conjugal se refere a um conjunto de atitudes agressivas que causam danos físicos, psicológicos, patrimoniais e morais a quem ela se dirige, sendo marcada pela existência de um elo entre o autor da agressão e a vítima[2].

A violência contra a mulher foi, por muito tempo, compreendida como um problema de foro íntimo e da esfera privada do casal, em que as pessoas externas não deveriam interferir[3], crença perfeitamente observada no dito popular que diz que 'em briga de marido e mulher, não se mete a colher'. Contudo, há, atualmente, um número crescente de políticas de enfrentamento à violência doméstica e familiar no Brasil. Desde 2006, o arcabouço jurídico-político conta com a Lei nº 11.340[2] (Lei Maria da Penha), que cria mecanismos mais rígidos de combate e prevenção à violência doméstica e familiar contra a mulher, independentemente de etnia, raça, classe, renda, religião, orientação sexual, cultura, idade, nível de escolaridade, e tipificando a violência contra a mulher em todas as suas formas.

Quando acontecem rotineiramente, as situações de violência conjugal acabam sendo naturalizadas, alimentando a ideia de que fazem parte da dinâmica própria das relações afetivas entre homens e mulheres[3]. Tais situações, no entanto, são favorecidas por relações de gênero fundamentadas no princípio da superioridade masculina e em estereótipos socialmente construídos que posicionam o homem como a parte forte e dominadora da relação, enquanto às mulheres se impõe um lugar de sujeição à vontade de seu companheiro/marido. Além disso, contribui a crença de que a mulher deve sempre satisfazer os desejos do homem em um relacionamento amoroso, acarretando a naturalização do uso da força e do constrangimento, com o objetivo de saciar a todo custo as vontades do parceiro. Remetendo ao sexismo hostil e benevolente, ao homem reserva-se a prerrogativa da hostilidade e do domínio, enquanto à mulher caberia benevolência, concessão e servidão[4].

Há evidências contundentes acerca dos efeitos da violência conjugal. Para as mulheres, as repercussões variam conforme a natureza da violência perpetrada. Em casos de violência física, podem ocorrer lacerações, fraturas, traumas cranianos, cefaleia, transtornos gastrointestinais[5,6]. Os danos na saúde mental incluem maior propensão ao desenvolvimento de depressão, ansiedade, síndrome do pânico, dificuldade de concentração, de dormir e tomar decisões, baixa autoestima, imoderação no uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, transtorno do estresse pós-traumático e ideação suicida[6,7].

Além das repercussões mais imediatas à saúde das mulheres, crianças e jovens que presenciam a violência conjugal em seus domicílios sofrem diretamente os impactos em sua saúde física e emocional, podendo manifestar comportamentos agressivos, propensão ao isolamento, depressão, problemas de aprendizagem, limitações cognitivas e transtornos mentais em geral[7].

As agressões conjugais acontecem em um ciclo marcado pela repetição sucessiva ao longo do tempo, chamado de Ciclo da Violência, Ciclo da Agressão ou Ciclo da Violência Doméstica. Três momentos o constituem: fase de tensão,

fase da explosão e fase da lua de mel. A fase de tensão é caracterizada pelo início dos desacatos, momentos de ira, de raiva, intimidações. Na fase da explosão, ocorre a violência propriamente dita, manifestando-se em todas as suas formas. Por fim, vem a fase da lua de mel, em que o agressor se manifesta arrependido, pede perdão, promete mudança e apresenta comportamento carinhoso. O ciclo composto pelas três fases se repete constantemente, ficando a fase de lua de mel cada vez mais curta, e as fases de tensão e explosão mais longas e violentas, podendo trazer consequências graves para a vida da mulher, até a morte[7,8].

Nesse sentido, as estratégias intersetoriais de enfrentamento e o cuidado integral em saúde são fundamentais para prevenir e manejar as repercussões da violência conjugal para as mulheres e suas famílias. Para dar conta de um problema tão complexo, os profissionais de saúde precisam conhecer a rede de assistência dos seus municípios, as especificidades dos atendimentos e a função dos equipamentos públicos disponíveis para o cuidado[9].

Cabe ressaltar que as denúncias podem contribuir para evitar desfechos trágicos, uma vez que a violência conjugal se inicia com agressões mais 'leves', como xingamentos e manipulações psicológicas, e pode chegar a ataques físicos e, em última instância, ao feminicídio. O registro da violência é um grande desafio para muitas mulheres. Sentimentos como medo, vergonha e culpa podem impedi-las de ir até uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Deam). Mas a denúncia gera expectativa de que o problema seja resolvido, e o agressor seja punido[10].

Mesmo que a questão da violência não seja um problema específico e exclusivo da saúde, profissionais dessa área acabam ocupando lugar privilegiado para a detecção de casos de violência por parceiro íntimo. Isso porque as mulheres comparecem à unidade de saúde em busca de atendimento, cuidado e orientação por conta de lesões físicas ou psicológicas no decorrer do atendimento[5].

Contudo, a prevalência elevada do problema indica lacunas na oferta de um cuidado integral e efetivo às mulheres em situação de violência. A principal dificuldade sinalizada pelos profissionais de saúde é reconhecer situações de violência, visto que, em muitos casos, elas se apresentam de maneira velada, sem marcas físicas visíveis. Além disso, tem-se, ainda, o receio do profissional de sofrer retaliação por parte do agressor, contribuindo, assim, para o aumento da subnotificação da violência doméstica e conjugal[11]. Por esse motivo, faz-se necessário que os serviços de saúde, inclusive aqueles que prestam atenção à saúde sexual e reprodutiva, estejam sensíveis à identificação e ao manejo de situações de violência, formando uma rede coesa e efetiva na garantia da linha de cuidado.

Além de marcas visíveis e na saúde mental, a violência conjugal se encontra frequentemente associada ao aborto provocado[12]. Contudo, aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva atrelados à violência conjugal ainda enfrentam barreiras de invisibilidade. Isso pode estar associado à redução da violência sexual a atos sexuais não consensuais. No entanto, quando mulheres são forçadas a manter relações com seus parceiros, pode-se iniciar uma cadeia causal de outras violências.

Em suma, o contexto de violência afeta diretamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, uma vez que estas, muitas vezes, têm sua liberdade decisória reprimida[13]. Nesse sentido, além de ser um problema de saúde pública, a violência conjugal se configura como uma violação de direitos humanos estabelecidos em tratados internacionais que reverberam no arcabouço jurídico nacional, entre os quais se encontram os direitos sexuais e reprodutivos. Esses direitos, geralmente, aparecem juntos, mas são diversos, ainda que por vezes apresentem interseções. O direito sexual trata da ordem da vivência legítima da sexualidade, da identidade de gênero, podendo ou não incluir a reprodução, o exercício livre de coerção. E o direito reprodutivo fala da reprodução com ou sem a sexualidade[14,15].

Para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam usufruídos em sua totalidade, é imprescindível que haja acesso à informação, a métodos de contracepção, prevenção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e promoção de autonomia decisória, elementos que só podem ser garantidos com uma linha de cuidado ininterrupta[16]. Por esse motivo, partindo da questão de 'Como se dá a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência conjugal acompanhadas pela Operação Especial Ronda Maria da Penha, Salvador, Bahia, Brasil?', este estudo objetivou compreender a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência conjugal acompanhadas pela Operação Especial Ronda Maria da Penha, Salvador, Bahia, Brasil.

Com isso, espera-se contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o tema, com o intuito de fortalecer o processo de trabalho de profissionais de saúde que venham a atender às demandas de violência conjugal em seu cotidiano. Nesse contexto, objetiva permitir a efetiva identificação de vítimas, a realização de encaminhamentos oportunos para serviços especializados, para que, em seguida, as mulheres possam ser instruídas e assistidas no processo de ruptura do ciclo de violência.

Material e métodos

Trata-se de um estudo do tipo exploratório com abordagem qualitativa, que utilizou banco de dados da tese intitulada 'Sexualidade de mulheres com história de violência conjugal: compreendendo o fenômeno a partir de uma teoria fundamentada nos dados', a qual foi financiada pelo projeto matriz intitulado 'Enfrentamento da violência conjugal no âmbito do Sistema Único de Saúde: tecnologia social envolvendo mulheres, homens e profissionais da Atenção Básica'. Este projeto recebeu subsídios do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), conforme aprovação do Edital nº 003/2017, no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS/BA, o qual este estudo integra.

A pesquisa foi realizada no cenário da Operação Especial Ronda Maria da Penha (OERMP), situada na área do Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia, Brasil. Tal serviço faz parte da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que tem o propósito de assistir mulheres em situação de violência doméstica e familiar que possuem Medida Protetiva de Urgência[17].

O grupo de participantes foi composto por 17 mulheres assistidas pela OERMP, definido intencionalmente pelas pesquisadoras de acordo com o objeto do estudo. Como critérios de inclusão, foram adotados: idade maior que 18 anos; e assistidas pela OERMP devido a situação de violência conjugal. As mulheres que apresentaram instabilidade emocional no decorrer da coleta de dados e as que não se fizeram presentes na entrevista sem aviso prévio por duas vezes seguidas foram excluídas da pesquisa.

A coleta dos dados se deu de maneira virtual através do Google Meet, entre dezembro de 2020 e julho de 2021, conduzida por doutorandas e discentes integrantes do grupo de pesquisa com experiência no desenvolvimento de pesquisas qualitativas, sendo a duração média do encontro de 1h30min. As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade das mulheres, as quais foram orientadas a escolher um local mais reservado e livre de interrupções, a fim de garantir o sigilo das informações coletadas.

Para direcionar o momento, utilizou-se enquanto instrumento de coleta de dados um formulário semiestruturado elaborado para captar o perfil das participantes e o objeto estudado, contendo duas seções: a primeira possuía questões referentes aos dados sociodemográficos e da situação conjugal (idade, raça/cor, religião, escolaridade, renda, número de filhos e tempo de relacionamento), e a segunda

contava com a seguinte pergunta norteadora: 'Como se dá a sua saúde sexual e reprodutiva?'. As entrevistas foram finalizadas a partir da saturação dos dados coletados.

Ressalta-se que o banco de dados se encontra sob posse do 'Laboratório de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida' (LabVid@), devidamente cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, e será mantido em arquivos virtuais por até cinco anos, sendo, após isso, eliminado.

Uma vez realizadas as entrevistas, as gravações dos encontros foram transcritas na íntegra e categorizadas com o auxílio do *software* NVIVO 10[18]. O processo de codificação dos dados se deu por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin[19], mais especificamente, a Análise Temática. Nela, a categorização é constituída de duas etapas: o inventário (em que se segregam os elementos) e a classificação (divisão dos elementos e busca ou instrução de um certo ordenamento às falas). Atendendo-se ao critério semântico[19], as falas das participantes foram isoladas e organizadas em categorias. Os dados foram analisados a partir da literatura científica atualizada sobre o tema de investigação.

Salienta-se que essa pesquisa respeitou os princípios bioéticos, uma vez que se ancora na Resolução nº 466/2012[20] do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (parecer nº 2.639.224/2018 e CAAE: 88960217.6.0000.5531). Com vistas a respeitar o anonimato, conforme preconiza as Resoluções nº 466/2012[20] e nº 510/2016[21] do CNS, os nomes das mulheres foram substituídos pela letra maiúscula 'M', seguida do numeral arábico que corresponde à ordenação das entrevistas, como segue: M1, M2.

Resultados e discussão

A partir dos resultados da pesquisa, foi possível construir o perfil sociodemográfico das mulheres e sistematizar os discursos das entrevistadas em quatro categorias, a saber: (a) Contracepção no centro do cuidado em saúde sexual e reprodutiva; (b) Limitação do acesso aos serviços de saúde pelo cônjuge; (c) Exposição ao sexo inseguro em contextos de violência conjugal; (d) Interrupção da gestação em situações de violência conjugal.

Perfil sociodemográfico das mulheres

A contextualização do perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência conjugal é de suma importância para a compreensão do cenário em que se inserem e para a identificação de elementos de vulnerabilidade ao agravo. Nesse sentido, as entrevistadas tinham entre 29 e 61 anos. No que tange a raça/cor autorreferida, 16 participantes se identificam como negras, sendo dez pardas e seis pretas, e apenas uma se autodeclarou branca. A maioria (n=9) possuía religião evangélica, seguida de católica (n=4), espírita (n=5) e de religião de matriz africana (n=1), sendo que uma delas informou não ter religião.

Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres concluiu o ensino médio (n=10), e uma não o finalizou. Duas delas possuíam o ensino fundamental incompleto, uma com ensino fundamental completo, e três com graduação completa. A respeito da renda, 16 trabalhavam de forma remunerada, sendo que nove revelaram renda de até um salário-mínimo e sete de dois salários-mínimos. Uma das participantes encontrava-se desempregada no momento da entrevista.

Com relação a prole, 12 participantes possuíam menos de dois filhos, duas mulheres tinham três filhos e as três restantes afirmaram ter entre seis e dez filhos. O tempo de relacionamento com o cônjuge variou entre as mulheres do estudo, sendo que oito delas tiveram relações violentas duradouras, entre 16 e 30 anos; cinco mulheres permaneceram na relação entre 11 e 15 anos de convívio e quatro entre 5 e 10 anos.

O perfil socioeconômico das entrevistadas evidencia algumas características comuns às

mulheres em situação de violência conjugal, a exemplo da cor preta/parda, da religiosidade e do grau de escolaridade, filhos e tempo de relação. Estudo prévio evidenciou que tais aspectos podem estar relacionados à permanência em relacionamentos violentos, principalmente aqueles relacionados ao desejo de manutenção do vínculo familiar, à dependência emocional e à doutrina religiosa, que contribui para a esperança de que o parceiro ou cônjuge modifique seus atos em algum momento[5]. Nesse sentido, mesmo encontrando-se em relacionamentos violentos, as mulheres hesitam em romper o vínculo, na esperança de serem capazes de controlar a situação e garantir a manutenção da família e/ou o casamento[22].

Contracepção no centro do cuidado em saúde sexual e reprodutiva

A saúde sexual e reprodutiva é, também, uma dimensão importante do sujeito que precisa estar em equilíbrio para alcançar o bem-estar. Para a harmonia da saúde física, mental e social, outras áreas, como a sexualidade, sexo e o planejamento reprodutivo precisam estar em equilíbrio. Na concepção social, ainda se observa que o ônus da contracepção recai quase que exclusivamente sobre a mulher. Informações sobre a fecundidade de homens ainda são incipientes, de modo que eles precisam ser inseridos no contexto da reprodução[23]. Apesar de se configurar como campo autônomo de intervenção, a saúde reprodutiva estabelece uma relação de interdependência com a saúde sexual, ou seja, com a vivência autônoma e saudável da sexualidade no âmbito de suas relações interpessoais, sem exposição a coerções, violências e IST[24].

Os serviços de saúde figuram como corresponsáveis para manutenção das condições de saúde. Considerando a autonomia dos sujeitos, as unidades de cuidado devem ter estrutura para ofertar serviços de qualidade, o que inclui gerenciar os processos, seguir os princípios do SUS, a presença de profissionais capacitados, insumos para ações de prevenção e tratamento disponíveis, além de equipamentos. Todo esse arsenal pode favorecer melhores condições de saúde, saúde sexual e reprodutiva[25].

Considerada parte integrante da saúde humana, a saúde sexual e reprodutiva é a base do desenvolvimento humano saudável, o que justifica considerá-la como uma preocupação global. Documentos históricos e atemporais apontam para a preocupação de organismos internacionais em reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos e salvaguardá-los[16], entre eles, a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), realizada em 1994 no Cairo; a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995; o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado pelo Brasil em 1992[26].

Além disso, as Nações Unidas têm atuado de maneira sistemática e organizada para garantir o direito de mulheres, homens e todas as pessoas a terem filhos se desejarem, quando desejarem e com saúde. Com ênfase no recorte populacional de mulheres e jovens, mais vulneráveis a lacunas de planejamento reprodutivo, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) visa a acelerar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, ao planejamento familiar voluntário e à maternidade segura. Além disso, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 propõem como meta educação e informação em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), a disponibilidade de métodos modernos e eficazes de planejamento familiar e o direito de acesso aos serviços de saúde[27,28].

As políticas de atenção à saúde das mulheres se apresentam como instrumentos de garantia e efetivação de direitos das mulheres, inclusive os sexuais e reprodutivos. Encontram-se nesse escopo ações realizadas pelo Estado para atender às necessidades das mulheres, incluindo estratégias de prevenção de doenças, promoção da saúde, integralidade do cuidado, ampliação do acesso, entre outras. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) amplia as discussões sobre

a saúde sexual e reprodutiva de mulheres e inclui na pauta temas até então pouco falados, como violência contra a mulher, aborto inseguro e outras questões que dizem respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres[28].

O acesso à saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido na Constituição Federal de 1988, propicia a redução do risco de agravos e doenças, assegurando que homens e mulheres tenham direito à liberdade e à autonomia sobre sua vida reprodutiva. Tais direitos podem ser usufruídos em serviços da atenção primária à saúde, como, por exemplo, as ações voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva[29], contudo, o cuidado integral só pode ser oferecido em rede com inserção intersetorial. No Brasil, o acesso das mulheres à SSR acaba sendo prejudicado por relações desiguais de gênero, por barreiras na democratização de métodos contraceptivos contínuos e efetivos, falta de informações corretas a respeito da prevenção de IST e restrição ao acesso ao aborto legal. Esse contexto contribui para o risco de ocorrência de gravidez não planejada, de aumento da incidência de IST, de sofrer violência por parceiro íntimo e outras complicações[30].

Entre as entrevistadas, é possível perceber que houve, de alguma forma, um cuidado em saúde sexual e reprodutiva, na medida em que expressam a liberdade de procurar serviços de saúde:

> *Quando iniciei a minha vida sexual ativamente, resolvi procurar um posto de saúde para poder me consultar, e ele me passou um anticoncepcional para não engravidar.* (M13).

> *Geralmente, eu vou à ginecologista para me prevenir da gravidez. Depois da gravidez não planejada, o médico recomendou o uso do DIU. Também ia quando notava algum problema na vagina. Já aconteceu de eu ir por estar sentindo uma inflamação.* (M8).

> *Eu utilizei tabelinha por muito tempo e usei anticoncepcional. Fui orientada durante as consultas no posto de saúde. Por isso não tive nenhuma indesejada, foram todas planejadas.* (M15).

Mesmo entre as mulheres que possuem relativa autonomia com relação ao acesso a serviços de saúde, a busca do cuidado parece estar condicionada à atividade sexual com o parceiro e à anticoncepção. Nesse sentido, apesar de terem acompanhamento ginecológico ao longo da vida sexual, a prevenção da gestação indesejada está no centro daquilo que entendem por cuidado e da assistência que recebem. O uso de métodos contraceptivos proporciona autonomia no controle da própria reprodução, contudo, aspectos importantes da saúde sexual e reprodutiva podem acabar ofuscados por essa preocupação central.

A assistência à saúde da mulher deve estar centrada nas necessidades de saúde das usuárias e atravessada pelo princípio da integralidade. No entanto, dificuldades têm sido identificadas no campo para que essa dimensão seja alcançada. Nesse sentido, destaca-se a ausência de relatos sobre a participação em atividades educativas ou acompanhamento por parte de outros profissionais. Tal situação nos conduz a questionar a integralidade do cuidado oferecido nos serviços de saúde, especialmente na área de saúde sexual e reprodutiva. O que se observa são ações de saúde com enfoque biológico, curativista, marcadas por relações hierárquicas e desrespeitosas entre profissionais e mulheres, como foi evidenciado em estudo realizado em Salvador, Bahia, Brasil[31].

Além disso, reflete-se, também, a respeito da capacidade dos equipamentos de saúde acessados para lidarem de maneira adequada com as situações de violências. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante função na prevenção, no diagnóstico e tratamento dos agravos oriundos da violência contra a mulher. As mulheres transitam por esse espaço, assim, ainda que não revelem a agressão, podem ser assistidas e cuidadas diante de suas necessidades. Acolher, escutar sem julgar, avaliar risco, assistir e encaminhar são práticas de cuidado

às mulheres em situação de violência que devem ser implementadas nesse contexto[32].

Limitação do acesso aos serviços de saúde pelo cônjuge

A literatura atual indica que a redução da autonomia reprodutiva é uma das muitas facetas da violência conjugal contra as mulheres. Essa autonomia se refere ao direito de escolher engravidar, quando engravidar, a quantidade da prole, de decidir sobre o método contraceptivo que deseja usar, sobre o espaçamento entre gestações e outros aspectos relevantes de sua vida reprodutiva[33]. O cerceamento dessa liberdade pode incluir desde situações em que o parceiro exerça um poder de veto e interdição dos métodos contraceptivos, como percebemos em uma das falas trazidas, até a limitação do acesso das mulheres a serviços de saúde sexual e reprodutiva:

> *Ele não queria que eu saísse achando que eu iria para outro lugar. Para evitar confusão, eu não ia à consulta, e a mãe dele me dava injeção.* (M4).

> *Nunca fui ao posto de saúde me consultar para usar anticoncepcional. Passei a usar apenas depois que tive um aborto, ainda na adolescência. Cheguei na farmácia e comprei o mesmo que minha irmã usava e até hoje uso ele.* (M11).

> *Ele não me deixava ir ao posto de saúde pegar anticoncepcional. Era muito ciumento e usava de ameaças para me impedir. Eu sequer conseguia fazer um exame preventivo.* (M7).

Qualquer tipo de controle da vida reprodutiva da mulher por parte do parceiro configura coerção reprodutiva. Nesse sentido, deve ser compreendida como coercitiva toda e qualquer conduta que tenha como objetivo reprimir a liberdade e a capacidade de decisão da mulher sobre questões de cunho sexual e reprodutivo, podendo causar efeitos negativos à saúde reprodutiva e à sua saúde mental[24].

Nas falas supracitadas, percebe-se que a coerção reprodutiva não é episódio isolado, apresentando-se como prática coexistente com outras formas de violência, o que indica vínculo prejudicial e tóxico, permeado por ameaças psicológicas[34]. As interdições por parte do parceiro são, por definição, violações de direitos humanos, uma vez que incorrem na restrição da liberdade e no acometimento da dignidade das mulheres que as vivenciam. Contudo, esse tipo de violência conjugal também viola direitos na medida em que compromete a autonomia decisória das mulheres acerca da própria reprodução. Isso porque tal autonomia é condição *sine qua non* para a garantia de direitos reprodutivos, reconhecidos há décadas como direitos humanos e cuja relação de interdependência com a garantia de outros direitos tem sido crescentemente apontada[22].

Apesar desse reconhecimento, o discurso das mulheres entrevistadas nos fornece o retrato de uma realidade em que tais direitos não são universalmente efetivados. O cenário retratado se relaciona com as falhas nos serviços, do cuidado e a cultura, profundamente marcada pela desigualdade de gênero e que acaba sendo acentuada de maneira significativa por questões raciais e socioeconômicas. Nesse sentido, muitas mulheres continuam a ter sua liberdade reprodutiva completamente cerceada, sendo impedidas de acessar serviços de saúde, seja por meio de coerção física ou ameaças motivadas por ciúmes, mesmo com os esforços para a promoção de uma cultura de direitos humanos e igualdade de gênero.

Evidentemente, a limitação por parte do cônjuge ou parceiro priva as mulheres da possibilidade de realizar exames preventivos ou obter métodos contraceptivos, deixando-as sem orientação e levando-as a recorrer a contraceptivos indicados por familiares ou amigas[35]. Contudo, vale ressaltar que os impactos desse tipo de violência não se limitam ao âmbito da saúde reprodutiva, prejudicando, em última instância, a ruptura do ciclo de violência.

Exposição à gestação indesejada e ao sexo inseguro

Outra prática abusiva recorrente nos relatos das mulheres entrevistadas foi a restrição ao uso de métodos contraceptivos e do preservativo. Mesmo que os cônjuges ou parceiros não cheguem ao ponto de proibir que frequentem os serviços de saúde, nota-se que podem fazer uso de outras estratégias para reduzir a autonomia reprodutiva de suas esposas ou companheiras.

Nesse sentido, percebe-se que parte das entrevistadas acabou exposta ao sexo inseguro e à gestação indesejada, seja porque seus parceiros não permitem o uso de preservativo ou porque acabam retirando-o no decorrer do ato sexual, alegando 'não gostar' de usar método de barreira:

> *Ele odiava camisinha! Eu pedia tanto para usarmos, mas ele insistia em dizer que não gosta. Mesmo exigindo, ele não usava [...] como ele também não me deixava usar anticoncepcional, eu amamentava exclusivamente meus filhos até os dois anos para evitar a gravidez, mas acabava que eu engravidava outra vez quando chegava a essa idade.* (M7).

> *Geralmente, quando começávamos a usar a camisinha, ele retirava no meio da relação.* (M4).

No entanto, não é apenas o preservativo que se encontra entre as interdições dos cônjuges ou companheiros. Nesse contexto, as entrevistadas revelam a necessidade de fazer uso de contracepção oral ou injetável às escondidas, tendo em vista interdição ou descarte de comprimidos pelo cônjuge ou parceiro:

> *Depois que comecei a me relacionar sexualmente com ele, fui ao ginecologista, pois minha mãe achava importante. Desde então, fiz uso por anos de anticoncepcional injetável. A opção foi esta, pois ele não queria que usasse comprimido.* (M12).

> *Eu costumava usar injeção porque eu esquecia os comprimidos ou ele jogava fora. Ele dizia para mim que mulher não foi feita para tomar esses remédios que evita gravidez.* (M12).

> *Ele não permitia que eu tomasse anticoncepcional. Eu comprava escondido e tomava no trabalho para evitar que ele trocasse a pílula ou jogasse fora.* (M5).

Esse tipo de coerção é uma das facetas da violência conjugal pouco reconhecidas, já que a violência sexual tende a ser reduzida ao estupro e a atos libidinosos não consensuais. Entretanto, a coerção reprodutiva tem sido crescentemente apontada como um dos mecanismos por meio dos quais parceiros ou cônjuges prejudicam a saúde reprodutiva das mulheres e mantêm controle sobre elas[36]. Frente às práticas coercitivas, podemos perceber que as mulheres precisam empregar suas próprias estratégias de resistência para preservar o mínimo que possuem de autonomia reprodutiva. Contudo, mesmo tais artifícios têm suas limitações, já que a dificuldade em negociar o uso do preservativo ainda deixa as mulheres em situação de violência sexual vulneráveis a IST.

Interrupção da gestação em situações de violência conjugal

Enquanto algumas mulheres são impelidas a conceber filhos segundo a vontade de seu cônjuge ou parceiro, outras vivenciam um outro aspecto do controle reprodutivo. Nesse sentido, a imposição da interrupção da gestação é outro impacto na saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal, que ocorre, frequentemente, sob coerção ou coação, implícita e ou explícita, com ou sem uso de violência física.

> *Quando ele descobriu que eu estava grávida, mandou eu tomar um remédio para eu abortar, e eu nem sabia que era para isso.* (M3).

> *Quando engravidei, aos 16 anos, ele, muito ciumento e agressivo, me disse que o filho não era*

> *dele, comprou a medicação* [Cytotec] *e me deu dois comprimidos para tomar e dois para colocar na vagina. Eu, que vivia naquela situação tão difícil no relacionamento, só aceitei.* (M11).

As falas acima ilustram o fato de que mulheres que vivem em situação de violência conjugal estão expostas a diversas formas de restrição de liberdade, inclusive no que concerne à decisão de levar a gestação a termo ou não. Além disso, por estarem imersas em um cenário de múltiplas violências, muitas delas apenas acatam a decisão por medo de uma reação explosiva. Embora o aborto coercitivo seja, em si, um ato de violência, ele acaba se colocando como um elo na cadeira de violências anteriores e sendo utilizado pelo agressor para esconder as violações que comete à dignidade e à autonomia reprodutiva da esposa ou parceira. Nesse sentido, a literatura aponta que mulheres que sofrem ou sofreram violência conjugal tendem a ser compelidas à interrupção da gestação, inclusive de forma repetida, já que essa prática faz parte de uma conjuntura de violências físicas, sexuais e psicológicas[37].

Tendo em vista tal conjuntura, os índices de transtornos psicológicos em casos de abortos forçados são significativamente maiores, já que a agressão do aborto forçado está associada ao trauma da restrição de sua liberdade e autonomia, bem como a todo um contexto de violência no qual a mulher está inserida[38]. Mulheres que foram obrigadas a realizar aborto apresentam mais emoções negativas, mais perturbações na vida diária, no trabalho, nos relacionamentos ou pensamentos, além de sonhos e *flashbacks* frequentes do evento, conflito moral e materno sobre a decisão de abortar, culpa, raiva, perda e tristeza[39]. Tais impactos podem ser observados na fala abaixo:

> *Ele me deu um remédio, e eu não tinha noção que ia abortar. Não imaginava que isso fosse acontecer. [...] me senti uma assassina! Achava que não tinha perdão divino para mim.* (M8).

Nesse contexto, por se tratar de uma restrição da autonomia reprodutiva, o aborto coercitivo já se apresenta como uma violência e grave violação de direitos. Contudo, os efeitos negativos para múltiplas dimensões do bem-estar das mulheres tornam sua ocorrência um evento ainda mais preocupante.

Considerações finais

Partindo de uma abordagem exploratória e qualitativa, o presente estudo buscou compreender a saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal. Os resultados indicaram que, além de agressões ao bem-estar físico, psicológico e emocional das mulheres, uma das facetas significativas da violência conjugal é a violação de direitos sexuais e reprodutivos e a limitação de autonomia.

Os relatos das entrevistadas expressam que há lacunas no cuidado oferecido, evidenciando a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para um atendimento adequado à saúde sexual e reprodutiva como um todo, em especial, nas situações de violência conjugal. Nesse contexto, reitera-se que a atenção à saúde sexual e reprodutiva não deve se restringir ao oferecimento de métodos contraceptivos, embora o planejamento reprodutivo seja, em si, um recurso para a redução de iniquidades e garantia de liberdades. Se compreendida como instrumento de promoção, proteção e efetivação de direitos, a atenção à saúde sexual e reprodutiva pode se apresentar como potente estratégia de fortalecimento da autonomia das mulheres.

Contudo, há, ainda, muitos desafios para que a atenção à saúde sexual e reprodutiva cumpra sua vocação. Tais desafios incluem a escassez de discussão sobre o tema no processo formativo de profissionais, a dificuldade dos profissionais de saúde em abordar o tema no cotidiano dos serviços, as desigualdades de gênero e o simples desconhecimento da situação da saúde sexual e reprodutiva das mulheres brasileiras. Por esse motivo, espera-se, com este trabalho, contribuir para a sensibilização

dos profissionais e um entendimento mais adequado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres em situação de violência conjugal, fornecendo insumos para a elaboração de políticas de enfrentamento dos desafios inerentes a essa experiência.

Colaboradoras

Lima GCC (0000-0003-1901-3306)*, Almeida LCG (0000-0001-6940-9187)* e Franceschini PKM (0000-0002-9253-7096)* contribuíram igualmente para o levantamento de literatura, revisão crítica e redação do manuscrito. Couto TM (0000-0001-6836-8563)* contribuiu para a coorientação do trabalho, revisão crítica e redação do manuscrito. Campos LM (0000-0001-5671-1977)* contribuiu para a coleta de dados e discussões de resultados. Nunes AR (0009-0000-3082-5722)* contribuiu para a elaboração do projeto, levantamento de literatura, coleta e análise dos dados e redação do manuscrito. ■

Referências

1. Bueno S, Martins J, Brandão J, et al. Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil [Internet]. [local desconhecido]: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2023 [acesso em 2024 jun 24]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf

2. Presidência da República (BR). Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2006 ago 8 [acesso em 2025 mar 19]; Edição 151; Seção 1:1-4. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/08/2006&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=56

3. Mosena LC, Bossi TJ. Exposição à violência conjugal na infância e perpetuação transgeracional da violência: revisão sistemática. Psico. 2022;53(1):1-12. DOI: https://doi.org/10.15448/1980-8623.2022.1.39088

4. Glick P, Fiske ST. Ambivalent sexism [Internet]. In: Zanna MP, editor. Advances in experimental social psychology. Thousand Oaks: Academic Press; 2001 [acesso em 2025 ago 13]; p. 115-88. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Peter-Glick-2/publication/232586301_Ambivalent-sexism/links/5a0d84974585153829b1c1bc/Ambivalent-sexism

5. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Menezes GMS, et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. Rev Bras Epidemiol. 2020;23(1):1-12. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1

6. Silva TM, Lima EFA, Tavares FL, et al. Reproductive and gynecological profiles of women suffering violence. Rev Fun Care Online. 2018;10(4):986-990. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.986-990

7. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BR), Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres. Enfrentando a violência doméstica e familiar contra a mulher [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; 2020 [acesso em 2024 jun 25]. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/cartilha-auxilia-mulheres-no-enfrentamento-a-violencia/Cartilhaenfrentamento_QRCODE1.pdf

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Santos RL, Souza MO, Marcolin LA. Violência doméstica: análise de perfis psicopatológicos e psicossociais de agressores conjugais. Di@Logus. 2023;11(3):117-33. DOI: https://doi.org/10.33053/dialogus.v11i3.921

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 ago 13]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf

10. Maffei B, Marcos CB, Paludo SS. Motivações e expectativas de mulheres em situação de violência no momento da denúncia em uma delegacia especializada em atendimento à mulher. Psicol Rev. 2020;26(1):165-86. DOI: https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p161-180

11. Cavalcanti GMB, Amorim AVB, Queiroz GS, et al. Violence against women in the single health system. Rev Fun Care Online. 2020;12:146-54. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7148

12. Gomes NP, Garcia TCS, Conceição CR, et al. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. Saúde debate [Internet]. 2012 [acesso em 2024 jun 21];36(95):514-22. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9LhJc4n8HhWd4HVtCmTVSvc/?format=pdf&lang=pt

13. Carneiro JB, Gomes NP, Campos LM, et al. Compreendendo a violência conjugal: um estudo em grounded theory. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019;27:e3185. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.3116.3185

14. Gomes JCA. Direitos sexuais e reprodutivos ou direitos sexuais e direitos reprodutivos? Dilemas e contradições nos marcos normativos nacionais e internacionais. Rev Direito GV. 2021;17(3):e2136. DOI: https://doi.org/10.1590/2317-6172202136

15. World Health Organization. Violence against women [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [acesso 2025 ago 13]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

16. Gonzaga PRB. Psicologia, saúde sexual e saúde reprodutiva: Urgências para a formação profissional. Psicol Cienc Prof. 2022;42:e262847. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847

17. Polícia Militar (BA). Ronda Maria da Penha: Curso de Capacitação para Atuação na Ronda Maria da Penha. Salvador: PMBA; 2020.

18. Tonin L, Lacerda MR, Brandão MAG, et al. Uso do software NVivo 10® em estudo de análise de conceito. Texto Contexto Enferm. 2023;32:e20230033. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0033

19. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições; 2016.

20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.

21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24; Seção 1:44.

22. Gomes NP, Carneiro JB, Almeida LCG, et al. Permanência de mulheres em relacionamentos violentos: desvelando o cotidiano conjugal. Cogitare Enferm. 2022;27:e78904. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78904

23. Carvalho AA, Lima TA. Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva masculina no Brasil: possibilidades a partir de base de dados populacionais. Ciênc saúde coletiva. 2024;29:e03382024. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.03382024

24. United Nations Population Fund. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento [Internet]. Cairo: UNFPA; 2007 [acesso em 2024 jun 23]. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%AAncia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%AAncia-do

25. Fagundes EEA, Campos KFC, Viana SMN, et al. A importância do sistema de gestão da qualidade para os serviços do Sistema Único de Saúde. Rev Foco. 2022;15(5):e538. DOI: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v15n5-017

26. Nações Unidas. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre as Mulheres – Pequim [Internet]. Pequim: ONU; 1995 [acesso em 2025 ago 13]. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf

27. Fortes DCS, Silva MRS, Fonseca KSG, et al. Saúde sexual e reprodutiva das mulheres com transtorno mental: percepção dos profissionais de saúde. Interface. 2021;25:e200659. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.200659

28. Paula MBM, Queiroz ABA, Parmejiani EP, et al. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem no contexto rural: revisão integrativa. Rev Eletr Enferm. 2022;24:e69569. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v24.69529

29. Rodrigues GA, Alves VH, Rodrigues DP, et al. Planejamento reprodutivo e inserção de dispositivo intrauterino realizado por médicos e enfermeiras no Brasil. Cogitare Enferm. 2023;28:e86717. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.86717

30. Universidade Federal da Paraíba [Internet]. João Pessoa: UFPB; 2022. Identificando caminhos para melhorar o acesso à saúde sexual e reprodutiva no Nordeste, 2022 maio 27 [acesso em 2024 fev 19]. Disponível em: https://www.ufpb.br/npds/contents/noticias/identificando-caminhos-para-melhorar-o-acesso-a-saude-sexual-e-reprodutiva-no-nordeste-do-brasil

31. Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 2025 ago 14];13(1):154-60. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhhJTLJnr7cC8S64NXx/?format=pdf&lang=pt

32. Ministério da Saúde (BR). Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 ago 14]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atendimento_mulheres_situacao_viol%C3%AAncia_aps.pdf

33. Dias ACS, Ferreira SL, Gusmão MEN, et al. Influência das características sociodemográficas e reprodutivas sobre a autonomia reprodutiva entre mulheres. Texto Contexto Enferm. 2021;30:e20200103. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0103

34. Dias ACS, Ferreira SL. Coerção reprodutiva e sua associação com o perfil sociodemográfico e reprodutivo em mulheres trabalhadoras rurais [Internet]. In: XX Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero, 2018 dez 04-07, Salvador, Brasil. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018 [acesso em 2025 jan 25]. Disponível em: https://www.redor2018.sinteseeventos.com.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozNDoiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUlFVSVZPIjtzOjM6IjIzNiI7fSI7czoxOiJoIjtzOjMyOiI5OGM5Zjg4MDNlNGI0YmUwNmJkNTNlZTM4YWVhMjIwYSI7fQ%3D%3D

35. Borges ALV, Dias ACS, Ale CCS. Autonomia reprodutiva associada ao uso de métodos contraceptivos entre mulheres em idade reprodutiva. Rev Gaúcha Enferm. 2023;44:e20230072. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230072.en

36. Warling A, Treder KM, Brandin M. An ecological model of reproductive coercion. J Midwifery Womens Health. 2023;68(6):697-701. DOI: https://doi.org/10.1111/jmwh.13555

37. Reardon DC, Longbons T. Effects of pressure to abort on women's emotional responses and mental health. Cureus. 2023;15:e34456. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.34456

38. Coleman PK, Boswell K, Etzkorn K, et al. Women who suffered emotionally from abortion: a qualitative synthesis of their experiences. J Am Phys Surg [Internet]. 2017 [acesso em 2025 jun 25];22(4):113-8. Disponível em: https://www.jpands.org/vol22no4/coleman.pdf

39. Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GD, et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2011 [acesso em 2025 ago 14];57(6):644-50. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ramb/a/FNfxfTmM7MHq8GM6mdBNDHB/?format=pdf&lang=pt

Recebido em 20/02/2025
Aprovado em 05/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), conforme aprovação do Edital nº 003/2017, no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS/BA

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

saúde
EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Tendência temporal e fatores associados à cobertura de saúde bucal satisfatória entre municípios baianos: 2001-2023

Temporal trends and factors associated with satisfactory oral health coverage among municipalities in Bahia: 2001-2023

Geysiane Souza Vale Dourado[1], Marcus Vinycius Valença de Alcântara[1], Carolina Matteussi Lino[2], Manoelito Ferreira Silva Junior[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710553P

RESUMO O objetivo deste estudo foi analisar a tendência temporal e os fatores demográficos e socioeconômicos associados à cobertura satisfatória de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) entre municípios baianos (2001 a 2023). O estudo ecológico apreciou duas séries históricas para cobertura de saúde bucal na APS, considerando dois bancos de dados (2001 a 2018 e 2007 a 2023), com análise temporal pelo método de Prais-Winsten (p<0,05). Na fase analítica, a cobertura foi dicotomizada em: satisfatória (>75%) e insatisfatória (≤75%), em cinco recortes: um antes (2003) e quatro a cada cinco anos após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (2008, 2013, 2018 e 2023). Realizou-se regressão de Poisson com variância robusta (p<0,05). A cobertura satisfatória apresentou tendência crescente na primeira (2001 a 2018) e na segunda série histórica (2007 a 2023) (p<0,05). A cobertura satisfatória foi associada aos fatores demográficos antes (2003) e após a implantação (2008, 2013, 2018 e 2023) da PNSB, como menor porte populacional e macrorregiões de saúde, mas foi associada aos fatores socioeconômicos apenas após a PNSB, como menor renda municipal e maior desigualdade de renda. A PNSB apresentou impacto no aumento da cobertura satisfatória, principalmente entre municípios com piores indicadores socioeconômicos.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Atenção Primária à Saúde. Estratégias para Cobertura Universal de Saúde.

ABSTRACT *The objective of this study was to analyze the temporal trend and the demographic and socioeconomic factors associated with satisfactory oral health coverage in Primary Health Care (PHC) among municipalities in Bahia (2001 to 2023). The ecological study evaluated two historical series for oral health coverage in PHC, considering two databases (2001 to 2018 and 2007 to 2023), with temporal analysis using the Prais-Winsten method (p<0.05). In the analytical phase, coverage was dichotomized into: satisfactory (>75%) and unsatisfactory (≤75%), in five cutouts: one before (2003) and four every five years after the implementation of the National Oral Health Policy (PNSB) (2008, 2013, 2018 and 2023). Poisson regression with robust variance was performed (p<0.05). Satisfactory coverage showed an increasing trend in the first (2001 to 2018) and second historical series (2007 to 2023) (p<0.05). Satisfactory coverage was associated with demographic factors before (2003) and after the implementation (2008, 2013, 2018, and 2023) of the PNSB, such as smaller population size and health macroregions, but was associated with socioeconomic factors only after the PNSB, such as lower municipal income and greater income inequality. The PNSB had an impact on increasing satisfactory coverage, especially among municipalities with worse socioeconomic indicators.*

KEYWORDS *Oral health. Primary Health Care. Strategies for Universal Health Coverage.*

[1] Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil. *manoelito.junior@uesb.edu.br*

[2] Universidade de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) – Campinas (SP), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

O Brasil se destaca por ser um país com mais de 100 milhões de pessoas com um sistema universal público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS)[1,2]. Esse panorama torna-se ainda mais relevante por incluir o cuidado de saúde bucal[3,4]. O SUS tem buscado cada vez mais a expansão do acesso, qualidade e a integralidade dos serviços de saúde no País em diferentes níveis de atenção[5].

No Brasil, a valorização da Atenção Primária à Saúde (APS) iniciou-se em 1990, com o surgimento do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs). Em 1994, houve sua expansão por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), que mais tarde se tornou a Estratégia Saúde da Família (ESF)[3]. Em 2006, foi publicada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), posteriormente atualizada, em 2011 e 2017, com o plano de expansão, qualificação e consolidação da APS no SUS[6]. Nesse sentido, a APS tem sido entendida em uma lógica de trabalho de (re)organização e (re)orientação do modelo de saúde vigente no Brasil.

A inclusão da saúde bucal iniciou-se de forma mais abrangente em 2001, a partir da integração da equipe de Saúde Bucal (eSB) na APS, com a participação de cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnica de saúde bucal[7,8]. A inserção da eSB na APS incluiu os serviços de saúde bucal na rede de assistência, com ampla articulação multidisciplinar e intersetorial[9]. Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi lançada, com ênfase na ampliação da oferta de serviços odontológicos na APS, e, também, na busca da integralidade do atendimento com inclusão de serviços nos níveis secundário e terciário[3].

Após a implantação da PNSB, houve aumento na cobertura de saúde bucal em todo o País[3,8]. No entanto, apesar da abrangência nacional do SUS no Brasil, sua gestão e financiamento é tripartite, e isso pode afetar as desigualdades entre regiões, estados e municípios brasileiros, uma vez que a gestão e o financiamento podem apresentar-se fragmentados. A região Nordeste e, especialmente, o estado da Bahia têm se destacado como região geográfica e estado com maiores coberturas de saúde bucal na APS[9,10]. No entanto, apresentam baixos indicadores socioeconômicos, como renda, desenvolvimento humano e segurança[4,11,12].

No Brasil, a APS apresenta-se como um nível de atenção à saúde da gestão municipal, e os fatores contextuais podem interferir nos gastos públicos e na oferta de serviços de saúde, inclusive odontológicos[8]. Em 2024, a PNSB completou 20 anos de implantação, e a sua efetividade no pressuposto de ampliação da cobertura dos cuidados primários deve ser analisada. Estudos têm apontado o aumento dessa cobertura ao longo dos anos em análise no Brasil[10,13], por regiões brasileiras[14], como no Nordeste[9], ou por estado[15]. No entanto, a maioria dos estudos limita-se à análise descritiva de série histórica[13,16], e poucos têm verificado possíveis fatores demográficos e socioeconômicos na cobertura entre os municípios.

A Bahia apresenta, desde a implantação da PNSB, uma tendência de aumento da cobertura de saúde bucal na APS[9]. No entanto, apesar do apoio financeiro, tecnológico, estrutural e do acréscimo de novas equipes após a PNSB, o estado ainda não apresenta universalidade da cobertura de saúde bucal. Por isso, estudos devem verificar como a expansão tem acontecido e quais municípios têm alcançado maiores proporções de cobertura. A Bahia está entre os estados com maior território, população e cobertura de Atenção Básica (AB) e cobertura de saúde bucal no Brasil[4,9,10,17]. No entanto, poucos estudos exploram esses dados ou estudam a expansão da cobertura de saúde bucal e os fatores contextuais associados. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a tendência temporal e os fatores demográficos e socioeconômicos associados à cobertura satisfatória de saúde bucal na APS entre municípios baianos (2001 a 2023).

Material e métodos

Desenho do estudo

O presente estudo ecológico foi dividido em duas etapas: Etapa 1) Série histórica: etapa em que foram realizadas análises temporais para duas séries históricas, considerando os diferentes bancos de dados oficiais, sendo a primeira de 2001 a 2018, e a segunda de 2007 a 2023; e Etapa 2) Recortes transversais: para esta etapa analítica, houve cinco recortes transversais para análise de associação com fatores contextuais demográficos e socioeconômicos dos municípios baianos, um recorte no ano anterior (2003) e quatro a cada cinco anos após a implantação da PNSB (2008, 2013, 2018 e 2023).

Local do estudo

A Bahia, estado situado no Nordeste brasileiro, possui 417 municípios. Em 2022, sua população estimada foi de 14.659.023 habitantes[17]. Com relação aos dados socioeconômicos, esse estado apresenta um alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (0,702) (2021)[18]; baixo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) (0,294) (2021)[18], bom Produto Interno Bruto (PIB) municipal *per capita* (R$11.012,34) (2010)[4], mas alta desigualdade no Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (0,6278) (2010)[12].

No aspecto de saúde pública, o estado divide-se em 28 microrregiões de saúde e nove macrorregiões de saúde[19], conforme a Resolução CIB nº 275/2012[20]. A cobertura da ESF, em dezembro de 2020, foi de 77,54%, enquanto a cobertura da AB foi de 84,34%[2]. Destaca-se por possuir uma das maiores coberturas de saúde bucal na APS do País[4]. Em junho de 2025, a cobertura de saúde bucal na ESF foi de 65,26%, e a cobertura de saúde bucal na AB foi de 65,29%[21].

Fonte de extração de dados

A variável dependente foi a cobertura de saúde bucal na APS, sendo considerada tanto a cobertura na ESF quanto a AB. Os dados foram extraídos de dois bancos de dados oficiais do Ministério da Saúde. O estudo não incluiu análise conjunta entre os bancos, considerando a diferença nos dados de proporção de cobertura, tendo em vista as diferentes metodologias para cálculo. Sendo assim, optou-se pela realização de duas séries históricas.

Série histórica 1 (2001-2018): considerou as informações extraídas do e-gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica[2] de duas planilhas de Excel, sendo elas: 1) Histórico (1998-2010); e 2) Histórico (2011-2019)[2]. Apesar de serem disponibilizados nas planilhas dados de cobertura a partir do ano de 1998, os dados específicos sobre a cobertura da saúde bucal foram iniciados para todos os municípios baianos a partir do mês de março do ano de 2001, e apresenta informações até o mês de dezembro de 2018.

Série histórica 2 (2007-2023): os dados foram extraídos do e-Gestor[22] Atenção Primária à Saúde (2007-2023), com preenchimento a partir de julho de 2007 e dados disponíveis até dezembro de 2023, como os mais recentes para acesso.

Nesse sentido, preferiu-se realizar para as duas séries históricas como referência os dados do mês de dezembro de todos os anos com dados disponíveis: Série Histórica 1 (dez/2001 a dez/2018) e Série Histórica 2 (dez/2007 a dez/2023). Para a realização das ilustrações por meio dos mapas e realização dos recortes transversais para análise das associações dos fatores contextuais demográficos e socioeconômicos, preferiu-se selecionar cinco recortes: um recorte em ano de referência antes da PNSB (dezembro/2003) e a cada cinco anos após a implantação da PNSB (dezembro/2008, dezembro/2013, dezembro/2018 e dezembro/2021).

As variáveis independentes foram extraídas da seguinte forma: os dados populacionais

brutos foram extraídos do Censo 2022/2023, para o ano de 2023, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[17].

Os dados referentes às macrorregiões de saúde da Bahia foram retirados da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), por meio do Observatório Baiano de Regionalização, com a atualização mais recente conforme a Resolução CIB nº 275/2012[20].

Os dados do IDH-M e do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) referentes ao ano de 2010, os mais atuais publicados, foram extraídos em junho de 2023, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)[17].

O Produto Interno Bruto (PIB) municipal *per capita* e Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* segundo município, ambos referentes ao ano de 2010, foram extraídos do Departamento de Informática do SUS (Datasus), em maio de 2023[4].

Variáveis

O desfecho do estudo foi a cobertura de saúde bucal na APS por município baiano, sendo distribuído de duas formas:

1) Para a realização da descrição, análise de série temporal e confecção dos mapas, foram utilizadas quatro categorias, seguindo os 'quartis', em que o grau de implantação foi considerado conforme realizado em estudo prévio[23]: a) satisfatório, com valores acima de 75%; b) aceitável, entre 50% e 75%; c) regular, entre 25% e 49,99%; e d) crítico, abaixo de 25%. Para a etapa analítica, as classes foram dicotomizadas em: satisfatório (>75%) ou insatisfatório (≤75%) (crítico, regular ou aceitável).

As variáveis independentes foram agrupadas segundo estudo prévio[24] em:

Demográficas: Porte Populacional (<25 mil ou ≥25 mil habitantes) e Núcleos Regionais de Saúde (Norte, Centro-Norte, Nordeste, Oeste, Centro-Leste, Sudoeste, Sul, Extremo-Sul, Leste [inclui capital]).

Socioeconômicas: IDH-M (<0,600 ou ≥0,600), Produto Interno Bruto municipal *per capita* (<R$ 5.000,00, R$ 5.000,00 a R$ 9.999,99 ou ≥R$ 10.000,00), Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (<0,5000 ou ≥0,5000), Índice de Vulnerabilidade Social (≤0,400, 0,401 a 0,500 ou ≥0,501).

Georreferenciamento

O georreferenciamento da cobertura de saúde bucal na APS por município foi realizado no *software* QGIS[25] (escala 1:4.500.00). Foram elaborados mapas referentes ao ano anterior à PNSB (2003), e a cada cinco anos após a implantação da PNSB (2008, 2013, 2018 e 2023).

Análise dos dados

Os dados brutos foram extraídos das diferentes fontes de dados e organizados em planilhas do Excel (Microsoft). Para análise dos dados, foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0[26] e Excel®.

Na etapa descritiva, realizou-se a frequência absoluta (n) e relativa (%). Para etapa analítica, foi avaliado o ano de 2003 como referência para o período anterior à PNSB, e um intervalo de cinco anos após a implantação da PNSB como forma de marcador temporal (2008, 2013, 2018 e 2023). A seleção desses anos no recorte transversal considerou: 1) Primeiro banco de dados: a) 2001 e 2002: muitos dados faltantes; b) 2003: apresentava consistência de dados e poderia ser considerado ano de referência anterior à PNSB; c) 2018: último dado disponível, por isso, cinco anos seria um tempo adequado para padronização no tempo de recorte. 2) Segundo banco de dados: a) 2023: último dado disponível, e considera o padrão de temporalidade de 5 anos. Considerando que a maioria das análises brutas estava associada a apenas uma ou duas variáveis, optou-se pela não realização de modelos finais com ajustes multivariáveis.

Foram realizadas análises de regressão de Poisson univariadas[27], com variância robusta entre o desfecho de cobertura de saúde bucal na APS (>75%) e as variáveis independentes (demográficas e socioeconômicas). A categoria de referência para a regressão de Poisson foram

os municípios com cobertura insatisfatória de saúde bucal na APS (≤75%) (p<0,05).

Para análise temporal, foi utilizada regressão linear generalizada, pelo método de Prais-Winsten[28], no *software* Stata 13.0[29], considerando o resultado enquanto um coeficiente. A análise de autocorrelação serial para avaliar a dependência de uma medida seriada com seus próprios valores em momentos anteriores (autocorrelação) foi avaliada pelo Teste de Durbin-Watson[30] (DW), variando entre 0 (máxima autocorrelação positiva) a 4 (máxima autocorrelação negativa).

O cálculo da Variação Percentual Anual (VPA) e do Intervalo de Confiança (IC95%)[31] foi realizado da seguinte forma:

$$VPA\ (\%) = [-1+10b1]*100$$

$$IC\ (95\%)min = [-1+10b1min]*100;\ IC\ (95\%)max = [-1+10b1max]*100.$$

Legenda: b1 = Coeficiente estimador da tendência. Max = máximo. Min = mínimo.

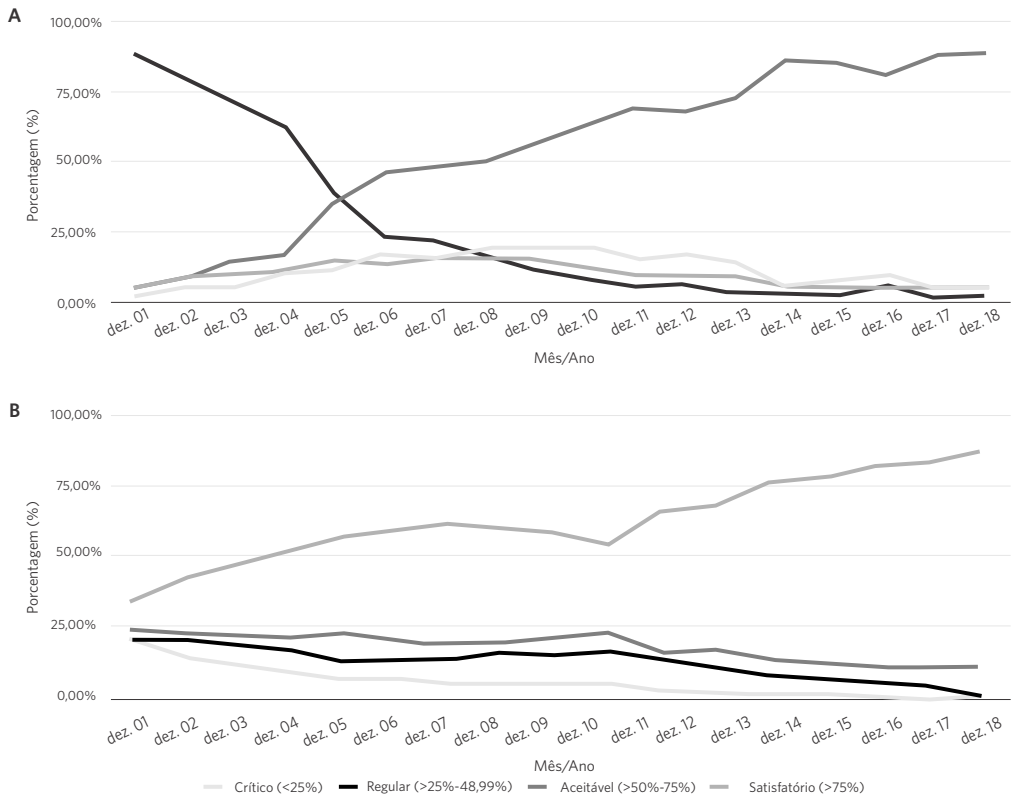
Aspectos éticos

Os dados secundários são de domínio público por diferentes órgãos do Brasil e da Bahia, por isso, não houve necessidade de apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Entre os 417 municípios baianos, verificou-se que a maioria proporcional dos municípios apresentava cobertura crítica de saúde bucal na APS (<25%) (*gráfico 1A*) entre dezembro de 2001 e dezembro de 2005, mas com cobertura satisfatória (>75%) a partir de dezembro de 2006 (*gráfico 1A*) e dezembro de 2008 (*gráfico 1B*).

Gráfico 1. Tendência temporal da proporção de cobertura de saúde bucal na APS entre municípios baianos entre (A) dez./2001 a dez./2018 e (B) dez./2007 a dez./2023. Bahia, dez./2001 a dez./2023



Fonte: Ministério da Saúde (MS)[2,22].

A primeira série histórica (2001 a 2018) foi de tendência temporal decrescente para cobertura crítica, e crescente para cobertura satisfatória de saúde bucal na APS. Na segunda série histórica (2007 a 2023), houve tendência decrescente para a cobertura crítica, regular e aceitável, e crescente para a cobertura satisfatória (*tabela 1*).

Tabela 1. Coeficiente, Intervalo de Confiança (IC95%), Variação Percentual Anual (VPA) e tendência temporal da cobertura de saúde bucal na APS conforme os municípios baianos. Bahia, dez./2001-dez./2023

Variável	Coeficiente (IC95%)	VPA(%) (IC95%)*	p-valor**	Tendência
Cobertura de Saúde Bucal (Série Histórica 1: 2001 a 2018*)**				
Crítico (<25%)	-0,11 (-0,12;-0,09)	-21,7 (-24,0;-19,5)	<0,001	Decrescente
Regular (≥25%-49,99%)	-0,00 (-0,04;0,03)	-0,9 (-9,4;8,1)	0,802	Estabilidade
Aceitável (≥50,00%-75,00%)	0,02 (-0,03;0,08)	5,2 (-7,5;19,9)	0,414	Estabilidade
Satisfatório (>75%)	0,07 (0,03;0,11)	18,6 (7,9;30,0)	0,001	Crescente
Cobertura de Saúde Bucal (Série Histórica 2: 2007 a 2023**)**				
Crítico (<25%)	-0,12 (-0,15;-008)	-23,3 (-29,5;-16,4)	<0,001	Decrescente
Regular (≥25%-49,99%)	-0,06 (-0,10;-0,02)	-12,9 (-20,6;-4,7)	0,005	Decrescente
Aceitável (≥50,00%-75,00%)	-0,21 (-0,03;-0,01)	-4,7 (-6,7;-2,7)	<0,001	Decrescente
Satisfatório (>75%)	0,02 (0,02;0,03)	5,2 (3,8;6,7)	<0,001	Crescente

Fonte: Ministério da Saúde (MS)[2,22].

*Variação Percentual Anual (VPA) (Annual Percent Change).

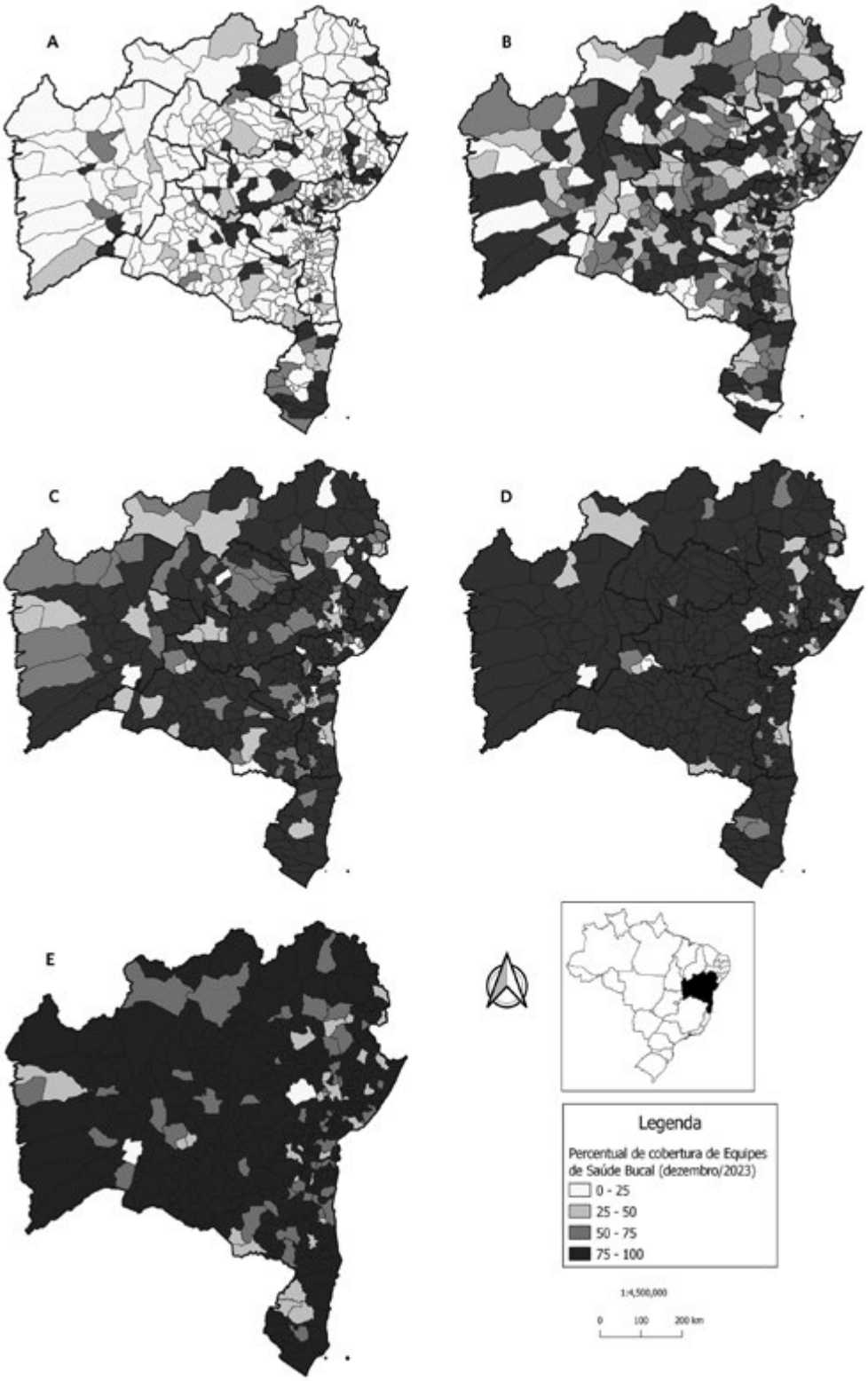
**Regressão linear generalizada, método de Prais-Winsten (p<0,05).

*** Dados extraídos do e-gestor (Banco de Planilhas do Datasus)[2].

****Dados extraídos do e-gestor (Banco do próprio e-gestor)[22].

Entre os 417 municípios, verificou-se evidente aumento na cobertura satisfatória de saúde bucal na APS nos recortes ao longo dos 20 anos da PNSB. Em 2003 (A), um ano antes da implantação da PNSB, havia vazios assistenciais evidentes, principalmente nas macrorregiões de saúde Norte e Oeste. No ano de 2008 (B), cinco anos após a PNSB, observou-se um crescimento considerável da cobertura de saúde bucal na APS, aspecto ainda mais evidente em 2013 (C) e 2018 (D), respectivamente, 10 e 15 anos após a implantação da PNSB. Em 2013 (C), ainda se observaram municípios com baixa cobertura, principalmente nas macrorregiões Norte e Oeste. Em 2018 (D), ficou evidente que a maioria dos municípios apresentou cobertura satisfatória (>75%). Em 2023 (E), 20 anos após, com uso de dados da segunda série histórica, verificou-se redução na cobertura, com retorno de cobertura aceitável ou regular em municípios com cobertura satisfatória, com efeito em todas as macrorregiões de saúde.

Figura 1. Distribuição espacial da proporção de cobertura de equipe de Saúde Bucal na APS no estado da Bahia por município entre os anos de (A) dez./2003, (B) dez./2008, (C) dez./2013, (D) dez./2018 e (E) dez./2023. Brasil, dez./2003-dez./2023



Fonte: Ministério da Saúde (MS)2,22.

No presente estudo, a maioria dos municípios baianos apresentava como características demográficas: terem menos de 25 mil habitantes (77,0%) e serem localizados no Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (17,5%). E como características socioeconômicas: terem até médio IDH-M (<0,600) (63,1%), baixo Produto Interno Bruto municipal *per capita* (entre R$ 5.000,00 e R$ 9.999,99) (62,6%), alto Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (≥ 0,5000) (75,1%) e alto Índice de Vulnerabilidade Social (entre 0,401 a 0,500) (54,9%) (*tabela 2*).

Tabela 2. Distribuição da cobertura de saúde bucal satisfatória (>75%) e insatisfatória (≤75%) na APS conforme os fatores demográficos e socioeconômicos entre municípios baianos. Bahia, dez./2003-dez./2023

Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde											
		Dez/2003*		**Dez/2008***		**Dez/2013***		**Dez/2018***		**Dez/2021****	
	Total	**≤75%**	**>75**	**≤75%**	**>75%**	**≤75%**	**>75%**	**≤75%**	**>75%**	**≤75%**	**>75%**
Variáveis	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Demográficos											
Porte populacional (2022)											
< 25 mil	286 (68,6)	239 (66,8)	47 (79,7)	119 (56,7)	167 (80,7)	53 (46,5)	233 (76,9)	27 (55,1)	259 (70,4)	27 (39,1)	259 (74,4)
≥ 25 mil	131 (31,4)	119 (33,2)	12 (20.3)	91 (43,3)	40 (19,3)	61 (53,5)	70 (23,1)	22 (44,9)	109 (29,6)	42 (60,9)	89 (25,6)
Núcleos Regionais de Saúde (NRS) (2020)											
Norte	29 (7,0)	27 (7,5)	2 (3,4)	20 (9,5)	9 (4,3)	11 (9,6)	18 (5,9)	6 (12,2)	23 (6,2)	5 (7,2)	24 (6,9)
Centro--Norte	38 (9,1)	35 (9,8)	3 (5,1)	21 (10,0)	17 (8,2)	12 (10,5)	26 (8,6)	1 (2,0)	37 (10,1)	2 (2,9)	36 (10,3)
Nordeste	33 (7,9)	27 (7,5)	6 (10.2)	21 (10,0)	12 (5,8)	11 (9,6)	22 (7,3)	8 (16,3)	25 (6,8)	5 (7,2)	28 (8,0)
Oeste	35 (8,4)	33 (9,2)	2 (3,4)	19 (9,0)	16 (7,7)	12 (10,5)	23 (7,6)	2 (4,1)	33 (9,0)	7 (10,1)	28 (8,0)
Centro-Leste	70 (16,8)	57 (15,9)	13 (22,0)	19 (9,0)	28 (13,5)	19 (16,7)	51 (16,8)	7 (14,3)	63 (17,1)	14 (20,3)	56 (16,1)
Sudoeste	73 (17,5)	66 (18,4)	7 (11,9)	37 (17,6)	33 (15,9)	15 (13,2)	58 (19,1)	6 (12,2)	67 (18,2)	9 (13,0)	64 (18,4)
Sul	72 (17,3)	64 (17,9)	8 (13,6)	37 (17,6)	36 (17,4)	19 (16,7)	53 (17,5)	9 (18,4)	63 (17,1)	14 (20,3)	58 (16,7)
Extremo-Sul	20 (4,8)	12 (3,4)	8 (13,6)	31 (14,8)	41 (19,8)	2 (1,8)	18 (5,9)	2 (4,1)	18 (4,9)	5 (7,2)	15 (4,3)
Leste (inclui capital)	47 (11,3)	37 (10,3)	10 (16,9)	5 (2,4)	15 (7,2)	13 (11,4)	34 (11,2)	8 (16,3)	39 (10,6)	8 (11,6)	39 (11,2)
Socioeconômicos											
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)											
< 0,600	263 (63,1)	229 (64,0)	34 (57,6)	138 (65,7)	125 (60,4)	68 (59,6)	195 (64,4)	30 (61,2)	233 (63,3)	42 (60,9)	221 (63,5)
≥ 0,600	154 (36,9)	129 (36,0)	25 (42,4)	72 (34,3)	82 (39,2)	46 (40,4)	108 (35,6)	19 (38,8)	135 (36,7)	27 (39,1)	127 (36,5)

Tabela 2. Distribuição da cobertura de saúde bucal satisfatória (>75%) e insatisfatória (≤75%) na APS conforme os fatores demográficos e socioeconômicos entre municípios baianos. Bahia, dez./2003-dez./2023

Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde											
		Dez/2003*		**Dez/2008***		**Dez/2013***		**Dez/2018***		**Dez/2021****	
	Total	**≤75%**	**>75**	**≤75%**	**>75%**	**≤75%**	**>75%**	**≤75%**	**>75%**	**≤75%**	**>75%**
Variáveis	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Produto Interno Bruto municipal *per capita* (R$) (2013)											
< 5.000,00	88 (21,1)	78 (21,8)	10 (16,9)	48 (22,9)	40 (19,3)	22 (19,3)	66 (21,8)	7 (14,3)	81 (22,0)	7 (10,1)	81 (23,3)
5.000,00 a 9.999,99	261 (62,6)	225 (62,8)	36 (61,0)	121 (57,6)	140 (67,6)	64 (56,1)	197 (65,0)	28 (57,1)	233 (63,3)	42 (60,9)	219 (62,9)
≥10.000,00	68 (16,3)	55 (15,4)	13 (22,0)	41 (19,5)	27 (13,0)	28 (24,6)	40 (13,2)	14 (28,6)	54 (14,7)	20 (29,0)	48 (13,8)
Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (2010)											
< 0,5000	104 (24,9)	91 (25,4)	13 (22,0)	34 (16,2)	70 (33,8)	12 (10,5)	92 (30,4)	6 (12,2)	98 (26,6)	7 (10,1)	97 (27,9)
≥ 0,5000	313 (75,1)	267 (74,6)	46 (78,0)	176 (83,8)	137 (66,2)	102 (89,5)	211 (69,6)	43 (87,8)	270 (73,4)	62 (89,9)	251 (72,1)
Índice de Vulnerabilidade Social (2010)											
≤ 0,400	84 (20,1)	71 (19,8)	13 (22,0)	42 (20,0)	42 (20,3)	28 (24,6)	56 (18,5)	12 (24,5)	72 (19,6)	22 (31,9)	62 (17,8)
0,401 a 0,500	229 (54,9)	199 (55,6)	30 (50,8)	110 (52,4)	119 (57,5)	55 (48,2)	174 (57,4)	26 (53,1)	203 (55,2)	31 (44,9)	198 (56,9)
≥ 0,501	104 (24,9)	88 (24,6)	16 (27,1)	58 (27,6)	46 (22,2)	31 (27,2)	73 (24,1)	11 (22,4)	93 (25,3)	16 (23,2)	88 (25,3)

Fonte: Ministério da Saúde (MS)[2,22]; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[7,12]; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)[11]; Observatório Baiano de Regionalização (OBR)[19].

*Dados extraídos do e-gestor (Banco de Datasus)[2].

**Dados extraídos do e-gestor (Banco do próprio e-gestor)[22].

A cobertura de saúde bucal na APS foi associada aos fatores demográficos antes (2003) e após a implantação da PNSB, sendo satisfatória (>75%) para os municípios baianos com menor porte populacional (<25 mil) entre todos os anos avaliados, e entre as diferentes macrorregiões de saúde (2008 e 2018). Os fatores socioeconômicos estudados foram associados apenas após a implantação da PNSB, tais como: municípios com menor Produto Interno Bruto municipal *per capita* e menor índice de Gini da renda domiciliar *per capita* estiveram associados em 2008, 2013, 2018 e 2023. Não houve diferença para o Índice de Desenvolvimento Municipal e o Índice de Vulnerabilidade Social em nenhum dos momentos avaliados (p>0,05) (*tabela 3*).

No ano anterior à implantação da PNSB, em 2003, apresentaram cobertura de saúde bucal na APS satisfatória os municípios baianos de pequeno porte (RP=1,03; IC95%: 1,01-1,13, p=0,030) e localizados na macrorregião Oeste (RP=0,87; IC95%: 0,77-0,98, p=0,026). Após 5 anos da implantação, em 2008, a cobertura satisfatória foi associada aos municípios de pequeno porte (RP=1,21; IC95%: 1,13-1,30, p<0,001), em macrorregiões de saúde do interior: Norte (RP=0,75; IC95%: 0,63-0,89,

p=0,001), Centro-Norte (RP=0,83; IC95%: 0,71-0,96, p=0,016), Nordeste (RP=0,78; IC95%: 0,66-0,92, p=0,003), Oeste (RP=0,83; IC95%: 0,71-0,97, p=0,022), Sudoeste (RP=0,84; IC95%: 0,74-0,96, p=0,011) e Sul (RP=0,85; IC95%: 0,75-0,97, p=0,019), com menor renda entre R$ 5.000,00 e R$ 9.999,99 (RP=1,10; IC95%: 1,00-1,21, p=0,043) e menor desigualdade de renda (Gini < 0,5000) (RP=1,16; IC95%: 1,09-1,24, p<0,001). Após 10 anos da implantação, em 2013, a cobertura satisfatória foi associada aos municípios de pequeno porte (RP=1,18; IC95%: 1,11-1,26, p<0,001), com menores rendas: <R$ 5.000,00 (RP=1,10; IC95%: 1,01-1,21, p=0,035) e entre R$ 5.000,00 e R$ 9.999,99 (RP=1,10; IC95%: 1,02-1,20, p=0,014) e menor desigualdade de renda (Gini < 0,5000) (RP=1,13; IC95%: 1,08-1,18, p<0,001). 15 anos após a implantação, em 2018, a cobertura de SB na APS satisfatória foi mais encontrada em municípios de pequeno porte (RP=1,04; IC95%: 1,01-1,08, p=0,049), na macrorregião Centro-Norte (RP=1,08; IC95%: 1,01-1,15, p=0,021), com menores PIBs <R$ 5.000,00 (RP=1,07; IC95%: 1,01-1,14, p=0,029) e menor desigualdade de renda (Gini < 0,5000) (RP=1,04; IC95%: 1,01-1,08, p=0,008) e na macrorregião Centro-Norte (RP=1,08; IC95%: 1,01-1,15, p=0,021). Após 20 anos, em 2023, a cobertura de SB na APS satisfatória foi associada aos municípios de pequeno porte (RP=1,13; IC95%: 1,08-1,19, p<0,001), com menores rendas: PIB <R$ 5.000,00 (RP=1,13; IC95%: 1,05-1,21, p=0,001) e entre R$ 5.000,00 a R$ 9.999,99 (RP=1,08; IC95%: 1,01-1,15, p=0,030), menor desigualdade de renda (Gini < 0,5000) (RP=1,07; IC95%: 1,03-1,11, p<0,001) (*tabela 3*).

Tabela 3. Razão de prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) da cobertura de saúde bucal satisfatória (>75%) na APS segundo fatores demográficos e socioeconômicos entre municípios baianos. Bahia, dez./2003-dez./2023

	Cobertura da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde									
	dez/03*		dez/08*		dez/13*		dez/18*		dez/23**	
Variáveis	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Demográficos										
Porte populacional (2022)										
< 25 mil	1,07 (1,01-1,13)	0,030	1,21 (1,13-1,30)	<0,001	1,18 (1,11-1,26)	<0,001	1,04 (1,00-1,08)	0,049	1,13 (1,08-1,19)	<0,001
≥ 25 mil	1		1		1		1		1	
Núcleos Regionais de Saúde (NRS) (2020)										
Norte	0,88 (0,77-1,00)	0,056	0,75 (0,63-0,89)	0,001	0,94 (0,82-1,07)	0,361	0,98 (0,89-1,08)	0,694	0,99 (0,91-1,09)	0,980
Centro-Norte	0,89 (0,78-1,01)	0,067	0,83 (0,71-0,96)	0,016	0,98 (0,87-1,10)	0,695	1,08 (1,01-1,15)	0,021	1,06 (0,99-1,14)	0,077
Nordeste	0,97 (0,84-1,13)	0,731	0,78 (0,66-0,92)	0,003	0,97 (0,86-1,09)	0,59	0,96 (0,87-1,06)	0,438	1,01 (0,92-1,10)	0,822
Oeste	0,87 (0,77-0,98)	0,026	0,83 (0,71-0,97)	0,022	0,96 (0,85-1,08)	0,524	1,06 (0,99-1,14)	0,097	0,98 (0,90-1,08)	0,733
Centro-Leste	0,98 (0,87-1,11)	0,72	0,91 (0,79-1,05)	0,195	1,00 (0,91-1,10)	0,951	1,04 (0,97-1,10)	0,288	0,98 (0,91-1,06)	0,682
Sudoeste	0,90 (0,81-1,01)	0,083	0,84 (0,74-0,96)	0,011	1,04 (0,95-1,14)	0,381	1,05 (0,98-1,12)	0,171	1,03 (0,95-1,10)	0,485
Sul	0,92 (0,82-1,03)	0,141	0,85 (0,75-0,97)	0,019	1,01 (0,92-1,11)	0,879	1,02 (0,95-1,10)	0,503	0,99 (0,91-1,07)	0,736

Tabela 3. Razão de prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) da cobertura de saúde bucal satisfatória (>75%) na APS segundo fatores demográficos e socioeconômicos entre municípios baianos. Bahia, dez./2003-dez./2023

	Cobertura da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde									
	dez/03*		dez/08*		dez/13*		dez/18*			dez/23**
Variáveis	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Extremo-Sul	1,15 (0,96-1,38)	0,12	0,90 (0,79-1,20)	0,102	1,10 (1,00-1,22)	0,060	1,04 (0,95-1,14)	0,416	0,96 (0,84-1,08)	0,479
Leste (inclui capital)	1		1		1		1		1	
Socioeconômicos										
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)										
< 0,600	0,97 (0,91-1,03)	0,359	0,96 (0,90-1,03)	0,257	1,02 (0,97-1,08)	0,382	1,01 (0,97-1,04)	0,778	1,01 (0,97-1,05)	0,682
≥ 0,600	1		1		1		1		1	
Produto Interno Bruto municipal per capita (R$) (2013)										
< 5.000,00	0,94 (0,85-1,03)	0,18	1,04 (0,93-1,16)	0,471	1,10 (1,01-1,21)	0,035	1,07 (1,01-1,14)	0,029	1,13 (1,05-1,21)	0,001
5.000,00 a 9.999,99	0,96 (0,88-1,04)	0,301	1,10 (1,00-1,21)	0,043	1,10 (1,02-1,20)	0,014	1,06 (1,00-1,12)	0,066	1,08 (1,01-1,15)	0,030
≥10.000,00	1		1		1		1		1	
Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (2010)										
< 0,5000	0,98 (0,92-1,05)	0,566	1,16 (1,09-1,24)	<0,001	1,13 (1,08-1,18)	<0,001	1,04 (1,01-1,08)	0,008	1,07 (1,03-1,11)	<0,001
≥ 0,5000	1		1		1		1		1	
Índice de Vulnerabilidade Social (2010)										
≤ 0,400	1,00 (0,92-1,10)	0,986	1,04 (0,94-1,15)	0,429	0,98 (0,90-1,06)	0,606	0,98 (0,93-1,03)	0,447	0,94 (0,88-1,01)	0,073
0,401 a 0,500	0,98 (0,91-1,05)	0,583	1,05 (0,97-1,14)	0,193	1,03 (0,97-1,10)	0,278	1,00 (0,96-1,04)	0,832	1,01 (0,97-1,06)	0,661
≥ 0,501	1		1		1		1		1	

Fonte: Ministério da Saúde (MS)[2,22]; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)[12,17]; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)[11]; Observatório Baiano de Regionalização (OBR)[19].

*Dados extraídos do e-gestor (Banco de Datasus)[2].

**Dados extraídos do e-gestor (Banco do próprio e-gestor)[22].

Nota: categoria de referência para análise bruta: cobertura de saúde bucal na APS insatisfatória (≤75%).

Discussão

Os municípios baianos apresentaram tendência temporal crescente de cobertura satisfatória de saúde bucal na APS, dado que corrobora o crescimento do número de equipes de saúde bucal implantadas[32]. No entanto, Apesar do aumento considerável da cobertura, os municípios baianos ainda não apresentaram universalidade da saúde bucal para sua população, por isso, vinte anos após a sua implantação, a PNSB ainda precisa estabelecer indicadores e fomento para atingir a universalização da saúde bucal na APS[33].

Os mapas ilustraram as disparidades na cobertura de saúde bucal na APS por município segundo as macrorregiões de saúde do

estado da Bahia, trazendo a visualização de uma cobertura insatisfatória antes da PNSB (2003) para uma transição nos anos iniciais da PNSB (2008 e 2013) até uma cobertura satisfatória mais bem definida nos anos de 2018 e 2023. Esses dados demonstram que houve um processo mesmo de interiorização da APS. Observou-se que, além do aumento de cobertura de saúde bucal nos vazios assistenciais, os grandes centros também evoluíram, tanto em quantidade de eSB, quanto em tecnologia, refletindo o equilíbrio necessário para que haja o funcionamento do sistema de resolubilidade por níveis de atenção[34].

Os dados levantados no presente estudo devem ser analisados com cautela para fomentar a compreensão da PNSB enquanto única política indutora para cobertura de saúde bucal. O SUS, enquanto uma política em construção, e de evolução no processo de descentralização do sistema, por meio da centralidade na APS e do processo de municipalização, atua constantemente na (re) formulação de políticas públicas de saúde e/ou sociais. Nesse sentido, cabe evidenciar outras políticas de saúde que ocorreram concomitantemente nos anos de análise do presente estudo. Entre elas, destacam-se, para a APS, a PNAB[6] e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)[35]. A PNAB apresentou três edições, uma em 2006, outra em 2011, e a mais recente, e em vigência, em 2017. Outro programa que não pode deixar de ser citado como um fator estimulador na cobertura de saúde bucal é o PMAQ-AB, programa de incentivo financeiro por desempenho que tem o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB, que ocorreu em três ciclos avaliativos (2011-2012, 2013-2014 e 2015-2018)[35].

Em 2017, com a nova PNAB, houve maior flexibilização no processo de trabalho das equipes de saúde, e essa política, inclusive, prevê uma não obrigatoriedade da saúde bucal na ESF[6]. Além disso, a partir de 2018, o programa de incentivo por desempenho do PMAQ-AB foi substituído pelo formato de financiamento do Programa Previne Brasil (PPB). As mudanças dessas políticas indutoras podem explicar a redução da cobertura verificada nos mapas entre 2018 e 2023, para além do uso de bancos de dados diferentes. Um estudo demonstrou que, após a PNAB de 2017, houve redução no número de eSB nos municípios brasileiros, com redução mais acentuada nas regiões Sul e Nordeste e em municípios de maior porte[36]. Esse aspecto pode ser um reflexo, também, do teto da Emenda Complementar que limita o gasto público em saúde no Brasil[37].

No presente estudo, foi verificado que os fatores demográficos foram associados a maior cobertura de saúde bucal, antes e após a implantação da PNSB. Os municípios com menor porte populacional (<25 mil) registravam maior cobertura de saúde bucal nos anos avaliados (antes e após a PNSB). Esse fato decorre, principalmente, de a APS ser de responsabilidade municipal, então, municípios com menores portes acabam por apresentar gestão e financiamento voltados apenas para esse nível de atenção, diferentemente do que ocorre com municípios com maior porte populacional, que atendem e/ou apresentam oferta de saúde bucal em nível secundário e/ou terciário, com gestão municipal e/ou estadual e/ou federal[38,39]. No Brasil, desde a criação do SUS, há um processo de descentralização da atenção, que, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB)[39], trouxe a necessidade de municipalização da APS. Nos últimos anos, o Brasil apresentou diversas estratégias para melhoria do acesso e da qualidade da APS, como, por exemplo, a implantação da ESF, aumento da equipe e a implantação do serviço público já com equipes de saúde bucal que desempenham um importante papel, principalmente no que tange aos municípios menores[40].

As macrorregiões de saúde apresentaram associação com a cobertura de saúde bucal na APS antes da PNSB (2003) e em alguns anos após a PNSB (2008 e 2018). Esse aspecto pode

derivar de múltiplos fatores, principalmente relacionados ao aspecto da própria descentralização[39], pois, embora os municípios apresentem maior autonomia para decidir a incorporação das políticas públicas de saúde, como a de saúde bucal, e haja estímulos de ordem estadual e federal, há aspectos físicos, estruturais, financeiros e, principalmente, políticos para assumir a saúde bucal como uma agenda de prioridade. No entanto, cabe destacar que, mesmo nos anos em que houve associação, não houve homogeneidade sobre quais seriam as regiões de saúde com melhor e/ou pior desempenho de cobertura ao longo dos anos analisados. No entanto, pode-se verificar que a associação, quando ocorre nos diferentes anos analisados, demonstra que os municípios em regiões de saúde do interior da Bahia apresentaram-se com razão de prevalência com fator de proteção de cobertura de saúde bucal quando comparados com a região de saúde de referência, que inclui a região metropolitana e a capital baiana. Tal aspecto demonstra que há uma dificuldade de alcance de uma cobertura satisfatória em regiões/municípios de grande porte, inclusive da capital, pelo mesmo aspecto apresentado quanto ao porte populacional. Nesse sentido, deve-se pensar em realizar uma Rede de Atenção à Saúde Bucal com a capilaridade de APS em todas as regiões, e que as macro e microrregiões sejam capazes de prover os níveis secundários e terciários, para que todos os municípios e regiões de saúde apresentem a integralidade da saúde bucal[14,34].

No presente estudo, entre os fatores socioeconômicos avaliados, a renda municipal e a desigualdade de renda, apesar de não terem sido associadas à maior cobertura de saúde bucal na APS antes da PNSB, foram associadas em todos os recortes analíticos para os anos após a sua implantação. Esse resultado mostrou a implantação de novas eSB ao longo do tempo nos municípios baianos com menor renda e menor desigualdade. Embora a maior desigualdade de renda sugira ser o indicador socioeconômico negativo, ou seja, indica os municípios com necessidade de maior cobertura, a literatura aponta que municípios brasileiros com maior renda bruta apresentam concentração de renda por pior distribuição de renda, ou seja, vão apresentar maior desigualdade de renda[41]. Sendo assim, este resultado demonstra que a PNSB apresentou uma implantação que respeitou as características socioeconômicas e, assim, atende ao princípio doutrinário do SUS, ou seja, a equidade[3,42]. A Bahia é um estado do Nordeste brasileiro que apresenta indicadores sociais e de segurança baixos[4,9,10,17,43], e, por isso, merece ter uma atenção diferenciada pelas políticas públicas, inclusive de saúde bucal. É salutar verificar que está entre os estados com maior cobertura no Brasil[2,4] e que, mais do que isso, teve expansão em municípios que mais precisam.

Entre as variáveis socioeconômicas, no presente estudo, verificou-se que o desenvolvimento humano municipal e a vulnerabilidade social não foram associados à cobertura de saúde bucal na APS. Esse dado pode ser derivado de alguns aspectos limitantes do presente estudo, como, por exemplo, dados desatualizados, o uso de um mesmo indicador para diferentes anos da série histórica, o que influencia em pouca alteração proporcional ao longo do tempo avaliado, ou, ainda, a homogeneidade nas características socioeconômicas de municípios de uma única unidade federativa brasileira. Estudos futuros devem aprofundar a análise sobre esse aspecto.

O presente estudo apresenta limitações por trabalhar com dados secundários, inclusive, na medida em que o site oficial do Ministério da Saúde disponibiliza diferentes bancos de dados sobre cobertura com diferentes formas de cálculo, dificultando a padronização e a comparabilidade dos seus resultados, principalmente em estudo que busca analisar a tendência temporal. As diferenças conceituais conforme a atualização das Políticas, da conformação de equipes de saúde bucal e da população adscrita, demonstrada na diferença na forma de cálculo da cobertura (numerador e denominador), podem subestimar e/

ou superestimar os dados. Para mitigar essas questões, não houve comparação direta nas séries históricas entre os diferentes bancos. No entanto, não há segurança se houve diferentes formas de cálculo nos bancos de dados utilizados, por isso, pode haver dúvidas se a melhoria entre os períodos ocorreu de forma real ou pela diferença na forma de calcular. Contudo, essas limitações não retiram o potencial de uso desses dados para monitoramento e análise sobre a cobertura de saúde bucal na APS entre municípios baianos.

Conclusões

O presente estudo conclui que, durante os dezoito anos de existência da PNSB, houve um aumento expressivo dos municípios baianos com cobertura satisfatória de saúde bucal na APS.

A cobertura satisfatória de saúde bucal na APS entre municípios baianos esteve associada aos fatores demográficos antes e após a implantação da PNSB, como porte populacional e macrorregião de saúde, mas esteve associada a fatores socioeconômicos apenas após a implantação da PNSB, como renda municipal e desigualdade de renda. Nesse sentido, a implantação das equipes de saúde bucal no estado da Bahia parece ter respeitado o princípio doutrinário do SUS da equidade para efetivação da PNSB, uma vez que ainda não obteve o atendimento ao princípio da universalidade.

Colaboradores

Dourado GSV (0009-0007-5005-5041)* e de Alcântara MVV (0009-0004-4824-8635)* contribuíram igualmente para a concepção do estudo, extração dos dados e redação do artigo. Lino CM (0000-0001-6686-3296)* e Silva Junior MF (0000-0001-8837-5912)* contribuíram para a concepção do estudo, análise de dados, redação do artigo e revisão final do manuscrito. ■

Referências

1. Marques RM, Piola SF, Roa AC. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Brasília, DF: MS; OPAS; OMS; 2016.

2. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica - Relatório Histórico de cobertura da APS [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida]. [acesso em 2024 nov 29]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml

3. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Geral de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: MS; 2004 [acesso em 2025 fev 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf

4. Ministério da Saúde (BR). Indicadores Municipais [Internet]. Brasília, DF: MS; [sem data] [acesso em 2025 fev 20]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/indicadores-municipais/

5. Presidência da República (BR). 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

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

tes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção 1:18055.

6. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2025 mar 24]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2000 dez 29; Edição 250-E; Seção 1:85.

8. Ministério da Saúde (BR). A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2024 jan 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf

9. Rocha ES, Gomes AA, Santos LGS, et al. Evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil. RSD. 2022;11(7):e14311729703. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29703

10. Pucca Junior GA, Gabriel M, Carrer FCA, et al. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal "Brasil Sorridente". Tempus. 2020;14(1):29-43. DOI: https://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2629

11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Relatório econômico [Internet]. Brasília, DF: Ipea; 2014 [acesso em 2023 jun 20]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/c51db08c-f439-4564-8060-1e761534e0b6/content

12. Índice de Gini da renda domiciliar per capita [Internet]. Bahia. Brasília, DF: DataSUS; [sem data]. [acesso em 2025 jun 20]. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniba.def

13. Santos PO, Pereira PPS, Pontes DO, et al. Cobertura de saúde bucal no Brasil, região Norte e Rondônia de 2010 a 2020: saúde bucal no Brasil: 2010 a 2020. Rev Bras Promoc Saúde. 2023;36:9. DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2023.14007

14. Pinho JRO, Souza TC, Bôas MDV, et al. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. Rev Assoc Paul Cir Dent. [Internet]. 2015 [acesso 2025 mar 5];69(1):80-5. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v69n1/a13v69n1.pdf

15. Foletto F, Aratani N. Análise da cobertura de saúde bucal e práticas das equipes de saúde bucal na atenção primária em municípios sul-mato-grossenses. Rev Odontol UNESP. 2022;51:e20220042. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-2577.04222

16. Carneiro JDB, Bousquat A, Chaves SCL, et al. Estrutura e desempenho da assistência médica e odontológica em duas regiões de saúde brasileiras entre 2007 e 2014. Ciênc saúde coletiva. 2021;26:3555-66. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.30112019

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Prévia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico 2022 até 25 de dezembro de 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2023 jul 10]. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/BA_POP2022.pdf

18. Costa MA, Marguti BO. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília: Ipea; 2015. 77 p.

19. Observatório Baiano de Regionalização [Internet]. Salvador: OBR; [sem data]. Núcleos Regionais de Saúde do Estado da Bahia, [2020] [acesso em 2025 jun 22]. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/nrs

20. Secretaria de Saúde (BA). Resolução CIB nº 275, de 15 de agosto de 2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais [Internet]. Diário Oficial Estado da Bahia, Salvador. 2012 ago 16 [acesso 2025 mar 25]; Edição 20.926. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20

275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf

21. e-Gestor Atenção Primária à Saúde [Internet]. Cobertura de Saúde Bucal (2024-Atual). [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2024 nov 29]. Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/saude-bucal/v2

22. e-Gestor Atenção Primária à Saúde [Internet]. Cobertura de Saúde Bucal (2007-2023) [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida] [acesso em 2024 nov 29]. Disponível em: https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/saude-bucal/v1

23. Vieira JMR. Implantação dos serviços de atenção à saúde bucal: estudo de caso do município de Manaus-AM, Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

24. Silva Junior MF, Saraiva ACL, Matos PES. Fatores contextuais do desempenho do atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica entre municípios baianos. Saúde debate. 2024;48(140):e8844. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241408844P

25. QGIS [Internet]. Versão 3.30.1. Grüt: QGIS.org; 2016 [acesso em 2024 jan 10]. Disponível em: https://qgis.org/download/

26. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds

27. Schmidt CMC. Modelo de regressão de Poisson aplicado à área da saúde [dissertação]. Ijúi: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2003. 98 f.

28. Prais SJ, Winsten CB. Trend estimators and serial correlation. Chicago: Cowles Commission; 1954. (CCDP statistics; no. 383).

29. StataR [Internet]. Versão 15.0. Lakeway: StataCorp LLC; 1996–2024c [acesso em 2023 nov 20]. Disponível em: https://www.stata.com/

30. Durbin J, Watson GS. Testing for serial correlation in least squares regression: I. Biometrika. 1950;37(3-4):409-28.

31. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiol Serv Saúde. 2015;24(3):565-76.

32. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e180. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180

33. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica: Cobertura populacional das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012 [acesso em 2025 maio 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_esb.pdf.

34. Barros MG, Barbosa AB. Redes de atenção à saúde bucal. REASE. 2022;8(11):1571-87. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v8i11.7756

35. Cavalcanti P, Fernandez M. Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: uma análise das principais mudanças normativas. Physis. 2020;30(3):e300323. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300323

36. Lucena EHG, Lucena CDRX, Alemán JAS, et al. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. Rev Saúde Púb. 2020;54:99. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075

37. Presidência da República (BR). 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, Brasília, DF. 2016 dez 16; Edição 241; Seção 1:2-3.

38. Nunes AA, Flausino JM, Silva AS, et al. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. Saúde debate. 2014;38(102):452-67. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140043

39. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997 [acesso em 2024 jun 03]. 34 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf

40. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad Saúde Pública. 2018;34(8)e00056917. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917

41. Pinheiro W, Vieira ET, Oliveira EAAQ. As relações entre o Índice de Gini com o Índice de Desenvolvimento Humano e o Produto Interno Bruto dos municípios da RMVPLN sob a ótica do desenvolvimento regional. Hum Inov [Internet]. 2019 [acesso em 2025 set 1];6(12):43-66. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1274

42. Souza RR, Lorenzo LM, Silva CQ, et al. Os (des) caminhos da saúde bucal coletiva: perspectivas atuais. REVISA. 2023;12(4):738-46. DOI: https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p738a746

43. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2023 [acesso em 2025 jan 6]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf

Recebido em 17/04/2025
Aprovado em 07/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Rastreamento de doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica à luz da sociedade de risco

Screening for chronic disease in Primary Health Care: A critical analysis in light of the risk society

Maria Izabel Sanches Costa[1], Aurea Maria Zöllner Ianni[2]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710656P

RESUMO O rastreamento é amplamente promovido na Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia de detecção precoce de doenças crônicas não transmissíveis, sustentado pela promessa de antecipar e mitigar riscos. À luz da teoria da sociedade de risco, de Ulrich Beck, este estudo qualitativo e exploratório analisou cinco normativas — uma federal e quatro municipais de São Paulo — que regulam essa prática na APS. As normativas reforçam o rastreamento como componente central da gestão, priorizando metas, protocolos padronizados e atuação multiprofissional, mas sem discutir criticamente os riscos envolvidos. Sob a perspectiva de Beck, o rastreamento, embora preventivo em sua intenção, pode gerar efeitos adversos, como sobrediagnóstico, medicalização e iatrogenia, intensificando o controle técnico sobre a vida. A criação de categorias como pré-diabetes e pré-hipertensão exemplifica como o rastreamento redefine os limites entre saúde e doença, ampliando a demanda por cuidados e reduzindo a autonomia profissional. A análise revela que essa prática incorpora riscos autoproduzidos e desafia a ideia de segurança e previsibilidade. Conclui-se que é necessário repensar a centralidade do rastreamento nas políticas de saúde, reconhecendo seus limites e promovendo abordagens mais críticas e reflexivas na gestão do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Risco. Sobrediagnóstico. Medicalização.

ABSTRACT *Screening is widely promoted in Primary Health Care (PHC) as a strategy for the early detection of non-communicable chronic diseases, grounded in the promise of anticipating and mitigating risks. Drawing on Ulrich Beck's risk society theory, this qualitative and exploratory study analyzed five regulatory documents — one federal and four municipal (from São Paulo) — that govern this practice within PHC. These policies reinforce screening as a central component of health management, emphasizing targets, standardized protocols, and multiprofessional work. However, they fail to critically examine the risks involved. From Beck's perspective, although screening is preventive in intent, it can generate adverse effects such as overdiagnosis, medicalization, and iatrogenesis, intensifying technical control over life. The creation of categories such as pre-diabetes and pre-hypertension illustrates how screening redefines the boundaries between health and disease, expanding the demand for care while reducing professional autonomy. The analysis reveals that this practice incorporates self-produced risks and challenges the notion of safety and predictability. It concludes that the centrality of screening in health policies must be reconsidered, recognizing its limitations and fostering more critical and reflexive approaches to care management.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Risk. Overdiagnosis. Medicalization.*

[1] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.
belcost@gmail.com

[2] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A prática do rastreamento na Atenção Primária à Saúde (APS) tem ganhado destaque internacionalmente[1–3] como uma estratégia fundamental para a detecção precoce de agravos à saúde e a organização do cuidado. Em diversos países, diretrizes e protocolos têm sido amplamente desenvolvidos e aprimorados para orientar sua implementação de forma sistemática. No Brasil, entretanto, essa discussão só começou a ser impulsionada a partir de 2010, quando uma normativa federal passou a estimular o rastreamento como parte da estruturação da APS[4]. Com esse estímulo inicial, a implementação dessa diretriz tem crescido nos últimos anos, com metas e indicadores preconizados para os profissionais da APS.

Diante desse cenário, este artigo analisa como as normativas da APS estimulam a prática de rastreamento de DCNTe abordam os riscos a elas associados. A discussão se concentrará nos impasses resultantes do incentivo às práticas de rastreamento na APS, com ênfase nos riscos autoproduzidos de sobrediagnóstico e iatrogenia. O objetivo é compreender de que modo a busca de controle e antecipação de agravos pode produzir novas vulnerabilidades, à luz da teoria da sociedade de risco de Beck[5,6], bem como de autores que analisam criticamente as práticas médicas centradas na racionalidade biomédica, como Arouca[7] e Illich[8].

No Brasil, a APS tem como responsabilidade fundamental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o fornecimento de cuidados integrais à saúde. Isso compreende a promoção da saúde, a prevenção da saúde, a detecção precoce e o acompanhamento de doenças, bem como a prestação de tratamento e reabilitação. A prevenção de doenças é um dos pilares fundamentais da saúde pública e pode ser dividida em diferentes níveis, cada um com um papel específico na promoção da saúde e na redução de riscos para o desenvolvimento de agravos.

A prevenção em saúde pode ser classificada em quatro níveis. A prevenção primária busca evitar o surgimento de doenças por meio da eliminação de fatores de risco e da promoção de hábitos saudáveis, como vacinação e atividade física[9,10]. A prevenção secundária tem como foco a detecção precoce de doenças em estágios iniciais, utilizando estratégias como rastreamento e exames periódicos, fundamentais para reduzir a progressão de agravos crônicos[11,12]. Já a prevenção terciária visa a minimizar os danos e complicações causados por doenças já instaladas, promovendo reabilitação e melhoria da qualidade de vida[13,14]. Por fim, a prevenção quaternária propõe proteger os indivíduos de intervenções médicas desnecessárias, combatendo a medicalização excessiva e incentivando práticas éticas e centradas na autonomia do paciente[4,15,16].

Além desses níveis de prevenção, a literatura destaca três categorias de estratégias preventivas que se complementam: "a manutenção de baixo risco, a redução de risco e a detecção precoce"[4(17)]. A manutenção de baixo risco busca garantir que indivíduos saudáveis permaneçam assim, evitando a exposição a fatores de risco[15–18]. Já a redução de risco foca em indivíduos ou populações com risco moderado a alto, buscando controlar ou reduzir a prevalência de doença[19]. Por sua vez, a detecção precoce visa a identificar sinais iniciais de doenças e promover a conscientização tanto de profissionais quanto da população em geral, como uma maneira eficaz de melhorar o prognóstico de doenças crônicas como câncer e diabetes[20–22]. A detecção precoce pode ser realizada tanto em consultas clínicas regulares, em que o paciente busca atendimento por um motivo específico, quanto em contextos onde não há demanda explícita por cuidados, como durante exames preventivos, campanhas de vacinação ou outros encontros com o sistema de saúde[11].

Duas estratégias fundamentais na detecção precoce são o diagnóstico precoce e o rastreamento[4]. A primeira estratégia foca em indivíduos que já manifestam sintomas, enquanto a segunda é uma medida voltada para a identificação de condições em populações

que ainda não apresentam sinais da doença. Isto é, o diagnóstico precoce envolve a identificação de uma doença em estágio inicial com base em sintomas, permitindo intervenções consideradas mais simples e eficazes. Esse conceito é amplamente discutido no campo da oncologia, onde a identificação precoce de cânceres pode reduzir significativamente a mortalidade, como defendem Stewart e Wild[23]. O rastreamento, por outro lado, refere-se à realização de exames em populações assintomáticas com o objetivo de identificar riscos ou doenças antes do surgimento de sintomas. O objetivo do rastreamento é detectar condições de risco ou doenças em estágios iniciais para possibilitar intervenções antes que os sintomas apareçam, com a justificativa de reduzir a morbimortalidade e melhorar os desfechos clínicos[12,24]. Embora eficiente para a detecção precoce de doenças, o rastreamento não está isento de riscos, como apontam Gates[25], Gøtzsche[26] e Olmos[16], uma vez que pode levar a intervenções desnecessárias em indivíduos saudáveis.

Os riscos autoproduzidos do rastreamento na APS podem se manifestar de duas formas principais: pela detecção de alterações biológicas que jamais se tornariam doenças reais (caracterizando o sobrediagnóstico) e, consequentemente, pela submissão de pessoas saudáveis a tratamentos desnecessários, que podem, inclusive, ser prejudiciais — configurando situações de iatrogenia.

Beck[6] desenvolve a teoria da sociedade de risco para compreender as transformações pelas quais passaram as sociedades modernas, nas quais a produção e a gestão dos riscos tornaram-se elementos estruturantes. Na transição da primeira modernidade, centrada na distribuição de riqueza, a qual o autor denomina modernidade reflexiva, os riscos deixam de ser predominantemente externos e passam a ser fabricados pelo próprio avanço técnico-científico e industrial. Para Beck, o risco não é apenas uma ameaça física ou externa à sociedade, como os desastres naturais, mas uma construção social, na qual a percepção do perigo é moldada por normas, representações culturais e significados subjetivos atribuídos coletivamente. Sob a perspectiva de Berger e Luckmann[27], essa construção ocorre por meio da interação cotidiana, na qual os indivíduos interpretam e atribuem sentidos às experiências vividas, transformando-as em realidades socialmente objetivas. Assim, o risco não é um dado absoluto, mas um fenômeno produzido e sustentado pela ordem simbólica e institucional da sociedade.

Nesse contexto, a noção de modernidade reflexiva, proposta por Beck[5], caracteriza-se como um momento em que as consequências não intencionais do próprio processo de modernização passam a ocupar o centro da vida social. Trata-se de uma fase em que as instituições são forçadas a refletir criticamente sobre os fundamentos e os efeitos do desenvolvimento industrial, científico e tecnológico que sustentaram a primeira modernidade. A reflexividade não diz respeito apenas à autorreflexão individual, mas à reconfiguração estrutural dos sistemas sociais diante dos riscos por eles mesmos produzidos[5,28]. A ciência, por exemplo, que antes legitimava o progresso, passa a ser questionada por gerar incertezas que não consegue controlar, enquanto o conhecimento especializado deixa de garantir segurança plena. Assim, na modernidade reflexiva, os riscos se tornam "globais, invisíveis, incalculáveis e de causalidade difusa"[5(27)], exigindo novas formas de gestão social, política e institucional.

Dessa forma, um aspecto central da modernidade reflexiva é a individualização do risco[6], em que os indivíduos são progressivamente responsabilizados pela gestão das incertezas da vida, inclusive aquelas relacionadas à saúde, frequentemente sem o respaldo de redes institucionais de apoio. Soma-se a isso a crescente desconfiança nas instituições encarregadas de controlar tais riscos, o que acentua a percepção de vulnerabilidade social.

No campo da saúde, essa perspectiva permite problematizar o rastreamento como prática que, embora orientada pela prevenção,

pode intensificar a medicalização, gerar sobrediagnósticos e induzir intervenções desnecessárias. A classificação de indivíduos saudáveis como 'pré-doentes' exemplifica como o rastreamento redefine fronteiras entre normalidade e patologia, ampliando a produção de riscos no próprio ato de tentar mitigá-los. Portanto, é imprescindível que se debatam os riscos associados a essa estratégia de prevenção, sobretudo diante do crescente estímulo à sua adoção pelas normativas que regulamentam a APS no SUS[4,29]. Dessa forma, ao olhar a prática de rastreamento como uma política pública implementada na APS, porta de entrada para os demais níveis de atenção, compreende-se que suas ações repercutem em toda a rede, impactando o sistema de saúde como um todo.

Material e métodos

Foram selecionadas todas as normativas existentes que abordam o rastreamento na APS, tanto no âmbito federal quanto no município de São Paulo. Trata-se de uma normativa federal e quatro normativas municipais, emitidas pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, que estabelecem diretrizes e protocolos para a atuação das equipes da APS nesse território.

Este estudo foi realizado no município de São Paulo, maior metrópole brasileira e latino-americana, que se destaca pela magnitude de sua população, diversidade territorial e pela abrangência de sua rede pública de saúde. Com mais de 400 Unidades Básicas de Saúde e mais de 1.200 equipes de base comunitária, a cidade possui uma estrutura robusta de APS, o que a torna um cenário estratégico para a análise de políticas públicas. Além do porte e da cobertura, o município elabora normativas próprias para a APS, com diretrizes que organizam o trabalho das equipes por meio de metas, protocolos e indicadores, incluindo os voltados ao rastreamento. Dada sua capacidade normativa e influência, essas diretrizes locais tendem a impactar outras regiões do País, reforçando a centralidade de São Paulo no contexto do SUS.

O quadro a seguir apresenta os documentos analisados:

Quadro 1. Documentos federais e do município de São Paulo que orientam a prática de rastreamento na APS

Documento	Esfera
Cadernos de Atenção Primária, n. 29[4]	Federal
Diretrizes da Atenção Básica[29]	Municipal
Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – eMulti: Documento Norteador[30]	Municipal
Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo[31]	Municipal
Protocolo Clínico Prático para Diabetes Mellitus e Hipertensão na Atenção Primária à Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo[32]	Municipal

Fonte: elaboração própria.

Com base na metodologia de análise documental de Bardin[33] e Cellar[34], realizou-se, inicialmente, uma leitura preliminar de cada normativa, seguida por uma análise aprofundada, com o objetivo de verificar quatro aspectos principais: (1) como a normativa define o rastreamento; (2) quais são as indicações para sua realização; (3) quais orientações são fornecidas para sua implementação; e (4) de que forma o risco associado à prática de rastreamento é

abordado (ou não) e quais procedimentos são recomendados nesses casos. Os dados foram analisados à luz da teoria da sociedade de risco de Beck[5,28], bem como de autores que analisam criticamente as práticas médicas centradas na racionalidade biomédica, como Arouca[7] e Illich[8].

Resultados

Normativa federal

Baseado em Wilson e Jungner[12], o 'Caderno da Atenção Primária – Rastreamento' define o rastreamento como "prática baseada em evidências, cuja implementação deve obedecer a critérios rigorosos previamente estabelecidos"[4(21)]. A abordagem baseada em evidências é definida como "a integração da melhor evidência científica disponível, da experiência clínica e das preferências do paciente"[35(1)], com o objetivo de apoiar decisões clínicas mais seguras, eficazes e custo-efetivas[25]. Originada na medicina nos anos 1990, a prática baseada em evidências expandiu-se para outras áreas da saúde e tem sido reconhecida como uma mudança de paradigma na educação e na assistência à saúde atualmente[36].

Destaca que a eficácia, segundo a abordagem da prática baseada em evidências, depende da comprovação de que os benefícios superam os riscos e custos, devendo visar ao impacto positivo na morbimortalidade da população-alvo. Reforça a importância de ampla cobertura populacional, acesso facilitado aos exames e comunicação clara sobre riscos e benefícios, garantindo adesão informada. Indica como principais alvos o câncer de mama e de colo do útero, hipertensão e diabetes, desde que haja critérios clínicos e epidemiológicos sólidos. Alerta para riscos como falsos positivos e negativos, iatrogenia e danos psicológicos, recomendando avaliação contínua e reflexão ética sobre a prática.

Normativas municipais

Foram analisadas quatro normativas municipais que regulam a APS no município de São Paulo, com destaque para a forte ênfase nas práticas de rastreamento populacional. As Diretrizes da Atenção Básica[29] priorizam a saúde da mulher, recomendando o rastreamento do câncer de mama e colo do útero com exames periódicos e busca ativa de usuárias, além de ações voltadas à infância, à população negra e ao rastreamento do câncer de próstata. Apesar da abrangência, não há menção aos riscos do rastreamento, como sobrediagnóstico.

O Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)[31] considera o rastreamento essencial para detectar precocemente hipertensão, diabetes e obesidade, orientando ações mensais de busca ativa e campanhas educativas. Embora recomende a confirmação de resultados antes do início de tratamentos, também não aborda os possíveis efeitos adversos.

O Protocolo Clínico Prático para o Tratamento de DCNT[32] foca no rastreamento do diabetes e pré-diabetes, destacando a atuação conjunta da equipe multiprofissional para a detecção precoce e o encaminhamento adequado. O documento sugere atenção para evitar diagnósticos equivocados, mas não explicita os riscos relacionados à prática.

Por fim, o Documento Norteador da Equipe Multiprofissional – eMulti[30] amplia o escopo do rastreamento à detecção precoce de condições em crianças, gestantes e puérperas, como atrasos no desenvolvimento, Transtorno do Espectro Autista (TEA), sífilis e toxoplasmose. A normativa destaca a atuação baseada em evidências e ética profissional, mas também omite os potenciais efeitos adversos do rastreamento.

Discussão

A análise das normativas federal e municipais analisadas revela que o rastreamento

tem ganhado destaque como uma estratégia central de prevenção na APS, com o objetivo de identificar precocemente doenças ou fatores de risco em populações assintomáticas. A prática é operacionalizada por meio de ações sistemáticas, como busca ativa, campanhas, realização de exames em faixas etárias específicas e acompanhamento de grupos prioritários. No Brasil, no âmbito do município de São Paulo, esse modelo é detalhado em diversas normativas que orientam rotinas clínicas para o rastreamento de cânceres (como mama e colo do útero), DCNT (hipertensão, diabetes, obesidade) e condições materno-infantis. As diretrizes locais organizam o trabalho preventivo das equipes da APS em torno de metas, protocolos e indicadores, com forte ênfase na ampliação da cobertura.

Essa valorização das ações de prevenção, especialmente de rastreamento, leva-nos a refletir sobre o que o sanitarista brasileiro Sérgio Arouca[7] chamou de dilema preventivista. Em sua tese de doutorado, Arouca analisou como a medicina preventiva surgiu historicamente como uma crítica à prática médica tradicional, baseada apenas no tratamento de doenças. A proposta preventivista defendia uma mudança na lógica do cuidado, colocando a prevenção no centro da atuação médica. Porém, segundo Arouca, essa mudança acabou incorporada pelo próprio sistema médico e pela lógica do capitalismo, que transforma a saúde, um valor essencial para a vida, em uma mercadoria. Assim, mesmo que a prática aparente promover benefícios, a prevenção pode se tornar parte de um modelo conservador, voltado mais para o controle da população e para o consumo de exames e procedimentos do que para a promoção real da saúde. No caso do rastreamento, isso significa que a prática, ao invés de apenas ajudar a prevenir doenças, pode também contribuir para o aumento da medicalização da vida[8], produzindo diagnósticos e tratamentos que nem sempre são necessários[15], e, portanto, produzindo novos riscos.

A normativa federal é a única que aborda de forma explícita os riscos associados ao rastreamento, como falsos positivos, diagnósticos incorretos, intervenções desnecessárias e danos psicológicos. No entanto, a solução apresentada é que o rastreamento deve ser realizado apenas quando respaldado por evidências científicas, ou seja, se estudos médicos demonstrarem que os benefícios superam os potenciais danos, o rastreamento é considerado justificável. Essa abordagem nos remete à ideia de flexibilização dos riscos: qual risco vale a pena assumir? O de não saber se está doente ou o de se expor aos possíveis efeitos adversos de uma intervenção médica desnecessária? De acordo com a normativa, essa decisão deve ser orientada pelas evidências científicas, com a confiança de que a ciência é capaz de oferecer o melhor critério técnico para equilibrar riscos e benefícios.

A centralidade atribuída à ciência na formulação e legitimação das práticas de rastreamento evidencia uma concepção dominante de racionalidade técnico-científica, frequentemente apresentada como neutra, objetiva e universal. Essa perspectiva tende a desconsiderar os condicionantes históricos, políticos e institucionais que atravessam a produção do conhecimento, conferindo à ciência o papel de instância normativa responsável por definir o risco, indicar a conduta adequada e estruturar a ação em saúde. No entanto, como propõe Beck[5], na modernidade reflexiva, a própria ciência torna-se fonte de incertezas e controvérsias, revelando seus limites diante dos riscos produzidos pelo próprio desenvolvimento técnico-industrial. A ciência, nesse cenário, deixa de ser apenas produtora de segurança e passa também a gerar inseguranças que ela não é capaz de controlar integralmente. Essa crítica encontra eco em outros autores. Arouca[7] chama atenção para o deslocamento do cuidado para práticas de vigilância permanente, promovido por uma lógica preventiva que amplia a medicalização da vida. Madel Luz[37] destaca como o modelo biomédico opera com uma racionalidade instrumental voltada à padronização e ao

controle, marginalizando os sujeitos e os saberes populares. Illich[8], por sua vez, aponta a transformação de dimensões não patológicas da existência em objetos de intervenção médica, legitimada por uma ciência que expande continuamente seu campo de atuação. Dessa forma, quando orientada exclusivamente por evidências técnico-científicas, a prática do rastreamento reforça uma concepção restrita de ciência e ignora a complexidade dos processos sociais envolvidos na produção dos riscos e das condutas em saúde. A crítica que se coloca, portanto, não busca deslegitimar o conhecimento científico, mas propor uma leitura ampliada e contextualizada de seu papel, capaz de reconhecer seus limites e articular-se a outros saberes na definição das práticas preventivas.

A discussão sobre a flexibilização dos riscos pode ser aprofundada a partir da teoria da sociedade de risco de Beck[5], que contribui para compreender como a ciência e a medicina desempenham um papel central na definição e gestão dos riscos na modernidade reflexiva. Beck argumenta que essas esferas não apenas produzem classificações e protocolos, mas também tornam o risco parte constitutiva da experiência cotidiana, colonizando dimensões da vida que antes eram organizadas por saberes subjetivos, sociais e culturais. A saúde pessoal constitui um exemplo ilustrativo desse processo. Ao incorporar sucessivos avanços tecnológicos e metodológicos, a medicina contemporânea redefine continuamente os critérios do que é considerado risco, incentivando práticas constantes de vigilância sobre os corpos e modos de vida, em uma dinâmica que amplia o campo da intervenção médica, mesmo na ausência de sintomas ou agravos.

No contexto do rastreamento, a colonização das decisões de saúde pelo saber técnico-científico se expressa na crescente medicalização da vida[8] cotidiana. Indivíduos assintomáticos, muitas vezes, sem plena autonomia crítica, são orientados a aderir a protocolos baseados em evidências científicas[3,6] que definem condutas preventivas padronizadas. Essa dinâmica aprofunda a dependência com relação ao conhecimento institucionalizado, deslocando a capacidade de decisão do sujeito para os sistemas médicos e técnicos, que passam a mediar as escolhas individuais. A promessa de controle antecipado de doenças reforça a autoridade da ciência biomédica como reguladora da conduta em saúde, mesmo diante da instabilidade dos próprios critérios que orientam as práticas de prevenção.

Ivan Illich[8] oferece uma crítica contundente à medicalização da vida ao propor três formas de iatrogenia, que podem ser mobilizadas para compreender os efeitos adversos do rastreamento de doenças crônicas na APS. A iatrogenia clínica ocorre quando o rastreamento leva a diagnósticos precoces que desencadeiam tratamentos desnecessários ou com efeitos adversos, como medicamentos anti-hipertensivos que causam quedas em idosos. A iatrogenia social se expressa quando os sujeitos passam a organizar suas vidas em torno de exames e prescrições, reduzindo sua autonomia e naturalizando a identidade de 'paciente crônico', mesmo na ausência de sintomas. Já a iatrogenia estrutural se manifesta quando a própria cultura do cuidado é colonizada por uma lógica técnico-normativa, desvalorizando saberes locais e formas não médicas de lidar com o risco, o corpo e o envelhecimento. A prática do rastreamento, ao transformar riscos estatísticos em diagnósticos clínicos, produz intervenções que podem não apenas causar danos diretos, como efeitos colaterais de exames e tratamentos desnecessários, mas também enfraquecer a agência dos indivíduos e reforçar uma estrutura institucional centrada no controle e na vigilância, como apontado por Arouca[7]. Nesse sentido, a gestão dos riscos na modernidade reflexiva[5] assume uma forma altamente tecnificada e flexibilizada. Ao mesmo tempo que promete proteção, ela aprofunda a vulnerabilidade subjetiva e coletiva diante das prescrições da racionalidade biomédica.

Evidências científicas, risco e rastreamento

A teoria da sociedade de risco de Beck[5] oferece um marco analítico valioso para compreender como práticas preventivas na saúde, como o rastreamento sistemático de DCNT, inserem-se em uma lógica moderna de antecipação e controle de riscos. Na modernidade reflexiva, marcada pela consciência crescente de que os próprios avanços técnico-científicos geram novos perigos, intensifica-se a busca de estratégias que minimizem incertezas e previnam desfechos indesejáveis. A saúde pública, nesse contexto, opera sob a crença de que mais conhecimento, mais tecnologia e mais protocolos gerarão, inevitavelmente, melhores resultados. Tal questão está nos marcos da racionalidade moderna, baseada no inquestionável avanço científico.

A crença no progresso científico como motor para o aperfeiçoamento das intervenções em saúde sustenta grande parte das estratégias adotadas na saúde pública contemporânea. Essa perspectiva está fortemente ancorada na lógica da Prática Baseada em Evidências (PBE), que se consolidou nas últimas décadas como um novo paradigma orientador das decisões clínicas e das políticas sanitárias. A PBE propõe uma integração entre o conhecimento científico mais atualizado, a experiência profissional acumulada e os valores e preferências dos pacientes, promovendo decisões mais informadas e, portanto, consideradas mais seguras[35,36]. A PBE, ao se apoiar em evidências empíricas, promete racionalizar a prática assistencial, garantindo maior efetividade das intervenções e uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Dessa forma, ela expressa a confiança moderna na ciência como via privilegiada para o enfrentamento de incertezas, na expectativa de que o acúmulo contínuo de dados e resultados torne as ações de saúde cada vez mais precisas, previsíveis e justificáveis. Os dados demonstram que tanto a normativa federal quanto as municipais analisadas orientam que todas as práticas de rastreamento de DCNT devem ser baseadas em evidências científicas, acreditando que assim garantirão a isenção de riscos e uma atuação ética por parte dos profissionais. Sendo assim, a atuação ética do profissional ocorreria se sua decisão fosse tomada com base na ciência.

No contexto da sociedade de risco de Beck[5], a confiança na PBE como fundamento técnico-científico para orientar decisões em saúde revela contradições significativas quando aplicada ao rastreamento. Embora a PBE proponha decisões clínicas mais seguras e efetivas, sua aplicação no campo da prevenção frequentemente opera com margens de incerteza que são invisibilizadas pelas próprias diretrizes técnicas. A produção científica que sustenta a eficácia de determinadas estratégias de rastreamento é, muitas vezes, marcada por conflitos de interesse, vieses de publicação e extrapolação de dados populacionais para contextos específicos, criando uma falsa sensação de controle e previsibilidade. Como argumenta Beck[5], os riscos modernos não são plenamente conhecíveis ou mensuráveis, e a própria tentativa de controle pode gerar novos riscos, como a iatrogenia[8], decorrente do rastreamento. Nesse cenário, a PBE deixa de ser apenas um instrumento de racionalização do cuidado e passa a operar como tecnologia de gestão do risco, muitas vezes reforçando a medicalização e contribuindo para a expansão de intervenções que produzem mais incertezas do que soluções. A promessa de precisão e segurança é substituída, assim, por uma dinâmica reflexiva, em que o conhecimento científico, ao invés de dissipar o risco, o redistribui sob novas formas, intensificando os efeitos adversos sobre a saúde individual e coletiva.

De acordo com Beck[5], a modernidade introduziu avanços tecnológicos e científicos que expandiram nossa capacidade de prever e gerenciar riscos, possibilitando a criação de sistemas de controle mais sofisticados. No entanto, essas mesmas inovações também geraram novos perigos, muitas vezes invisíveis, incertos e de longo alcance, que escapam aos mecanismos tradicionais de regulação

e monitoramento. Um exemplo claro na saúde pública é a resistência antimicrobiana. Segundo Jensen[38], a resistência antimicrobiana ocorre quando microrganismos, como bactérias, vírus e fungos, deixam de responder aos medicamentos que antes eram eficazes para combatê-los ou controlar sua ação. Isso significa que infecções comuns, como pneumonia ou infecção urinária, podem se tornar mais difíceis de tratar, exigindo medicamentos mais fortes, com mais efeitos colaterais e, muitas vezes, menos acessíveis. Essa resistência surge, principalmente, pelo uso excessivo ou inadequado de antibióticos, tanto em seres humanos quanto em animais, e também pela falta de medidas de prevenção e controle de infecções. Como resultado, a resistência antimicrobiana representa, hoje, uma ameaça crescente à saúde pública, pois compromete a eficácia de tratamentos e aumenta o risco de morte por infecções que antes eram facilmente tratáveis[38,39]. A teoria de Beck[5] nos ajuda a compreender que a questão vai além do uso descontrolado de medicamentos: envolve, também, a rápida introdução de sucessivas gerações de fármacos e substâncias criadas pela ciência farmacêutica na busca de controlar as bactérias, que acabaram estimulando mutações e contribuindo para o surgimento de microrganismos com resistência aumentada. Esse processo evolutivo foi intensificado tanto pelos avanços da biotecnologia quanto pelas formas como os cuidados em saúde são organizados e praticados[40]. Isto é, são riscos autoproduzidos pela própria tentativa de controle das bactérias pela indústria farmacêutica e pela medicina moderna.

A crítica de Illich[8] à medicina moderna, especialmente sua teoria da contraprodutividade institucional, é central para compreender esse fenômeno. Para o autor, a medicina moderna, ao expandir continuamente seu campo de atuação, ultrapassa o limiar em que seus benefícios se convertem em danos. Essa inversão ocorre em três níveis: clínico, quando os tratamentos produzem efeitos adversos superiores aos benefícios; social, quando a dependência de especialistas e instituições enfraquece a autonomia das pessoas; e estrutural, quando os sistemas de saúde promovem uma organização da sociedade centrada na gestão técnica da vida, obscurecendo os determinantes sociais do adoecimento e despolitizando o cuidado. O rastreamento, ao criar categorias diagnósticas como pré-hipertensão, pré-diabetes e outras condições intermediárias, amplia o número de pessoas consideradas em risco e sujeitas a acompanhamento médico contínuo. Isso produz não apenas custos materiais e simbólicos, mas reforça a ideia de que a saúde é um estado instável, constantemente ameaçado, e que sua manutenção depende da vigilância técnica e do consumo permanente de serviços e produtos médicos. A medicina, nesse contexto, segundo Illich[8], deixa de ser instrumento de proteção contra o adoecimento e passa a ser vetor de produção de insegurança e dependência. A crítica de Illich não está voltada à negação da ciência, mas à denúncia do momento em que a racionalidade biomédica se torna um fim em si mesma, colonizando dimensões existenciais da vida e reduzindo a capacidade dos sujeitos e das coletividades de compreender, enfrentar e cuidar do sofrimento com base em outros referenciais.

Consequências do rastreamento

Nossa pesquisa identificou que o incentivo do rastreamento na APS pode gerar três efeitos principais: (1) o aumento da frequência de exames, expondo os usuários a novos riscos, inclusive à realização de procedimentos e ao uso de medicamentos que anteriormente não seriam considerados necessários; (2) a criação de novas categorias patológicas, como 'pré-diabéticos' e 'pré-hipertensos', que transformam indivíduos anteriormente considerados saudáveis em potenciais pacientes, sob a justificativa da prevenção precoce; e (3) a sobrecarga do sistema de saúde, resultante da maior demanda por exames, consultas e acompanhamento de casos decorrentes do sobrediagnóstico.

Aumento da frequência de exames

Se toda a ação de rastreamento de DCNT se baseia na realização de exames, o incentivo à prática de rastreamento na APS tende a resultar em um excesso de exames realizados. Um exemplo disso é o rastreamento excessivo de câncer de próstata ou mama, que pode levar ao diagnóstico de tumores indolentes, os quais nunca causariam danos ao paciente. Esse processo pode desencadear intervenções desnecessárias, comprometendo a qualidade de vida[41,42].

Três estudos realizados no Brasil identificaram a realização excessiva de exames de Papanicolau[43] e mamografias[44,45]. Fischer et al.[43] constataram que, entre 2006 e 2015, mais de 20 milhões de exames de Papanicolau foram realizados em mulheres fora da faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde, representando 23,12% do total de exames coletados no período. Já Rodrigues et al.[44] e Baquero et al.[45] apontaram a prática excessiva de mamografias, com uma porcentagem significativa de mulheres sendo submetidas a exames desnecessários, particularmente durante campanhas de conscientização no Brasil. O estudo de Rodrigues et al. revelou que 21% das mulheres avaliadas passaram por rastreamento excessivo, evidenciando que uma parcela substancial da população foi exposta a exames mais frequentes do que o recomendado. Esse excesso levanta preocupações quanto ao sobrediagnóstico, expondo as mulheres a procedimentos desnecessários, à ansiedade gerada por falsos positivos, à detecção de alterações que podem não requerer intervenção e à exposição desnecessária à radiação. A realização excessiva de mamografias, especialmente fora das faixas etárias recomendadas ou com intervalos inadequados, pode expor as mulheres a riscos desnecessários, como o aumento da chance de sobrediagnóstico, ansiedade causada por falsos positivos e a exposição cumulativa à radiação ionizante. Embora a mamografia seja um importante recurso na detecção precoce do câncer de mama, seu uso indiscriminado pode resultar em efeitos adversos que superam os benefícios esperados[26,42]. Estudos apontam que a radiação, mesmo em baixas doses, quando acumulada ao longo do tempo, pode contribuir para o desenvolvimento de câncer induzido, especialmente em mulheres jovens[46], gerando um efeito iatrogênico.

Criação de novas categorias patológicas

O rastreamento, embora amplamente promovido como estratégia eficaz para identificar doenças em estágios iniciais, pode, paradoxalmente, contribuir para a transformação de indivíduos assintomáticos em pacientes, por meio do fenômeno do sobrediagnóstico. Essa condição ocorre quando exames identificam alterações que não evoluiriam para agravos clínicos significativos ao longo da vida, resultando em intervenções desnecessárias, ansiedade e exposição a riscos iatrogênicos. Um exemplo emblemático é o diagnóstico de pré-diabetes, em que muitos indivíduos classificados como em risco nunca desenvolverão diabetes tipo 2, especialmente se adotarem mudanças de estilo de vida[47]. No entanto, mesmo nesses casos, frequentemente, são submetidos a tratamentos farmacológicos precoces, como o uso da metformina, que pode resultar em danos iatrogênicos com o uso em longo prazo. Essa prática ilustra um processo de medicalização excessiva, conforme discutido por Illich[8], no qual a medicina moderna converte variações naturais da vida em condições patológicas. A criação de categorias patológicas como pré-hipertensão ou pré-diabetes amplia o número de 'potenciais doentes', fomentando a dependência de medicamentos e reforçando a percepção de que a saúde está constantemente ameaçada.

Sobrecarga do sistema de saúde

Um dos efeitos colaterais importantes das práticas de rastreamento na APS é a sobrecarga

do sistema de saúde, resultante do aumento da demanda por exames, consultas e acompanhamento clínico, especialmente em decorrência do sobrediagnóstico. As normativas das políticas de saúde desempenham um papel central nesse processo ao institucionalizarem o rastreamento como diretriz obrigatória para a atuação dos profissionais da ponta. Por meio da criação de linhas de cuidado, metas e indicadores de desempenho, essas normativas pautam a organização do trabalho na APS, reduzindo a margem de autonomia clínica e decisória dos profissionais. Embora, em tese, médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde possam exercer discricionariedade em suas condutas, na prática, acabam sendo cobrados a atingir metas específicas relacionadas ao rastreamento, como número de exames realizados, percentual de cobertura em campanhas ou consultas de seguimento. Essa lógica de gestão por indicadores impõe um modelo de cuidado centrado na detecção precoce e no monitoramento contínuo, mesmo em casos de baixo risco ou sem sintomas clínicos relevantes, como os classificados como pré-diabéticos ou pré-hipertensos. A consequência é o crescimento da demanda por consultas regulares, exames laboratoriais e prescrições medicamentosas, o que intensifica a pressão sobre a APS e, por efeito cascata, sobre os serviços de média complexidade, como os que realizam mamografias e outros exames especializados. Esse aumento artificial da demanda, impulsionado por diretrizes normativas mais do que por necessidade clínica real, pode comprometer a alocação racional de recursos, gerar filas e atrasos, reduzir a capacidade do sistema em responder a condições prioritárias e de maior gravidade, bem como deixar pouco tempo para atividades de promoção à saúde.

A adoção de um modelo de rastreamento normativo e padronizado, ancorado na lógica da racionalidade técnico-administrativa, reforça uma concepção medicalizante do cuidado e limita a capacidade reflexiva dos profissionais. Essa racionalidade, como analisou Arouca[7], sustenta-se na busca de previsibilidade, controle e eficiência operacional, orientando o sistema de saúde por meio de categorias gerenciais que subordinam os processos de cuidado à lógica dos meios e dos resultados. No caso do rastreamento, o que se observa é a transposição de instrumentos de racionalização da administração pública, como metas, protocolos e avaliação por desempenho, para o campo da clínica, o que tende a descontextualizar a prática em saúde e enfraquecer sua dimensão relacional, ética e política. O dilema preventivista descrito por Arouca[7] expressa justamente essa contradição: ao tentar antecipar e controlar a ocorrência de agravos, a prevenção amplia o poder normativo da medicina sobre os corpos, convertendo-se em instrumento de padronização e vigilância. A prevenção, nesse contexto, perde sua vocação emancipatória e passa a operar como mecanismo de captura da vida saudável pela lógica da intervenção permanente. O rastreamento, assim, torna-se vetor da expansão do campo médico sobre o cotidiano, transformando riscos estatísticos em diagnósticos, e sujeitos em potenciais doentes, reforçando a dependência do sistema de saúde e obscurecendo a potência crítica da saúde coletiva como projeto político de transformação social. A promessa de prevenção se converte em produção de mais demanda, mais medicalização e mais dependência do sistema, obscurecendo a dimensão emancipatória que deveria orientar a prática em saúde coletiva.

Conclusões

A análise das normativas sobre rastreamento na APS revela que essa prática tem sido amplamente promovida como estratégia de antecipação de riscos, especialmente no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. No entanto, a análise sociológica, à luz da teoria da sociedade de risco de Beck[6], torna evidente que essa lógica preventiva, embora ancorada na promessa de maior controle sobre o futuro, pode produzir efeitos

adversos, como o sobrediagnóstico, a iatrogenia e a sobrecarga dos serviços de saúde. O rastreamento, ao medicalizar indivíduos assintomáticos e expandir o escopo da intervenção biomédica, reconfigura os limites entre saúde e doença, transformando incertezas em justificativas para ações cada vez mais padronizadas e invasivas.

Como apontado por Illich[8], a medicina moderna, ao se tornar uma prática institucionalizada e tecnologicamente orientada, pode ultrapassar o ponto em que seus benefícios se transformam em danos, minando a autonomia individual e obscurecendo os determinantes sociais do processo saúde-doença. A crítica de Arouca ao 'dilema preventivista' é igualmente atual ao incorporar a prevenção como estratégia central, o sistema de saúde corre o risco de transformar a vigilância dos corpos em rotina, substituindo o cuidado por mecanismos de controle.

Nesse sentido, repensar a política de rastreamento na APS exige mais do que a revisão técnica de protocolos. Requer uma inflexão epistemológica e política que situe o cuidado em uma perspectiva ampliada, centrada nas necessidades dos sujeitos, na singularidade dos territórios e na promoção da autonomia. Entre os caminhos possíveis, destaca-se a incorporação da prevenção quaternária como princípio orientador da APS, com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e preservar a integridade do cuidado. A crítica formulada neste estudo não se opõe à ideia de prevenção em si, mas às formas como ela vem sendo institucionalizada, frequentemente guiada por uma racionalidade técnico-administrativa que transforma a antecipação de riscos em mecanismos de controle.

É fundamental promover uma reflexão crítica sobre os limites dessa racionalidade, reconhecendo que a gestão dos riscos na modernidade não elimina a incerteza, mas muitas vezes a reorganiza e a distribui sob novas formas, tecnicamente mediadas e institucionalmente legitimadas. Nesse contexto, repensar a centralidade do rastreamento na APS implica considerar não apenas seus benefícios potenciais, mas, também, os riscos invisíveis que essa prática produz, naturaliza e legitima. Muitas vezes, em detrimento de abordagens mais integradoras, dialógicas e emancipadoras do cuidado em saúde.

Este estudo possui algumas limitações. A análise concentrou-se em cinco normativas (uma federal e quatro municipais, de São Paulo), o que restringe a generalização dos achados para outros contextos do SUS. Além disso, o estudo é exclusivamente documental, não incorporando a perspectiva de profissionais ou usuários da APS, o que limita a compreensão sobre como as diretrizes são efetivamente interpretadas e aplicadas na prática.

Colaboradoras

Costa MIS (0000-0002-9117-5089)*, Ianni AMZ (0000-0003-1366-8651)* participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Heidari K, Sajjadi S, Hadian R, et al. Establishment of health clinics as mass screening and referral systems for chronic non-communicable diseases in primary health care. Int J Prev Med. 2012;3(3):173-80. DOI: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22448310/

2. Gumas E, Lewis C, Horstman C, et al. The state of primary health care systems in ten high-income countries. Eur J Public Health [Internet]. 2024 [acesso em 2025 maio 16];34(Supl 3):ckae144.298. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article/doi/10.1093/eurpub/ckae144.298/7842999

3. Mercer AJ, Hossain S, Khatun J, et al. Screening for service needs in primary health care clinics: an evaluation in Bangladesh. J Health Popul Dev Ctries; 2005 [acesso em 2025 maio 16]. Disponível em: https://www.longwoods.com/product/download/code/17647

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

5. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010.

6. Beck U. Sociedade de risco mundial: em busca da segurança perdida. Lisboa: Edições 70; 2015.

7. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: http://books.scielo.org/id/q7gtd

8. Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. New York: Pantheon Books; 1976.

9. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach. New York: Blakiston Division, McGraw-Hill; 1965.

10. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? Saúde debate [Internet]. 2014 [acesso em 2025 maio 16];38(Esp):69-82. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/G59fGsKzHXY3FRqwVp6KzVj/?lang=pt

11. Gordis L. Epidemiology. 5ª ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2014.

12. Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Ann Intern Med. 1968;69(5):1085. DOI: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-69-5-1085_2

13. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Basic epidemiology. 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2006.

14. Fuster V, Kelly BB. Promoting cardiovascular health in the developing world: a critical challenge to achieve global health [Internet]. Washington, DC: National Academies Press; 2010 [acesso em 2025 maio 16]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog/12815

15. Tesser CD. Uma articulação conceitual para boas práticas preventivas (ou para a prevenção quaternária). Cad Saúde Pública [Internet]. 2024 [acesso em 2025 maio 16];40(8):e00068123. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2024000801200

16. Olmos RD. Sobrediagnóstico: prejudicando pacientes em nome da saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 16];25:e210636. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832021000101000

17. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol [Internet]. 2001 [acesso em 2025 maio 16];30(3):427-32. Disponível em: https://academic.oup.com/ije/article/30/3/427/665315

18. Tesser CD, Norman AH. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019

[acesso em 2025 ago 26];23:e180435. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100261

19. Mackenbach JP, organizador. Successes and failures of health policy in Europe: four decades of divergent trends and converging challenges. Maidenhead: Open Univ Press; 2013. (European Observatory on Health Systems and Policies series).

20. Pena GP, Santos ATC, Pezzotti CM, et al. Registros de câncer de base populacional no Brasil: relevância, desafios e oportunidades. Rev Bras Cancerol [Internet]. 2025 [acesso em 2025 maio 16];71(1). Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4878

21. Melo FBB, Figueiredo END, Panobianco MS, et al. Detecção precoce do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde. Acta Paul Enferm [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 16];34:eAPE02442. Disponível em: https://acta-ape.org/article/deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-em-unidades-basicas-de-saude/

22. Fletcher RH, Fletcher GS, Fletcher SW. Clinical epidemiology: the essentials. 5ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

23. Stewart BW, Wild CP, organizadores. World cancer report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.

24. Holland WW, Stewart S. Screening in disease prevention: what works? Milton: Chapman and Hall/CRC; 2018.

25. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. Am Fam Physician. 2001;63(3):513-22.

26. Gøtzsche PC. Mammography screening: truth, lies, and controversy. Lancet [Internet]. 2012 [acesso em 2025 maio 19];380(9838):218. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612612161

27. Berger PL, Luckmann T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 34ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.

28. Giddens A. Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Unesp; 1997.

29. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Diretrizes da Atenção Básica [Internet]. São Paulo: SMS; 2022 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=292447

30. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – eMulti [Internet]. São Paulo: SMS; 2022 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=338605

31. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Protocolo da Linha de Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde do Município de São Paulo. São Paulo: SMS; 2023.

32. Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo). Cuidando de todos: DCNT – Protocolo clínico prático para diabetes mellitus e hipertensão na Atenção Primária à Saúde [Internet]. São Paulo: SMS; 2023 [acesso em 2025 maio 19]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Anexo5_Protocolo_Linha_Cuidado_DCNT_%20APS_MSP.pdf

33. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

34. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, et al., organizadores. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.

35. Sackett DL. Medicina baseada em evidência: como praticá-la e ensiná-la. Porto Alegre: Artmed; 2021.

36. Ebell MH, Sokol R, Lee A, et al. How good is the evidence to support primary care practice? Evid Based Med 2017. DOI: https://ebm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ebmed-2017-110704

37. Luz M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec; 2021.

38. Jensen CS. Antimicrobial resistance in the risk society: a Danish study on how veterinarians and human medical doctors construct risk through blaming. Health Risk Soc. 2024;26(1-2):75-92. DOI: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2023.2251542

39. Davis MDM, Schermuly A, Rajkhowa A, et al. Risk individualisation and moral injury in the treatment of infection as impediments to the tackling of antimicrobial resistance. Health Risk Soc. 2024;26(5-6):222-39. DOI: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2024.2345614

40. Ianni AMZ. Saúde pública e sociedade de risco. Rev Direito Sanitário [Internet]. 2008 [acesso em 2025 maio 19];8(3):38-56. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79371

41. Steffen RE, Trajman A, Santos M, et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos que benefícios. Physis [Internet]. 2018 [acesso em 2025 maio 16];28(2):e280206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200605

42. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health. Boston: Beacon Press; 2011.

43. Fischer ACP, Fischer EAP, Vaz FB, et al. Analysis of the excess of Papanicolaou tests in Brazil from 2006 to 2015. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2022 [acesso em 2025 maio 16];44(1):40-6. Disponível em: https://journalrbgo.org/article/analysis-of-the-excess-of-papanicolaou-tests-in-brazil-from-2006-to-2015/

44. Rodrigues TB, Stavola BD, Bustamante-Teixeira MT, et al. Sobrerrastreio mamográfico: avaliação a partir de bases identificadas do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA). Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso em 2025 maio 16];35(1):e00049718. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000106001

45. Baquero OS, Rebolledo EAS, Ribeiro AG, et al. Outubro Rosa e mamografias: quando a comunicação em saúde erra o alvo. Cad Saúde Pública [Internet]. 2021 [acesso em 2025 maio 16];37(11):e00149620. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021001105001

46. Nelson HD, Fu R, Cantor A, et al. Effectiveness of breast cancer screening: systematic review and meta-analysis to update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force recommendation. Ann Intern Med. 2016;164(4):244-55. DOI: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M15-0969

47. Howells K, Bower P, Burch P, et al. On the borderline of diabetes: understanding how individuals resist and reframe diabetes risk. Health Risk Soc. 2021;23(1-2):34-51. DOI: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13698575.2021.1897532

Recebido em 21/05/2025
Aprovado em 07/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: Processo Fapesp nº 2022/11369-4

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

saúde
EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Cuidados paliativos perinatais no Brasil: práticas e barreiras na perspectiva dos profissionais de saúde

Perinatal palliative care in Brazil: Practices and barriers from the perspective of healthcare professionals

Christianne Terra de Oliveira Azevedo[1], Maria de Fátima Junqueira-Marinho[1], Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710474P

RESUMO Este estudo qualitativo teve como objetivo compreender os significados e as práticas em cuidados paliativos na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na atenção perinatal no País, assim como suas percepções quanto às dificuldades ao desenvolvimento dessas práticas. Trata-se de um recorte de uma tese que investigou os desafios para incorporação desses cuidados como prática na linha perinatal. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais atuantes nas cinco regiões do País, entre março de 2023 e março de 2024. A análise temática segundo Minayo, e interpretada à luz da teoria das representações sociais de Moscovici, deu origem a uma categoria central: processos de trabalho, práticas de acolhimento e suas barreiras. Os achados indicam variação regional nas representações e práticas em cuidados paliativos, marcadas por escassez de equipes com formação e dedicação exclusiva. Observou-se fragmentação entre planejamento pré-natal, nascimento e o cuidado pós-parto, além de dificuldades na comunicação, ausência de apoio institucional e carência de profissionais capacitados. Esses fatores comprometem a continuidade da assistência e a aplicação dos princípios dos cuidados paliativos e da integralidade. Conclui-se que os cuidados paliativos perinatais no Brasil ainda são incipientes, carecendo de estruturação, articulação interprofissional e políticas institucionais que favoreçam sua implementação efetiva.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados paliativos. Assistência perinatal. Pessoal de saúde. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde.

ABSTRACT *This qualitative study aimed to understand the meanings and practices in palliative care from the perspective of healthcare professionals working in perinatal care in the Country, as well as their perceptions regarding the difficulties in developing these practices. It is an excerpt from a thesis that investigated the challenges of incorporating this care as a practice in the perinatal line. Semi-structured interviews were conducted with professionals working in the five regions of the Country, between March 2023 and March 2024. Thematic analysis according to Minayo, and interpreted through the lens of Moscovici's theory of social representations, gave rise to a central category: work processes, reception practices and their barriers. Findings revealed regional variation in the representation and practice of palliative care, with a notable scarcity of interdisciplinary teams with specialized training and exclusive dedication to this field. Fragmentation was observed between prenatal planning, birth and postpartum care, in addition to difficulties in communication, lack of institutional support, and insufficiently trained professionals. These issues compromise the continuity of care and the effective application of the principles of palliative care and comprehensive health. The study concludes that perinatal palliative care in Brazil is still incipient, lacking structuring, interprofessional coordination and institutional policies that support its effective implementation.*

KEYWORDS *Palliative care. Perinatal care. Health personnel. Health knowledge, attitudes, practice. Barriers to access of health services.*

[1] Fundação Oswaldo (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
kristerra01@gmail.com

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Os avanços tecnológicos e diagnósticos na medicina perinatal transformaram a prática assistencial, permitindo a identificação de condições fetais complexas ainda nas fases iniciais da gestação. Embora esses avanços ampliem as possibilidades de intervenção e planejamento terapêutico, colocam as famílias de fetos com condições graves ou limitantes da vida (CLV) diante de escolhas difíceis com relação ao cuidado de um bebê que ainda não nasceu[1,2]. Nesse contexto, os Cuidados Paliativos Perinatais (CPP) ajudam essas famílias no planejamento dos cuidados durante a gestação e após o nascimento. Essa abordagem prioriza a qualidade de vida, promove a comunicação aberta e oferece às famílias a oportunidade de exercerem sua autonomia, minimizando situações de sofrimento tanto para o feto e o recém-nascido quanto para as famílias e equipes[3].

Anualmente, cerca de 7 milhões de crianças no mundo podem se beneficiar de Cuidados Paliativos (CP), principalmente devido a condições perinatais como as malformações congênitas, que representam 16,2% dessa demanda[4]. No Brasil, esse grupo corresponde a 3,2% dos nascimentos, sendo a segunda principal causa de morte entre menores de cinco anos[5]. Nesse cenário, em que não há perspectiva de cura ou sobrevida sem limitações importantes, a abordagem dos CP é necessária desde o diagnóstico pré-natal e ao longo de toda a trajetória de cuidados.

Os CPP são um modelo de cuidados que visa a prevenir e tratar as necessidades físicas, espirituais, emocionais e sociais de fetos e recém-nascidos com doenças potencialmente fatais ou CLV. Esses cuidados, oferecidos por uma equipe interdisciplinar, estendem-se à família e buscam melhorar a qualidade de vida desde o diagnóstico (ainda intraútero) até o apoio durante o processo de morte e luto[6].

A filosofia dos CP foi aplicada pela primeira vez a bebês com doenças graves e suas famílias na década de 1980[7]. Porém, no Brasil, apenas em 2017 esses cuidados foram aplicados a gestantes e familiares de fetos com malformações pelo grupo do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo[8]. Apesar da crescente demanda por CPP e neonatais, esses cuidados não têm sido priorizados pelos sistemas de saúde[9]. No Brasil, embora existam iniciativas de sucesso e marcos legais, como a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Sistema Único de Saúde (SUS)[10], ainda há muito a ser feito para que os CP alcancem níveis ideais. No período perinatal, as iniciativas são ainda mais limitadas por serem um conceito novo, aliado a diagnósticos e prognósticos imprecisos e à imprevisibilidade da sobrevida, o que dificulta a criação de protocolos de assistência para essa população[11].

Essa pesquisa teve por objetivo compreender os significados e as práticas em CP na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na atenção perinatal no País, assim como suas percepções quanto às dificuldades ao desenvolvimento dessas práticas. Esperamos que essa análise possa contribuir para a construção de um modelo de CPP adequado à nossa realidade.

Material e métodos

Este artigo é um recorte dos dados de uma tese que teve por objetivo principal analisar os CPP nas situações de fetos e recém-nascidos com anomalias congênitas no País. Para responder ao objetivo, realizou-se uma pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas aplicadas a profissionais de saúde que atuam na assistência perinatal nas cinco regiões do País. A pergunta que suscitou a categoria temática abordada no presente artigo foi: 'Quais práticas em cuidados paliativos perinatais você desenvolve em sua unidade?'. Essa discussão será alinhada às dificuldades relatadas pelos profissionais no desenvolvimento dessas práticas. Os participantes foram selecionados por meio de um procedimento em cadeia, em que um grupo inicial relevante para a pesquisa indicou outros,

caracterizando uma técnica de amostragem não probabilística em bola de neve[12].

O pré-requisito era ser profissional de saúde atuante na assistência perinatal em unidades de referência regional. As entrevistas, realizadas remotamente entre março de 2023 e março de 2024, foram gravadas após obtenção do consentimento pelos participantes, claramente informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo e de suas liberdades para questionar ou recusar. Para garantir o sigilo, os nomes foram substituídos pela letra E, seguida do número da entrevista.

Para análise dos dados, utilizamos o referencial de Cecilia Minayo[13] sobre análise temática, que busca compreender os contextos e significados por trás das mensagens. A análise envolveu a leitura detalhada e a organização dos dados de campo, classificação em unidades de sentido, refinamento em categorias temáticas e análise final, em que se articularam os dados ao referencial teórico das representações sociais de Moscovici[14]. Essa abordagem explora as percepções coletivas de determinado grupo, possibilitando a interpretação de significados construídos socialmente e a análise de como eles afetam suas práticas.

Declara-se não haver conflito de interesses por parte das pesquisadoras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo (Fiocruz), Rio de Janeiro. CAAE: 65936522.8.0000.5269, parecer nº 5.841.872.

Resultados e discussão

Foram entrevistados quinze profissionais de saúde da área perinatal em todas as regiões do País. A saturação da amostra foi atingida quando as entrevistas adicionais não proporcionaram novas informações ou temas relevantes para a investigação. As equipes variaram em configuração, sempre incluindo um pediatra ou neonatologista. A maior equipe tem oito membros, e a menor, três (*quadro 1*). A organização em unidades de sentido resultou em três categorias temáticas. O presente artigo discute a categoria temática 'Processos de trabalho, práticas de acolhimento e suas barreiras'. As unidades de sentido são apresentadas no *quadro 2*.

Quadro 1. Caracterização dos profissionais entrevistados (N=15)

Profissão	Médico (n=10) Enfermeiro (n=3) Psicólogo (n=2)
Sexo	Feminino (n=10) Masculino (n=5)
Idade	31 a 62 anos
Tempo de formado	7 a 39 anos
Região do país	Nordeste (n=4) Sudeste (n=4) Centro-Oeste (n=3) Sul (n=2) Norte (n=2)
Participantes com formação em CP	Pós-graduação (n=8) Sem formação oficial (n=7)
Carga horária exclusiva em CP	Entrevistado (n=1)

Quadro 1. Caracterização dos profissionais entrevistados (N=15)

Composição da maior equipe	Médicos (neonatologista, obstetra, geneticista e especialista em medicina fetal), técnico de enfermagem, enfermeira, psicóloga e assistente social (n=8)
Composição da menor equipe	Médico, enfermeiro e psicólogo (n=3)

Fonte: elaboração própria.

CP: Cuidados Paliativos.

Processos de trabalho, práticas de acolhimento e suas barreiras

Quadro 2. Unidades de sentido

Práticas voltadas aos processos de trabalho e acolhimento		**Barreiras**
Relativos ao pré-natal (mãe/família)	- Identificação e encaminhamento de gestantes de fetos com AC - Acolhimento de gestantes/famílias de fetos com CLV - Consulta Interdisciplinar - Incentivo à vivência da gestação - Reuniões familiares - Plano de cuidados (construção e registro) - Suporte psicológico - Suporte ao luto - Construção de vínculos	- Dificuldade de acesso ao pré-natal - Dificuldades de comunicação - Ausência de política institucional de apoio e suporte ao luto perinatal - Ausência de formação em CP - Falta de comunicação entre as equipes - Falta de adesão dos profissionais - Falta de conhecimento em CP - Práticas assistenciais fragmentadas - Dificuldade de RH - Falta de apoio institucional - Preconceito
Relativos momento do parto e após (mãe/família)	- Participação da família/pessoa de escolha da gestante - Acolher e cuidar de todas as dimensões do sofrimento - Cuidado humanizado - Contato com o bebê para rituais e despedidas - Apoiar a construção de vínculo e de legado - Oferecer kit de memórias - Respeito às escolhas da gestante - Oferecer opção de doação de leite - Suporte contínuo ao luto	
Relativos ao nascimento e após (recém-nascido)	- Assistência na sala de parto por equipe capacitada - Intervenção de conforto para o bebê - Contato com mãe/família para despedidas - Favorecer a construção de vínculo - Promover a continuidade do cuidado - Manter reuniões familiares quando o RN vai para Utin - Ter atitudes paliativas	
Relativos à equipe	- Orientação especializada para as equipes assistenciais - Ter plano de parto e de cuidados documentado e acessível - Resposta de parecer por equipe de CP - Trabalho em equipe - Suporte emocional	

Fonte: elaboração própria.

AC: Anomalias Congênitas; CLV: Condição Limitante da Vida; RN: Recém-Nascido; Utin: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; CP: Cuidados Paliativos; RH: Recursos Humanos.

Os processos de trabalho direcionados ao atendimento das gestantes com fetos elegíveis para CP iniciam-se na atenção básica, responsável pela identificação e o encaminhamento aos serviços especializados de medicina fetal e pré-natal de alto risco, conforme fluxos definidos pelo Ministério da Saúde. Confirmada a condição fetal, a gestante é direcionada às unidades de CPP, quando essas estão disponíveis.

> *[...] as gestantes são encaminhadas do pré-natal de alto risco devido à malformação, para atendimento de cuidado paliativo perinatal com a gente. A gente começa a acompanhar essas gestantes até o parto.* (E3).

Modelos semelhantes de encaminhamentos aos CPP, a partir do atendimento especializado da medicina fetal, são descritos na literatura, como o *neonatal comfort care program*[7]. Além disso, há relato de demanda por autoencaminhamentos de gestantes que solicitam consultas com os CPP, algo ainda incomum em nosso contexto sociocultural[7].

Um entrevistado da região Centro-Oeste relatou que as gestantes referenciadas à medicina fetal recebem acompanhamento de CPP em unidade de referência, onde são conduzidos o pré-natal e o plano de cuidados. Contudo, o parto ocorre na maternidade de origem, onde as equipes enfrentam dificuldades para aderir ao plano de cuidados. As representações sociais desse grupo apontam para uma perspectiva em que o plano de cuidados parece ainda suscitar dúvidas, sinalizando haver um distanciamento no que tange à cultura de cuidados paliativos entre a unidade de origem e a maternidade. A ausência de uma equipe de CPP e a má qualidade da comunicação também impactam negativamente a efetivação dos cuidados planejados.

> *Elas vão para o hospital da região onde moram. E aí existe uma falha importante de comunicação, porque o paciente chega com plano de cuidado no centro obstétrico, mas a gente não sabia de nada. O link entre as unidades de saúde não é adequado.* (E11).

Esse depoimento explicita uma lacuna crítica na articulação entre os serviços e na incorporação efetiva da proposta de cuidado paliativo pelas equipes locais. Frequentemente, os profissionais que recebem essas gestantes se sentem inseguros quanto à execução do plano de cuidados. Essa insegurança é alimentada por valores pessoais, pelo desconhecimento técnico e pelo receio de repercussões ético-legais em um cenário ainda carente de normativas operacionais bem definidas. À luz da teoria das representações sociais[14], essa dificuldade pode ser compreendida como o resultado de como as equipes entendem o conceito de CP, reinterpretando-o a partir de suas próprias experiências, valores e práticas, muitas vezes, apoiadas em modelos biomédicos tradicionais. No contexto da assistência à gestante, essas práticas contribuem para a fragmentação da assistência, o que faz com que persista o desafio de integrar os diferentes pontos da rede em direção a um cuidado integral e de qualidade[15]. Nesse sentido, a comunicação é uma ferramenta importante que influencia diretamente as representações de um determinado grupo social e as suas relações[13]. O aprimoramento contínuo das habilidades de comunicação pelos profissionais e pelas instituições de saúde é fundamental para reduzir o estresse e o impacto emocional vivenciados por usuários e profissionais que lidam com situações que limitam a vida[16]. Além do desenvolvimento dessas habilidades, ter uma ferramenta que registre de forma adequada o planejamento de cuidados é determinante para a qualidade da comunicação entre as equipes e para que as gestantes tenham seus desejos e sua autonomia respeitados.

Outro fluxo de acesso aos CPP é relatado pelos profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (Utin). Eles recebem nessas unidades recém-nascidos com demandas complexas que necessitam de abordagem paliativa, provenientes de outras instituições. Nessas unidades, o atendimento pelos CP se dá por meio de pedidos de pareceres à equipe de CP do hospital, que orienta

e apoia a equipe da Utin em um modelo consultivo. *"Chega para nós um pedido de parecer, e nós vamos lá, damos parecer e orientamos os colegas. [...] não há abordagem paliativa antes de chegar ao nosso hospital"* (E4).

Idealmente, os cuidados paliativos voltados para recém-nascidos admitidos nas Utin devem ser integrados às práticas de cuidados intensivos voltados para cura ou prolongamento de vida[17]. Um modelo de cuidados paliativos integrados aos cuidados intensivos tem o potencial de melhorar os cuidados neonatais de fim de vida e a comunicação entre os pais e a equipe[17]. Para que os CP sejam incorporados às práticas nas Utin, é necessário dispor de equipes treinadas em habilidades básicas de comunicação e cuidados paliativos, o que ainda representa uma fragilidade na assistência a essa população no Brasil. Na fala do entrevistado 4, fica clara a ausência da abordagem em CP desde o pré-natal, evidenciando a lacuna existente em nossa rede de saúde no que tange aos cuidados às gestantes de fetos com CLV. Nesse contexto, o trabalho em equipe é fundamental para que CP de qualidade sejam oferecidos. A atuação interdisciplinar das equipes de saúde é um contraponto à fragmentação do conhecimento e do indivíduo. Retrata uma mudança na representação do cuidado biocêntrico, permitindo a integração dos diferentes conhecimentos numa abordagem holística que se traduz em maior resolutividade da assistência[18,19].

Para Camargo Jr. [19(41)],

> indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem.

Isso faz do trabalho interdisciplinar e multiprofissional uma necessidade fundamental, indicando um caminho possível para a integralidade em saúde.

Nesta pesquisa, pôde-se observar que o atendimento em equipe interdisciplinar em CPP é realizado em quatro instituições, localizadas na região Sudeste (1), região Nordeste (1), região Sul (1), região Centro-Oeste (1). Entre os demais entrevistados, a abordagem paliativa durante o pré-natal varia de inexistente, como ocorre na região Norte, a algum tipo de assistência, como nas consultas perinatais feitas pelo neonatologista, em que a gestante passa por atendimentos isolados com os diferentes membros da equipe multiprofissional, como relatado pelo E8, que representa a região Sudeste:

> *A obstetrícia identifica casos que têm uma demanda mais específica. Esses passam pela psicologia no atendimento separado e pelo atendimento nosso [...] na sequência do pré-natal.*

As equipes de saúde desempenham papel fundamental na organização dos processos de trabalho que visam a proporcionar conforto, dignidade e apoio emocional para o bebê e para a família que enfrentam diagnósticos desafiadores durante a gestação e após o nascimento[20]. Conforme a Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024[10], a PNCP estabelece que uma equipe mínima de CP deve ser composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Contudo, o estágio atual de desenvolvimento dos CPP no Brasil ainda dificulta a formação de equipes com essa composição mínima em todas as regiões. Diante dessa lacuna estrutural, um entrevistado trouxe o termo 'atitudes paliativas' para descrever uma prática comum à sua equipe, que, mesmo sem formação em CP, fundamenta suas práticas nos princípios que sustentam esses cuidados.

> *Então a gente tem feito essas [...] atitudes paliativas. A gente tem trabalhado de uma forma interdisciplinar [...] até pouco tempo a gente trabalhava de forma multidisciplinar [...] A gente melhorou a nossa comunicação entre equipe.* (E1).

Ter 'atitudes paliativas' se traduz em um esforço para oferecer um cuidado digno a bebês recém-nascidos com CLV e suas famílias em uma unidade com grande

demanda por esse tipo de cuidado, sem que haja profissional especializado ou estrutura organizacional formal em CP. Apesar das dificuldades enfrentadas por esses profissionais, eles têm conseguido atuar de forma interdisciplinar, o que trouxe melhoria nos processos de comunicação e maior engajamento de toda a equipe em oferecer CP nas situações indicadas. Esse entendimento encontra respaldo na Organização Mundial da Saúde, a qual enfatiza que CP não sejam restritos a serviços especializados[4]. Esses cuidados devem ser disponibilizados em todos os níveis do cuidado por meio de uma abordagem realizada por todos os profissionais de saúde, desde que recebam treinamento adequado[4]. Portanto, compreende-se que essas 'atitudes paliativas', embora contribuam significativamente para uma assistência humanizada, não devem substituir a formação adequada dos profissionais em competências fundamentais de cuidados paliativos, tampouco a efetiva constituição e consolidação de equipes habilitadas para essa complexa tarefa.

Ainda no contexto do pré-natal, os profissionais entrevistados evidenciam a importância das reuniões familiares como prática assistencial que objetiva o acolhimento e a construção de um plano de cuidados que seja representativo dos valores dessa família.

> *[...] é agendada reunião com a família[...] a gente primeiro acolhe, vê o entendimento do diagnóstico, prognóstico, esclarece dúvidas e promove estímulo à vivência da gestação [...] e uma nova reunião para discutir o plano de cuidados do bebê para a sala de parto e pós-parto.* (E.9).

Após o diagnóstico fetal de uma CLV, as gestantes e suas famílias vivenciam um período cercado de angústia e tristeza, em que a expectativa de um bebê saudável dá lugar à incerteza[21]. Nesse cenário, as equipes de CPP proporcionam aos futuros pais a oportunidade de compreender melhor o diagnóstico e os possíveis desfechos, além de permitirem que expressem seus desejos e objetivos de cuidado[21]. A elaboração de um plano de cuidados com abordagem paliativa constitui uma ferramenta essencial para explorar e documentar os desejos dos pais com relação aos cuidados com o filho, proporcionando-lhes uma sensação de controle e a oportunidade de exercerem a parentalidade diante de um diagnóstico de CLV, além de servir como um meio de comunicação eficaz para a equipe[21,22].

A abordagem paliativa durante o pré-natal promove o vínculo entre os pais e o bebê, além de favorecer e facilitar a construção de memórias. Essas experiências auxiliam no processo de enfrentamento do luto pela perda do filho[22]. Além disso, a satisfação dos pais é maior quando as famílias são tratadas com compaixão e recebem suporte que as ajude a lidar com as vivências difíceis decorrentes de um diagnóstico fetal que limita a vida, conforme demonstrado por Wool e colaboradores em uma pesquisa que avaliou indicadores de qualidade da satisfação dos pais com relação à assistência recebida em situações de diagnóstico fetal de CLV[23].

O apoio psicológico, principalmente à gestante, mas, também, à família, é tido como primordial para um atendimento de qualidade em CPP por todos os entrevistados. A literatura destaca o papel central da psicologia nos CPP, proporcionando aos pais um espaço legitimador onde emoções complexas e sentimentos como tristeza, culpa ou impotência são reconhecidos e processados, favorecendo a elaboração do luto antecipatório[24]. Esse consenso entre profissionais reflete uma representação compartilhada desse grupo, segundo a qual o cuidado integral inclui, necessariamente, suporte emocional formal. Esse suporte deve ser estendido ao período pós-natal e ao luto, porém, concluiu-se nesta pesquisa que esse suporte é inexistente ou oferecido de maneira fragmentada e sem uma oferta institucionalmente oficializada. A assistência ao luto perinatal foi uma preocupação trazida por alguns participantes, retratada na fala a seguir:

[...] essas mulheres caem no mundo, a rede não dá conta de absorver, nós também não damos conta de falar desse assunto, e elas ficam com esse sofrimento atroz, sem recurso para recorrer a ajuda [...]. (E5).

No Brasil, o luto pela perda gestacional e perinatal é pouco discutido e socialmente não reconhecido[25], resultado de representações sociais que minimizam a dor e o sofrimento das famílias que vivem essa experiência.

Outro tema sensível que emergiu durante as entrevistas foi a doação de leite pela mãe que experimenta a perda perinatal, como parte de um cuidado que respeita as escolhas individuais. *"A gente criou uma história pra as mulheres enlutadas que querem fazer doação de leite humano [...] O que elas escolhem, a gente segue"* (E2).

A produção contínua de leite materno é um aspecto frequentemente negligenciado que mães enlutadas enfrentam após uma perda perinatal[26]. A extração e doação do leite por essas mulheres configuram uma representação que reafirma suas identidades como mães e mulheres, além de ser um ritual de luto que permite manter e reconstruir os vínculos com seus bebês[26,27].

Em tese de doutorado da Universidade Federal do Ceará[28], entre 41 mulheres consultadas sobre o destino que dariam ao leite materno após a perda neonatal ou fetal, 71% manifestaram que, se tivessem recebido a oportunidade, optariam por doá-lo. Apesar de a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), na Nota Técnica nº 22/2020[29], reconhecer que a RDC nº 171/2006[30] não proíbe essa doação, o estudo conclui que iniciativas que ofereçam essa escolha são extremamente escassas[28]. Essa realidade reflete a representação social dos profissionais de saúde, que, de forma empírica, acreditam que a mulher é poupada de sofrimento quando aspectos que envolvem a perda perinatal não são discutidos[27]. As representações desses profissionais estão ligadas a dificuldades em lidar com desfechos negativos da maternidade e ao despreparo técnico e emocional para abordarem com as famílias questões sobre a perda e a doação de leite[26,28,31]. Embora a doação de leite após perda perinatal possa auxiliar no luto, as mães percebem essa possibilidade de maneiras diferentes. São necessários protocolos institucionais que apoiem decisões informadas, respeitando a autonomia e a singularidade de cada mulher[25-28,31].

Os participantes concordam que cuidados paliativos prestados por equipes capacitadas – que promovam conforto e evitem obstinação terapêutica – são essenciais para o feto e o recém-nascido. Porém, apenas dois entrevistados conseguem oferecer acompanhamento contínuo durante pré-natal, parto e pós-natal (um no Nordeste, outro no Sul). Eles proporcionam, na sala de parto, cuidado focado no conforto e baseado no planejamento elaborado com a família e a equipe durante o pré-natal.

Então, a gente tem uma sala de parto bem estruturada, com desejos, planos de cuidados [...]. A gente tem protocolo para esses pacientes não sentirem dor. (E2).

O planejamento antecipado de cuidados é parte fundamental dos CPP, o qual permite que família e equipe discutam possibilidades diante de diagnósticos limitantes, preparando-os para diferentes trajetórias[20]. Um planejamento formal apoia e registra os desejos e as preferências da família, promovendo um cuidado respeitoso e digno ao recém-nascido, além de promover o vínculo e a construção de memórias[22]. Os programas de CPP costumam disponibilizar lembranças da breve vida do bebê, como touquinha, sapatinho, impressão palmar ou plantar, fotos, mecha de cabelo e outras lembranças, conforme o desejo da família[23]. Essas práticas já ocorrem em algumas unidades mesmo sem CPP formal, o que indica crescente conscientização e mudança nas representações que moldam as práticas das equipes que assistem essa população.

Hoje, 100% das mulheres que ganham neném são acolhidas. A elas é ofertado esse kit memória que tem uma touquinha, sapatinho, duas borboletinhas

[...] a ideia é uma ser enterrada com o neném, e a outra ficar com a mãe. (E5).

Alguns entrevistados não dispõem de estrutura de CP na sala de parto, mas seguem os bebês que vão para a UTI neonatal, oferecendo cuidados pós-natais. Nas reuniões familiares, é possível revisar metas de cuidado, fortalecendo a autonomia da família e adotando uma abordagem participativa e personalizada. *"Esse projeto terapêutico é trabalhado diariamente [...] A meta pra aquele dia e para os próximos dias, de acordo com a evolução"* (E12).

Um dos entrevistados, integrante de equipe de CPP, realiza acompanhamento pré-natal, mas não dispõe de estrutura para manter esse cuidado no parto. Contudo, ele mantém comunicação ativa com a equipe neonatal que prestará assistência na sala de parto às gestantes que foram acompanhadas pelos CPP, e essa comunicação é capaz de promover a continuidade do cuidado.

Na visita da UTI neonatal, a gente compartilha casos dos bebês que vão nascer com alguma condição limitante, orienta em relação ao diagnóstico e o plano de cuidados[...] o que facilita no momento do nascimento. (E9).

Essa integração de equipes é fundamental para a garantia de um cuidado coordenado que honre as escolhas individuais. Porém, os profissionais entrevistados apontam importantes desafios para a integração dos cuidados, principalmente no que diz respeito à comunicação e à compreensão por parte das equipes do papel do CP. *"A própria equipe não entende o que o cuidado paliativo faz e acha que a gente é pra hora que tá morrendo"* (E3).

As dificuldades observadas fundamentam-se nas representações sociais que muitos profissionais têm sobre os CP, frequentemente reduzidos ao fim de vida. A falta de formação básica alimenta interpretações equivocadas nas equipes e foi apontada por todos os entrevistados como barreira central ao desenvolvimento dos CPP. Somam-se a isso a dificuldade de lidar com a finitude e o receio de implicações legais, sustentados por representações que associam a morte a fracasso/erro médico, o que favorece práticas de distanásia. Essas representações moldam atitudes e práticas e impactam diretamente a qualidade da assistência. Nessa pesquisa, não se observaram diferenças regionais quanto a essas percepções, tratando-se de uma representação de toda uma categoria profissional.

[...] deixo por escrito, conversa-se com os pais sobre os planos, deixa registrado no prontuário. Já ouvi de muitos colegas que têm medo de não intervir por alguma ação legal da justiça [...]. (E10).

Ainda que o reconhecimento dos CP para fetos e recém-nascidos com CLV seja amplo, sua implementação esbarra em obstáculos como falta de formação, comunicação inadequada, crenças pessoais e impasses éticos no contexto perinatal[32]. Barreiras organizacionais e sistêmicas, como falta de equipes destinadas à oferta desses cuidados, são dificuldades ao desenvolvimento dos cuidados paliativos que também emergiram nas entrevistas: *"Nenhum de nós tem horas exclusivas dos cuidados paliativos [...] Essa é, talvez, uma das maiores barreiras"* (E9).

Embora essas dificuldades existam em todas as regiões do País, elas são mais graves na região Norte, onde os CPP encontram-se em estágio muito inicial. Não foi identificada nenhuma equipe formal de CPP, nem mesmo em maternidades de referência para gestação de alto risco. Além das particularidades culturais, a limitada infraestrutura impõe ao sistema de saúde ajustes urgentes para ampliar e qualificar a assistência às gestantes nessa região.

[...] eu acho que a dificuldade de acesso ao pré-natal, a gente só descobre que o bebê tem algum problema a hora que nasce, porque não fez pré-natal, não conseguiu fazer nenhuma consulta, a dificuldade da ultrassonografia, [...] o acesso é mais demorado [...] nós não temos estradas, nós

somos ligados por rios. E aí eu dependo de barco, eu dependo de avião. (E6).

Embora tenhamos uma cobertura crescente da assistência pré-natal no Brasil desde os anos 1990, as desigualdades regionais permanecem evidentes. Um estudo que avaliou a assistência pré-natal na rede pública do Brasil[33] encontrou um pior desempenho na região Norte, provavelmente associado às dificuldades geográficas e barreiras de acesso aos grandes centros, perpetuando as iniquidades na assistência a populações distantes dos grandes centros[34], corroborado a fala de E6. O contexto dessa região, em particular, faz com que o desenvolvimento e a implantação de equipes de CP, desde o pré-natal, possam não ser prioritários diante de tantos desafios em fazer valer princípios básicos da equidade e integralidade do SUS.

O cuidado de fim de vida, sobretudo no período perinatal, configura-se como experiência altamente estressante para as equipes de saúde[20]. Aspectos como a limitação de tempo e a percepção de insuficiência na qualidade assistencial intensificam esse sofrimento. Tais fatores podem ser atenuados por medidas institucionais e organizacionais, incluindo a formalização de equipes com dedicação exclusiva, capacitação contínua e espaços de suporte ao profissional[35]. O Cuidado com o cuidador emergiu durante as entrevistas na fala de apenas um participante, que, por sua relevância, é apontada a seguir: *"Mas uma questão fundamental de pensar é como que a gente vai cuidar de nós, que somos os cuidadores? Eu não sei como ficar saudável nesse ambiente"* (E5).

O profissional de saúde lida diariamente com situações de sofrimento e dor, o que leva ao estresse, à sensação de impotência e à frustração[35]. Esses profissionais têm sua formação voltada, principalmente, para o aspecto técnico do cuidado, o que se reflete em uma grande dificuldade em expressar e lidar com as emoções que emergem nesse processo de cuidar[35]. Lidar com o sofrimento e a morte no período perinatal e neonatal intensifica essas emoções, pois experimentar essa vivência num momento em que se espera a vida é visto como contrário ao ciclo esperado. Em um levantamento com profissionais de saúde que atuam em uma Utin, foram identificadas emoções intensas – como tristeza, impotência, angústia, frustração e desesperança – diante da vivência do morrer e da morte nesse cenário[36]. As estratégias de enfrentamento usadas por esses profissionais passam, principalmente, pela negação e pelo afastamento, estratégias de defesa que silenciam suas emoções. Nesse contexto, o trabalho em equipe interdisciplinar surge como uma ferramenta capaz de amenizar essa situação ao possibilitar apoio e acolhimento mútuo a um sofrimento normalmente não reconhecido, abrindo espaço para a expressão das emoções por esses profissionais[36].

Considerações finais

Este estudo buscou compreender os significados e as práticas em cuidados paliativos na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam na atenção perinatal no Brasil, bem como suas percepções quanto às dificuldades para o desenvolvimento dessas práticas. A análise evidenciou variações regionais relacionadas ao desenvolvimento das equipes e à formação profissional, influenciadas por desigualdades socioeconômicas e contextos culturais.

A pesquisa também demonstrou que os CPP no Brasil permanecem incipientes, fragmentados e desigualmente distribuídos, sustentados, principalmente, pelo esforço individual dos profissionais, diante de um apoio institucional limitado. Percepções coletivas dos entrevistados apontaram barreiras recorrentes, como falhas na comunicação entre equipes, desconhecimento sobre CP – frequentemente reduzidos de forma equivocada ao cuidado exclusivo de fim de vida –, ausência de suporte estruturado ao luto e entraves sistêmicos que comprometem a continuidade assistencial.

Essa pesquisa trouxe benefícios ao dar visibilidade às práticas existentes e às estratégias adotadas pelos profissionais para incorporar os princípios dos CP ao cuidado perinatal, ainda que sob a forma de 'atitudes paliativas'. Também destacou a relevância dessas práticas para a humanização da assistência e para a construção de subsídios que podem orientar políticas públicas, em especial, no contexto da implantação da PNCP, com ênfase na formação de equipes multiprofissionais capacitadas e dedicadas.

Como limitação, reconhece-se a participação pouco diversificada de algumas categorias profissionais, reflexo do estágio inicial de desenvolvimento dos CPP no Brasil e da escassez de formação específica. Ainda assim, os achados reforçam a necessidade de investimentos estruturais, educacionais e culturais que favoreçam a consolidação dos CPP como parte integrante da rede de atenção materno-infantil.

É necessário que mais pesquisas sejam realizadas para subsidiar a elaboração de diretrizes nacionais em CPP, adaptadas aos diferentes contextos socioeconômicos e culturais brasileiros, garantindo, dessa forma, um cuidado integral e ajustado às diferentes particularidades regionais.

Colaboradoras

Azevedo CTO (0000-0002-9651-4123)* contribuiu para a concepção do estudo, coleta, análise e organização dos dados, redação e aprovação final do artigo. Junqueira-Marinho MF (0000-0001-7817-7891)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, análise e discussão dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. Gomes MASM (0000-0001-5908-1763)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, discussão dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Denney-Koelsch EM, Côté-Arsenault D, Lemcke-Berno E. Parents' experiences with ultrasound during pregnancy with a lethal fetal diagnosis. Glob Qual Nurs Res. 2015; 1-8. DOI: https://doi.org/10.1177/2333393615587888.

2. Tatterton MJ, Fisher MJ. 'You have a little human being kicking inside you and an unbearable pain of knowing there will be a void at the end': a meta-ethnography exploring the experience of parents whose baby is diagnosed antenatally with a life limiting or life-threatening condition. Palliat Med. 2023;37(9):1289-302. DOI: https://doi.org/10.1177/02692163231172244

3. Buskmiller C, Calhoun BC. A scoping review of perinatal palliative care: allowing parents to be parents. Am J Perinatol. 2023;40(12):1373-7. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0041-1740251

4. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020 [acesso em 2025 set 17]. Disponível em: https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: mortalidade in-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

fantil no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2024 set 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf

6. Martín-Ancel A, Pérez-Muñuzuri A, González-Pacheco N, et al. Perinatal palliative care. An Pediatr (Engl Ed). 2022;96(1):60.e1-e7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.anpede.2021.10.003.

7. Wool C, Parravicini E. The neonatal comfort care program: origin and growth over 10 years. Front Pediatr. 2020; (8):1-8. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2020.588432.

8. Bolibio R, Jesus RCA, Oliveira FF, et al. Cuidados paliativos em medicina fetal. Rev Med. 2018;97(2):208-15. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p208-215.

9. Ferreira EAL, Barbosa SMM, Costa GA, et al. Mapeamento dos cuidados paliativos pediátricos no Brasil: 2022. 1ª ed. São Paulo: RBCPPed; 2022.

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 mar 19 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF [acesso em 2024 dez 10]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/air-e-melhoria-normativa/relatorios/2024.

11. Steele R, Bosma H, Johnston MF, et al. Research priorities in pediatric palliative care: a delphi study. J Palliat Care. 2008;24(4):229-39.

12. Bryman A. Social research methods [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2016 [acesso em 2025 set 7]. Disponível em: https://archive.org/details/socialresearchme0000brym_w6b0/page/188/mode/2up?q=snowball.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

14. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 11ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2015.

15. Nicolotti CA, Lacerda JT. Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um estudo de avaliabilidade. Saúde debate. 2022;46(135):999-1014. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213504.

16. Monteiro DT, Quintana AM. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. Psicol: Teor Pesq. 2016;32(4):1-9. DOI: https://doi.org/10.1590/0102.3772e324221.

17. Bidegain M, Younge N. Comfort care vs palliative care: is there a difference in neonates? NeoReviews. 2015;16(6):e333-9. DOI: https://doi.org/10.1542/neo.16-6-e333.

18. Bastos IG, Santana AAS, Bastos RG. Interdisciplinaridade na saúde: um instrumento para o sucesso. RBCS [Internet]. 2017 [acesso em 2025 set 17];1(1):40-4. Disponível em: https://periodicos.uesc.br/index.php/rebracisa/article/view/1426.

19. Camargo JrKR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; Abrasco; 2007. p. 37-46.

20. Dombrecht L, Chambaere K, Beernaer K, et al. Components of perinatal palliative care: an integrative review. Children. 2023;10(3):482. DOI: https://doi.org/10.3390/children10030482.

21. Lago P, Cavicchiolo ME, Rusalen F, et al. Summary of the key concepts on how to develop a perinatal palliative care program. Front Pediatr. 2020;8:1-9. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2020.596744.

22. Cortezzo DE, Ellis K, Schlegel A. Perinatal palliative care birth planning as advance care planning. Front Pediatr. 2020;8:556. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2020.00556.

23. Wool C, Repke JT, Woods AB. Parent reported outcomes of quality care and satisfaction in the context

of a life-limiting fetal diagnosis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017;30(8):894-899. DOI: https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1195362.

24. Côté-Arsenault D, Denney-Koelsch E, Elliott G. Creating a safe space: how perinatal palliative care coordinators navigate care and support for families. Int J Palliat Nurs. 2021;27(8):386-400. DOI: https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.8.386.

25. Salgado HO, Andreucci CB, Gomes ACR, et al. The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil: a quasi-experimental before-and-after study. Reprod Health. 2021;18(1):1-16. DOI: https://doi.org/10.1186/s12978-020-01040-4.

26. Oreg A. The grief ritual of extracting and donating human milk after perinatal loss. Soc Sci Med. 2020;265:113312. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113312.

27. Fernández-Medina IM, Jiménez-Lasserrotte MDM, Ruíz-Fernández MD, et al. Milk donation following a perinatal loss: a phenomenological study. J Midwifery Womens Health. 2022;67(4):463-469. DOI: https://doi.org/10.1111/jmwh.13342.

28. Rêgo RMV. Perda do filho, doação de leite humano e luto familiar. [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2013. 193 p.

29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota técnica nº 22/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA: esclarecimento quanto ao critério para a doação de leite humano descrito no item 6.2.2 (a) da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 171/2006 [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2020 [acesso em 2025 set 17]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/ggtes.pdf/view

30. Ministério da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006: dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de bancos de leite humano [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2024 out 3]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/banco-de-leite-humano/legislacao/resolucao-rdc-no-171.pdf/view

31. Noble-Carr D, Carroll K, Waldby C. Mapping hospital-based lactation care provided to bereaved mothers: A basis for quality improvement. Breastfeed Med. 2021;16(10):779-789. DOI: https://doi.org/10.1089/bfm.2021.0089.

32. Benini F, Congedi S, Rusalen F, et al. Barriers to perinatal palliative care consultation. Front Pediatr. 2020;8:1-5. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2020.590616.

33. Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. Rev Saude Publica. 2020;54(8):1-12. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458.

34. Kadri MR, Ferreira CP, Freitas CM. A saúde na região do Médio Solimões no estado do Amazonas: a centralidade de Tefé. Saúde debate. 2024;48(140):e8338. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241408338P.

35. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. Mundo Saúde. 2010 [acesso em 2025 set 17];34(4):420-429. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/420.pdf.

36. Corrêa A, Junqueira-Marinho MF. Cuidadores: experiências dos profissionais de saúde frente à morte e o morrer em unidade de terapia intensiva neonatal. [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2024. 62 p.

Recebido em 06/04/2025
Aprovado em 18/10/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer

saúde
EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Gestões abusivas, reestruturações e suicídios de trabalhadores

Abusive management, organizational restructuring and workers suicides

Odete Reis[1], Sergio Roberto de Lucca[2]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710558P

RESUMO O trabalho é importante determinante social de promoção da saúde, entretanto os fatores psicossociais do trabalho podem causar sofrimento e comprometer a saúde psíquica dos(as) trabalhadores(as), causando transtornos mentais e suicídios. O objetivo deste estudo de caso de comportamento suicida envolvendo suicídios e tentativas foi analisar contexto e fatores psicossociais do trabalho contribuintes para estas ocorrências, bem como sugerir procedimentos e orientações acerca da sua abordagem e prevenção. A investigação se baseou em análise de documentos produzidos pela inspeção do trabalho e os resultados apontaram o trabalho como decisivo para os desfechos dos casos. Verificou-se que os fatores psicossociais do trabalho, como falta de apoio social e reconhecimento, cultura organizacional precária, situações abusivas como assédio moral e a relação com processos de privatização e reestruturações, contribuíram para estas ocorrências. O estudo contribuiu para evidenciar a relação do trabalho com o suicídio e a necessidade da abordagem e prevenção. Recomenda-se novos estudos que possam subsidiar a investigação e ações de vigilância nos locais de trabalho e a revigoração das políticas públicas para a prevenção do suicídio.

PALAVRAS-CHAVE Suicídio. Psicologia. Condições de trabalho. Fatores de risco. Prevenção do suicídio.

ABSTRACT *Work is an important social determinant of health promotion; however, psychosocial factors at work can cause suffering and compromise the mental health of workers, causing mental disorders and suicides. In this context, this case study analyzes the interrelationships between the content and context of work and the suicidal behavior of two attempted and two deaths by suicide. The objective of this case study of suicidal behavior involving suicides and attempts was to analyze the context and psychosocial factors of work that contribute to these occurrences, as well as to suggest procedures and guidelines regarding their approach and prevention. It was found that psychosocial factors at work, such as lack of social support and recognition at work, poor organizational culture, abusive situations such as moral harassment, and the relationship with privatization and restructuring processes, developed for these occurrences. The study contributed to highlighting the relationship between work and suicide and the need for approach and prevention. New studies are recommended to support research and surveillance actions in the workplace and the reinvigoration of public policies for suicide prevention.*

KEYWORDS *Suicide. Psychology. Working conditions. Risk factors. Suicide prevention*

[1] Ministério do Trabalho e Emprego – Brasília (DF), Brasil.
odetepr@uol.com.br

[2] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas – Campinas (SP), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

O trabalho é central na vida humana, e, ao mesmo tempo que possibilita o estabelecimento de relações, reconhecimento, encontro de propósitos, evolução pessoal e construção da identidade, também pode ser fonte de frustração, insatisfação, sofrimento e adoecimento.

Nos últimos 50 anos, o mundo do trabalho vem sofrendo transformações tornando o trabalho contemporâneo cada vez mais competitivo e individualizado. A crise do capitalismo da década de 1970 provocou uma reestruturação produtiva global, enquanto as novas tecnologias viabilizaram formas de trabalho que o tornaram mais intensificado e precarizado. Neste cenário, os fatores psicossociais do trabalho, incluindo práticas de assédio, discriminação e outras violências, ganharam relevância entre as causas de sofrimento dos(as) trabalhadores(as). O modelo gerencialista implementado nas empresas públicas e privadas, focado em metas individuais de desempenho e de estímulo à competição, fragilizam as relações de trabalho e impactam negativamente na saúde mental dos(as) trabalhadores(as), o que é manifestado pelo crescimento sustentado de afastamentos por transtornos mentais e suicídios relacionados com o trabalho[1-3].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 700.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano e um número aproximadamente 20 vezes maior tenta acabar com a própria vida. Enquanto no mundo a taxa global de suicídios caiu 36% entre 2000 e 2019, a região das Américas foi a única onde houve aumento (17% para esse mesmo período)[4-6]. No Brasil, houve aumento de 42% na taxa de mortalidade por suicídio entre os anos 2010-2021. Em 2024, ocorreram 16.446 suicídios[4,7].

Estudos apontam que grupos em situação de maior vulnerabilidade apresentam taxas mais elevadas de suicídio, como povos indígenas; população LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não binárias e mais), refugiados, migrantes e presos[6]. São descritas ainda diferenças em relação ao gênero: ideação, planejamento e tentativas de suicídio são mais prevalentes em mulheres, enquanto a mortalidade de homens por suicídio tende a ser de duas a quatro vezes maior[4].

Devido ao impacto social e econômico destas ocorrências, a redução da taxa de mortalidade global por suicídio em um terço é uma meta o Plano de Ação Integral de Saúde Mental da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2013-2030[8].

O suicídio é um fenômeno multidimensional e que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, biológicos, culturais, genéticos, psicológicos e sociais[6]. No entanto, a despeito de seu caráter multifatorial, há ainda uma tendência a se desconsiderar os fatores psicossociais do trabalho como contributivos para os suicídios. Ressalte-se que estudos apontam que 10 a 12% dos suicídios são relacionados ao trabalho[9-11].

A relação entre suicídio e trabalho tem se tornado cada vez mais evidente, em especial quando ocorrem no próprio local de trabalho. Os suicídios ocorridos nas empresas Foxconn e France Telecom evidenciaram o ato voluntário de tirar a própria vida devido às condições de trabalho (cartas e bilhetes)[12].

Embora crescentes, as pesquisas e estudos sobre suicídios relacionados com o trabalho ainda são escassos. Na literatura, destacam-se abordagens centradas em determinadas ocupações, situações ou condições específicas do trabalho. Algumas profissões que requerem porte de arma de fogo, trabalhadores(as) agrícolas com acesso a agrotóxicos e profissionais de saúde com acesso a medicamentos são mais vulneráveis ao risco de suicídio[6,9,11,13], enquanto médicos, enfermeiros, farmacêuticos, veterinários, policiais, agricultores e militares são ocupações de maior prevalência de suicídio[14,15].

Pesquisas também apontam que o desemprego, o emprego precário e o subemprego estão associados ao risco aumentado de suicídio, o que seria explicado pela

insegurança no emprego e pelas más condições de trabalho[11,16,17].

Fatores psicossociais do trabalho, como baixo controle ou autonomia, excesso de demandas e elevada tensão, vêm sendo frequentemente associados ao comportamento suicida, bem como a insegurança no emprego/emprego precário, as longas horas de trabalho e o assédio moral, sexual e outras violências[13,16,18].

Processos de reestruturação, como fusões, privatizações, terceirizações, processos de demissão em massa e *downsizing* (eliminação planejada de postos de trabalho, pessoas, funções e níveis hierárquicos) têm sido associados a gestões abusivas e violência psicológica, causando impacto na saúde psíquica dos(as) trabalhadores(as) e podendo aumentar o sentimento de insegurança, inferioridade e incerteza sobre o futuro, encontrando-se associados ao suicídio[15,17].

O objetivo deste estudo de caso de comportamento suicida envolvendo suicídios e tentativas foi analisar contexto e fatores psicossociais do trabalho contribuintes para estas ocorrências, bem como sugerir procedimentos e orientações acerca da sua abordagem e prevenção.

Material e métodos

Para este trabalho foi utilizada uma abordagem exploratória e descritiva, sendo o estudo de caso o método escolhido. Entendido como um método abrangente de fazer pesquisa, o estudo de caso pode ser utilizado em todas as áreas, com a lógica do planejamento, da coleta e análise de dados[19]. Segundo Yin[19], o estudo de caso contribui "de forma inigualável para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos"[19(21)], sendo citada ainda a contribuição desse tipo de estudo para a compreensão dos fenômenos sociais complexos.

Buscou-se casos representativos para os objetivos deste estudo, em especial para a análise do contexto e dos fatores psicossociais do trabalho contribuintes para o comportamento suicida. Nesse sentido foram selecionadas duas mortes por suicídio e duas tentativas de suicídio que foram objeto de investigação pela Auditoria-Fiscal do Trabalho (AFT) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), as quais foram consideradas como relacionadas ao trabalho. Todas as informações foram obtidas a partir do acesso aos documentos produzidos pela AFT, como relatórios fiscais e autos de infração. Ressalte-se que o acesso foi realizado mediante solicitação oficial prévia à Secretaria de Inspeção do Trabalho do MTE (via abertura de processo no Sistema Eletrônico de Informações – SEI do governo federal) para uso desses dados para produção acadêmica, sendo obtida resposta favorável com a ressalva de que não fossem divulgados dados individualizados de empresas ou de trabalhadores e devendo ser respeitado o previsto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), o que foi observado.

No estudo aprofundado destas documentações, procurou-se analisar a organização do trabalho e a sucessão dos acontecimentos que contribuíram e culminaram com os desfechos. Tais documentos, resultantes da investigação destes quatro casos, incluíram, além das inspeções nos ambientes de trabalho, entrevistas com os tentantes e com os sobreviventes do suicídio: trabalhadores, familiares e demais pessoas próximas daquelas que morreram e que têm suas vidas afetadas, social, emocional ou economicamente. Importante ressaltar o valor das entrevistas nesses tipos de investigações, em especial nos casos de morte. Cite-se, como exemplo, a 'autópsia psicológica', instrumento que, através de entrevistas com parentes e pessoas próximas daquela que morreu, auxilia na obtenção de informações sobre o suicídio e "possibilita alcançar um maior entendimento sobre as circunstâncias que contribuíram para o fato"[20(79)].

Os casos selecionados ocorreram em três diferentes estados da Federação, em quatro diferentes empresas, sendo três públicas e uma privada, todas com mais de mil empregados e

com atividades distintas (instituição financeira, transporte urbano, abate e processamento de carnes e setor petroquímico). Em dois casos, as referidas empresas passavam por processo de privatização. Todas as informações relatadas constam em documentos produzidos pela auditoria-fiscal do trabalho. Visando o sigilo das pessoas e empresas, todos os nomes são fictícios.

Resultados

O caso I é sobre Renata, 39 anos, que tentou suicídio duas vezes durante o período em que trabalhou na Empresa X. Cinco anos após sua admissão, iniciaram conflitos com seu chefe imediato, quando ele ordenou que ela operasse uma máquina de embalar produtos. Renata se recusou, pois a máquina era "*muito perigosa*" e ela não possuía treinamento adequado para essa atividade. A situação persistiu por meses. Segundo o apurado, havia registros de acidentes graves com a referida máquina.

Renata relatou que a persistência dos conflitos e "*perseguições"* começaram a impactá-la e desencadearam insônia, crises de choro e ansiedade, que melhoravam quando longe do trabalho. Procurou assistência médica no serviço público e iniciou tratamento, sem afastar-se do trabalho. Também relatou que "*foi se sentindo cada vez mais sufocada,* [e depois de cerca de um ano em tratamento disse que havia] *desistido de sua vida,* [e tomou] *os comprimidos que tinha* [na tentativa de] *acabar com a vida"*.

Foi socorrida, porém poucos dias depois fez outra tentativa, sendo novamente socorrida. Após esses episódios, foi afastada do trabalho durante dez meses recebendo o auxílio previdenciário acidentário (espécie B91). Quando retornou ao trabalho, ao finalizar a estabilidade motivada pelo afastamento acidentário, foi demitida.

O caso II é sobre João, 60 anos, solteiro, trabalhava há mais de vinte anos na Empresa Y, onde realizou várias atividades, a maioria administrativa. Preocupado com a possibilidade de demissão e com a impossibilidade de se aposentar, tentou suicídio durante o processo de privatização. Relatou que a nova empresa apresentou um programa de demissão voluntária e aqueles que não aderiram passaram a sofrer humilhações e constrangimentos. João relata que o processo foi "*muito pesado", "como se tivessem passado um rolo compressor* [em cima deles, e que ele] *passou a ter problemas psicológicos*: [ficou] *desesperado com a possibilidade de ficar desempregado nesse período da vida"*.

Decorrido um mês da assinatura do contrato da concessão, João tentou suicídio, sendo socorrido a seguir. No momento da entrevista, encontrava-se afastado do trabalho para tratamento. Disse que "*não consegue nem passar perto da empresa, tomou pânico"*.

O caso III é sobre Fernando, 54 anos, dois filhos, que vivia com a companheira há 20 anos e possuía situação familiar estável. Fernando trabalhava em uma empresa pública há 33 anos e foi encontrado sem vida na parte externa do prédio onde trabalhava. Segundo conclusão do inquérito policial, ele havia se matado jogando-se do andar onde trabalhava.

Fernando fez carreira na instituição, chegando "*a posto de prestígio pela sua competência e comprometimento*". Considerado pelos colegas como "*gentil, tranquilo e competente*".

Quatro meses antes de sua morte, Fernando assumiu cargo de diretor do setor responsável pela gestão do canal de denúncias da empresa e, alguns meses depois, vieram à tona, após divulgação pela imprensa, casos de assédio moral e sexual envolvendo altos dirigentes da instituição, inclusive o então presidente. Após essa data, houve aumento de registros de denúncias de assédio moral e sexual nos canais da empresa, agravando a situação. Apesar de "*reservado*, [Fernando mostrou sinais de preocupação:] *a situação estava difícil"*. A perícia em seu aparelho celular indicava que ele estava angustiado e preocupado. Fernando, que nunca teve sua integridade

questionada e era admirado e reconhecido por seu trabalho, viu-se nessa situação, com o "*risco de ter seu trabalho questionado, tendo em vista estar em um cargo de direção no setor responsável pela gestão do canal de denúncias*".

O caso IV, sobre Pedro, 40 anos de idade, casado e com dois filhos, ocorreu em uma empresa pública que passava por privatização. Ele se enforcou na empresa em que trabalhava havia 12 anos. Pedro tinha "*excelentes avaliações* [e era reconhecido pelo seu] *comprometimento com a empresa e com seu serviço* [e segundo relatos dos colegas] *sempre mostrou equilíbrio, bom humor, alegria e espírito de equipe*". Por volta de um ano e meio antes de sua morte, a empresa iniciou processo de privatização. Em um único comunicado no início do processo, foi informado que eles poderiam ser transferidos para outros estados, ser convidados a trabalhar na empresa compradora, aderir aos planos de demissão ou serem demitidos. O cenário de incertezas deixou os(as) trabalhadores(as) ansiosos(as). Pedro "se *preocupava com a mudança de cidade, especialmente com a sua família*" e estava angustiado devido à falta de informações.

No ano anterior, ele foi preterido para um cargo de gerência para o qual era o favorito e, um mês antes de sua morte, houve pequena redução salarial decorrente de uma reestruturação. Ambas as situações afetaram Pedro, que se sentiu "*desvalorizado*". Familiares relataram que perceberam sua preocupação: "*repetitividade quanto a assuntos relacionados à empresa e preocupação excessiva com o trabalho,* [e a sua ansiedade com possíveis mudanças na vida familiar:] *O que será de nossa família se eu for demitido?*".

Discussão

Culturalmente, o fenômeno suicídio é permeado por tabus, estigmas e preconceitos que dificultam a observação dos rastros e sinais do percurso suicida e prejudicam a sua abordagem e prevenção[21]. Apesar de sua dimensão multifatorial, a vertente de patologização do suicídio tenta focar o fenômeno na esfera individual, frequentemente associando-o a um transtorno mental prévio da vítima[6]. Essa construção vem sendo rebatida por pesquisadores(as) que entendem que o suicídio não é necessariamente causado por uma patologia e que tal discurso reforça estigmas e preconceitos e impede outras formas de entendimento do fenômeno, como a relação com questões sociais e com situações concretas vivenciadas no trabalho[22-24].

Almeida[24] destaca que essa patologização excessiva individualiza um problema que não é do campo individual, que é maior do que um diagnóstico, e ilustra citando a relação do suicídio com questões sociais ao lembrar que as populações com maior risco de suicídio são as mais vulneráveis, conforme já mencionado nesse documento[24,25].

Na análise dos casos focada nos elementos do trabalho que influenciaram nas decisões de Renata, João, Fernando e Pedro ao comportamento suicida, o nosso olhar procurou enfatizar, no contexto do trabalho, os fatores de risco psicossociais no trabalho, o assédio moral e os processos de privatização.

Os fatores psicossociais do trabalho representam risco para a saúde mental e física dos(as) trabalhadores(as). Dos fatores psicossociais examinados, a falta de apoio social, falta de reconhecimento no trabalho, insegurança no emprego, cultura organizacional precária propiciando situações de conflitos e exposição a situações hostis no trabalho, contribuíram decisivamente para o desfecho dos comportamentos suicidas.

Em relação ao assédio moral, é consenso na literatura seu aumento nas últimas décadas tendo em vista as novas formas de gestão voltadas para o estímulo à competitividade e ao aumento da produtividade, criando ambientes propícios para a ocorrência dessas práticas. Considerado também como um fenômeno multifatorial, o assédio moral resulta, em especial, da forma de organização do trabalho e da

sociedade. A violência psicológica perpetrada pelos superiores hierárquicos nos ambientes de trabalho foi amplamente debatida na França, após a ocorrência de suicídios em série de trabalhadores(as) de uma empresa de telefonia[12]. Assim, alguns fatores psicossociais do trabalho, que são apontados como facilitadores ou propiciadores de comportamentos hostis, como baixa qualidade das lideranças, falhas na gestão de conflitos, carga excessiva de trabalho, baixo apoio social, devem ser identificados e combatidos[16,26,27].

Nos casos I e III, verificou-se que as empresas não possuíam políticas efetivas de combate e prevenção ao assédio. Constatou-se comunicação fraca e baixos níveis de apoio para solução de problemas, enfim, uma cultura organizacional que normalizava as práticas de assédio. As falhas na apuração de denúncias, e mesmo omissão da empresa em que Fernando trabalhava, propiciaram práticas abusivas e contribuíram para a sua perpetuação (os casos vinham ocorrendo há anos), prejudicando, além de Fernando, vários(as) outros(as) trabalhadores(as). Em relação à Renata, o ambiente pobre em solução de conflitos fez com que a situação com seu chefe perdurasse, o que foi determinante para o seu sofrimento.

Sobre os casos II e IV, ressalte-se que as reestruturações são, por si só, motivo de apreensão e insegurança em virtude das inevitáveis mudanças. Porém, quando realizadas sem planejamento adequado, sem incluir os(as) trabalhadores(as) no processo e sem considerar a sua segurança e saúde, os danos são potencializados.

Na empresa em que João trabalhava, foram implementadas mudanças sem qualquer preocupação ou zelo com os(as) trabalhadores(as), vários foram "*retirados de suas funções, passando a exercer atribuições diferentes, ou mesmo 'encostados', sem exercer qualquer função*". Houve redução importante do número de empregados(as) após a privatização (mais de 50% no primeiro ano) e um processo de demissão em massa imediatamente após findar o prazo de estabilidade de doze meses previsto no contrato de concessão.

Freitas[28] lembra que que as empresas são espaços onde são desenvolvidos laços de amizade, onde se constrói expectativas de futuro, ultrapassando sua finalidade econômica, no entanto, essas formas de demissão, sem diálogo ou negociação, são um modo de negação da pessoa como pessoa, da sua biografia, "uma tentativa de apagar o seu passado e suas vinculações, tratando-o como uma coisa que não tem sentimentos nem humanidade"[28(106)].

A maneira perversa e violenta com que esses processos são conduzidos, com ausência de informação adequada e de participação dos(as) trabalhadores(as); a pressão e assédio para adesão aos programas de demissão voluntária; o descaso com as pessoas que ali estão, suas histórias, conhecimento e experiência, e a 'permissão' que é dada às empresas para fazer o descarte de pessoas de acordo unicamente com a sua vontade e necessidade, pode causar sofrimento, adoecimento e morte desses(as) trabalhadores(as). Segundo fala de uma das trabalhadoras: "*No pacote da licitação, nós somos objetos*".

Visando proteção e redução dos danos, sugere-se que sejam criadas normas legais, impondo regras e limites a serem respeitados durante os processos de reestruturação de empresas, como exigência de participação dos(as) trabalhadores(as) e de suas representações durante todo o processo; comunicação adequada e contínua; avaliação e negociação de demissões, transferências e eliminação de cargos; proibição de qualquer forma de pressão ou indução para pedido de demissão; planejamento prévio de todas as mudanças e avaliação contínua dos riscos à segurança e saúde dessas pessoas; proibição de práticas de assédio ou discriminação; acompanhamento dos(as) trabalhadores(as) que permanecem na empresa[15].

Em relação à falta de reconhecimento no trabalho, constatada nos casos I, II e IV, é importante destacar que o reconhecimento

é decisivo no processo de fortalecimento da identidade, confere o pertencimento à equipe, à coletividade e permite transformar o sofrimento em prazer. Por outro lado, sem esse reconhecimento não é possível a ressignificação do sofrimento no trabalho, podendo causar danos aos(às) trabalhadores(as), inclusive adoecimentos[2,29]. Renata, sentia o oposto do reconhecimento. Seu chefe a "*jogava cada vez mais para baixo*", [e] "*a empresa não a apoiou em nada e nem em nenhum momento*".

Além da insegurança e angústia devido à premente privatização, as demais situações vivenciadas relatadas por Pedro (preterido para uma promoção e redução salarial) foram sentidas como falta de reconhecimento por "*todo seu esforço e dedicação e desvalorização do cargo por ele ocupado*". João diz que, após mais de vinte anos de empresa, foi "*arrastado para essa situação* [e sua vida] *ruiu*". A falta de diálogo e informações e a possibilidade de ser demitido e não conseguir novo emprego o levou ao desespero.

Tendo em vista que investigações contribuem para o entendimento do fenômeno e da análise dos elementos do trabalho que podem contribuir para a sua ocorrência, favorecendo assim a implementação de intervenções no sentido da sua prevenção, sugere-se que os casos de suicídio e de tentativa suspeitos de relação com o trabalho sejam analisados e investigados. Propõe-se que o comportamento suicida seja considerado como potencialmente relacionado ao trabalho na presença das situações indicadas no *quadro 1*. Sugere-se ainda a criação de protocolos que auxiliem na condução das ações fiscais e de vigilância em saúde.

Quadro 1. Critérios para definição de casos de comportamento suicida potencialmente relacionados ao trabalho

Critérios de vigilância de casos de comportamento suicida
Suicídios ou tentativas de suicídio ocorridos no local do trabalho
Uso de instrumentos e meio letais relacionados à ocupação ou disponíveis no ambiente de trabalho
Mensagens deixadas pela pessoa que se matou com indícios de que o trabalho teve influência na sua decisão
Registros de assédio moral organizacional recorrentes registrados nos canais de denúncia contra assédio moral, assédio sexual e discriminação
Empresas em processos de reestruturação/privatização
Organizações com elevado número de afastamentos do trabalho por transtornos mentais e comportamentais

Fonte: elaboração própria adaptado de Reis O[15].

Por fim, foram apontadas neste estudo situações que se encontram associadas a um risco maior de comportamento suicida, mas que não estão relacionadas diretamente ao ambiente de trabalho, como trabalho precário/subemprego (emprego a tempo parcial/temporário/por tempo limitado), desemprego e populações mais vulnerabilizadas e vítimas de discriminação e preconceito[11,16,17,23,24]. Tais situações evidenciam o suicídio como o fenômeno complexo que é, onde fatores culturais, econômicos e sociais têm forte influência, enfim, como produto da sociedade capitalista.

Reforça ainda esse entendimento acerca do aumento das taxas de suicídio durante períodos de recessão econômica e a redução mediante adoção de políticas de proteção social e econômica, como programas de transferência de renda[30]. No Brasil, estudos mostraram que, após a implementação do Programa Bolsa Família, houve redução no risco de suicídio entre os beneficiários[31].

Como limitações deste estudo, destacam-se aquelas da metodologia 'estudo de caso' e a escolha dirigida dos casos. Apesar do ineditismo deste tipo de análise sobre esta temática, os resultados não podem ser generalizados.

Conclusões

Este artigo de estudo de caso de comportamento suicida examinou a influência dos Fatores Psicossociais do Trabalho (FPT) e as práticas assediadoras de gestão implementadas pelas organizações trabalho entre os determinantes nos desfechos dos casos de tentativa de suicídio e suicídios. Entre os FPT, foram destacados a falta de apoio social, conflitos interpessoais, falta de reconhecimento no trabalho, cultura organizacional precária e a exposição a situações hostis no trabalho, como o assédio moral.

Em dois casos, os processos de reestruturações, acompanhados de comunicação deficiente, e a pressão e assédio para adesão aos programas de demissão voluntária, seguido de humilhações aos que não aderiram aumentam o sofrimento psíquico e também contribuem para o risco de comportamento suicida.

Devido ao crescimento de comportamento suicida entre os trabalhadores e trabalhadoras e a escassez de estudos sobre suicídios relacionados ao trabalho, recomenda-se novos estudos que possam subsidiar a investigação e ações de vigilância epidemiológica e nos locais de trabalho e a revigoração das políticas públicas para a prevenção do suicídio.

Colaboradores

Reis O (0009-0006-6642-1301)* e Lucca SR (0000-0001-6023-0949)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Ministério da Fazenda (BR), Secretaria da Previdência. Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade. Brasília, DF: Secretaria da Previdência; 2017.

2. Dejours C, Bègue F. Suicídio e trabalho: o que fazer? Sobradinho (DF): Paralelo 15; 2010.

3. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1

4. Ministério da Saúde (BR). Boletins [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/

5. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

7. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2025 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/279

8. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629

9. LaMontagne AD, Åberg M, Blomqvist S, et al. Work-related suicide: evolving understandings of etiology and intervention. Am J Ind Med. 2024;67(8):679-95. DOI: https://doi.org/10.1002/ajim.23624

10. Peek-Asa C, Zhang L, Hamann C, et al. The prevalence of work-related suicides varies by reporting source from the National Violent Death Reporting System. Am J Ind Med. 2021;64(7):585-92. DOI: https://doi.org/10.1002/ajim.23252

11. WorkSafe New Zealand. Work-related suicide: examining the role of work factors in suicide [Internet]. Wellington: WorkSafe; 2024 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: https://www.worksafe.govt.nz/research/work-related-suicide-examining-the-role-of-work-factors-in-suicide/

12. Redação. APMT: suicídio e a notificação como agravo relacionado ao trabalho [Internet]. Brasília, DF: Associação Nacional de Medicina do Trabalho; 2014 [acesso em 2024 out 3]. Disponível em: https://www.anamt.org.br/portal/2019/08/02/apmt-suicidio-e-a-notificacao-como-agravo-relacionado-ao-trabalho/

13. Milner A, Witt K, LaMontagne AD, et al. Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. Occup Environ Med. 2018;75(4):245-253. DOI: https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104531

14. Min KB, Park SG, Hwang SH, Min JY. Precarious employment and the risk of suicidal ideation and suicide attempts. Prev Med. 2015;71:72-6. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.017

15. Reis O. Trabalho e suicídio [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção; 2024. 112 p.

16. Vieira B, Bandini M, Azevedo V, et al. Risco de suicídio no trabalho: revisão integrativa sobre fatores psicossociais. Saúde debate [Internet]. 2023 [acesso em 2025 out 27];47(136):253-68. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view /7700

17. Woo JM, Postolache TT. The impact of work environment on mood disorders and suicide: evidence and implications. Int J Disabil Hum Dev [Internet]. 2008;7(2):185-200 [acesso em 2024 out 4]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2559945/

18. Reis O, Borela S. Organização do trabalho e suicídio: uma experiência da inspeção do trabalho. Even3 [Internet]. 2023 dez 22 [acesso em 2024 out 4];23:1. Disponível em: https://www.even3.com.br/anais/abergo2023/649078-organizacao-do-trabalho-e-suicidio-uma-experiencia-da-inspecao-do-trabalho/

19. Yin RK. Estudo de Caso, planejamento e métodos. 2ª ed. São Paulo: Bookman; 2001.

20. Ferreira LM. As contribuições da autópsia psicológica para a compreensão do suicídio. Rev Pret [Internet]. 2023 out 31 [acesso em 2025 set 30];7(14):70-89. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/pretextos/article/view/25897

21. Marquetti FC, Kawauchi KT, Pleffken C. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. Rev Bras Psic [Internet]. 2021;2(1):29-40. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/viewIssue/1839/441

22. Netto NB, Werlang B, Rigo SC. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia

clínica. In: Conselho Federal de Psicologia, organizador. O suicídio e os desafios para a psicologia [Internet]. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia; 2013 [acesso em 2025 set 30]. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf

23. Marquetti FC. Um suicídio enlaçado pelo esquecimento. Rev Bras Psicanal [Internet]. 2019;53(4):175-91 [acesso em 2024 out 3]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2019000400012

24. Almeida FA. Suicídio na biopolítica: estudo à luz dos escritos de Michel Foucault [dissertação]. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Filosofia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2019 p.

25. World Health Organization. Suicide [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [acesso em 2025 set 29]. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

26. Nunes TS, Tolfo SR. A dinâmica e os fatores organizacionais propiciadores à ocorrência do assédio moral no trabalho. Rev Gest Secr [Internet]. 2013 nov 5 [acesso em 2025 set 29];4(2):90-113. Disponível em: https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/161

27. Soboll LA. organizadora. Intervenções em assédio moral e organizacional. São Paulo: LTr; 2017.

28. Freitas ME. Por uma ética na demissão? RAE [Internet]. 2006 jan 1 [acesso em 2025 set 29];46(1):102-6. Disponível em: https://periodicos.fgv.br/rae/article/view/37092

29. Dejours C. A sublimação entre o sofrimento e o prazer no trabalho. Rev Port Psicanal. 2013;33(2):9-28.

30. Basterra EL, Silva NJ, Alves FJO, et al. Os efeitos dos programas de proteção social e trabalho na mortalidade por suicídio: um estudo longitudinal abrangente em 81 países de baixa e média renda nas últimas duas décadas. Int J Ment Health Addict. 2025;23:1543-65. DOI: https://doi.org/10.1007/s11469-023-01183-y

31. Machado DB, Williamson E, Pescarini JM, et al. Relationship between the Bolsa Família national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: a quasi-experimental study. PLoS Med [Internet]. 2022 maio 1 [acesso em 2025 set 29];19(5):e1004000. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584178/

Recebido em 18/04/2025
Aprovado em 06/10/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Movimentos de mudança no cuidado em saúde das mulheres em hospitais de ensino no Brasil

Movements toward change in women's health care in teaching hospitals in Brazil

Roberto Allan Ribeiro Silva[1], Larissa Fernanda do Couto Brandi[1], Ricardo Tavares[2], Serafim Barbosa dos Santos Filho[3], Gilles Monceau[4], Kleyde Ventura de Souza[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710584P

RESUMO Este estudo tem como objetivo analisar os principais resultados do Projeto ApiceON quanto ao componente 'Atenção', destacando seus acúmulos e repercussões. Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários produzidos de 2017 a 2020, durante a execução do projeto em 96 hospitais de ensino distribuídos por todas as regiões do Brasil. Analisaram-se indicadores estratégicos e itens avaliativos relacionados ao componente Atenção, com foco na evolução temporal nos eixos temáticos do projeto. Os resultados evidenciam avanços na atenção ao parto e nascimento, com redução da proporção de itens 'inexistentes' e ampliação dos classificados como 'avançados', refletindo na incorporação e expansão de boas práticas. Houve destaque para melhorias nas Boas Práticas de Atenção e Vigilância de Condições de Saúde, especialmente nos hospitais das regiões Nordeste e Centro-Oeste. Houve, também, incremento no percentual de hospitais com enfermeiras obstétricas na assistência, inserção de dispositivos intrauterinos pós-parto imediato e realização de partos com presença de acompanhante. O Projeto demonstrou capacidade de induzir mudanças nos serviços de saúde, promovendo a qualificação do cuidado obstétrico e neonatal e contribuindo para a construção de práticas baseadas em direitos reprodutivos e segurança do cuidado à mulher e ao recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE Maternidades. Hospitais de ensino. Qualidade da assistência à saúde. Centros de saúde materno-infantil. Obstetrícia.

ABSTRACT *This study aims to analyze the primary outcomes of the ApiceON Project within its care component, highlighting its developments and impacts. This descriptive study is based on secondary data produced from 2017 to 2020 during the project's implementation in 96 teaching hospitals distributed across all Brazilian regions. We analyzed the strategic indicators and evaluation items related to the care component, focusing on temporal trends across the project's thematic axes. The results indicate advances in childbirth and newborn care, with a reduction in the proportion of items classified as 'nonexistent' and an increase in those labeled 'advanced', reflecting the incorporation and expansion of best practices. Improvements in best practices for care and Health Conditions Surveillance were particularly notable in hospitals located in the Northeast and Midwest. We observed an increase in the percentage of hospitals with obstetric nurses providing care, the use of immediate postpartum intrauterine devices, and childbirths attended by a companion. The project revealed the capacity to drive change in health services, promoting the qualification of obstetric and neonatal care and contributing to the development of practices grounded in reproductive rights and the safety of care for women and newborns.*

KEYWORDS *Hospitals, maternity. Hospitals, teaching. Quality of health care. Maternal-child health services. Obstetrics.*

[1] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
roberto.allan@ufvjm.edu.br

[2] Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto (MG), Brasil.

[3] Secretária de Saúde de Belo Horizonte (SSBH) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

[4] CY Cergy Paris Université – Cergy-Pontoise, França.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A atenção à saúde das mulheres tem sido amplamente debatida no campo acadêmico e nas políticas globais, sendo eixo central na garantia dos direitos humanos[1]. A luta pela efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos tem se constituído em uma agenda histórica dos movimentos feministas e sociais, enfrentando resistências normativas, institucionais e culturais[2,3].

No Brasil, a afirmação da saúde e dos direitos das mulheres nas últimas décadas está associada tanto a políticas transversais como à Política Nacional de Humanização (PNH) e a políticas específicas tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Rede Cegonha e, mais recentemente, a Rede Alyne[4,5]. Essas iniciativas objetivam reorientar um modelo historicamente marcado pela tecnocracia e pela medicalização do corpo feminino[6].

Nesse contexto, é preciso romper com a lógica que reduz as mulheres a objetos passíveis de intervenções técnicas fragmentadas, reconhecendo-as como sujeitos ativos na produção do próprio cuidado[7]. Isso implica deslocar a ênfase exclusiva na intervenção biomédica para um olhar que valorize suas experiências e saberes, atuando com as mulheres em redes vivas de saberes, práticas e afetos que ampliem territórios de cuidado[8,9].

A aposta no protagonismo de coletivos diversos constitui resistência aos silenciamentos impostos por modelos hegemônicos, moldados por uma lógica patriarcal que historicamente desconsidera o corpo e as experiências das mulheres[9]. Desnaturalizar esse modelo exige problematizar normas sociais que legitimam práticas intervencionistas e reproduzem as opressões interseccionais de gênero, que, articuladas a fatores como raça, classe e geração, perpetuam desigualdades estruturais no cuidado[10-12].

Nesse sentido, a PNH propõe reconhecer e incluir sujeitos, coletivos e conflitos, (trans) formando os serviços de saúde em territórios de cuidado que atendam tanto a quem é cuidado como a quem cuida[13]. Essa concepção ampliada de cuidado influenciou políticas de transformação das práticas de saúde, promovendo mudanças no fazer, na autonomia e nos espaços coletivos de análise e decisão[13]. Inspirada nos princípios éticos e metodológicos da PNH, a Rede Cegonha foi lançada em 2011 como resposta ao desafio de transformar o modelo de atenção obstétrico-neonatal no Brasil[6].

Essa iniciativa tensionou os modos instituídos de gestão, processos e práticas de cuidado, não se limitando à busca por maior eficácia na atenção e na gestão, mas incorporando um modo próprio de fazer política e de intervir no campo da saúde[14]. Suas diretrizes abrangem tanto a dimensão ética no atendimento e na prestação de serviços como a reorganização das práticas, dos processos de trabalho e dos fluxos assistenciais, com o objetivo de ampliar o acesso e a qualificação do cuidado[6].

Entre as estratégias da Rede Cegonha, destaca-se o Projeto ApiceON, iniciativa nacional que utilizou hospitais de ensino como campo estratégico para promover mudanças nos modelos de cuidado, ensino e gestão voltados à saúde de mulheres e crianças. O projeto teve como premissas a transformação do cuidado à mulher, incluindo gestação, parto, saúde sexual e reprodutiva; atenção ao abortamento e às situações de violência; além da ampliação da integração ensino-serviço para qualificar práticas de cuidado e formação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS)[15,16].

Fundamentado no conceito de transversalidade e na realização de análises coletivas do trabalho, a implantação do ApiceON objetivou expandir e qualificar as práticas de atenção, formação e gestão. Configurou-se como intervenção institucional para transformar os territórios de atenção às mulheres, mobilizando aportes metodológicos que favoreceram a incorporação de boas práticas e o aprimoramento das equipes multiprofissionais[16].

Propõe-se uma análise crítica e articulada dos avanços e desafios, bem como de estratégias para a sustentabilidade das ações

desenvolvidas no conjunto dos hospitais participantes, com foco no componente Atenção. Para tanto, define-se como objetivo deste estudo analisar os principais resultados do ApiceON nesse componente, destacando seus acúmulos, repercussões e interfaces com a transformação do modelo de cuidado.

Material e métodos

Este é um estudo descritivo baseado em dados secundários do projeto multicêntrico ApiceON, promovido pelo Ministério da Saúde, conduzido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que envolveu nacionalmente 96 hospitais de ensino vinculados ao SUS. Os hospitais elegíveis para a amostra realizaram mais de mil partos em 2015, segundo o Sistema de Informações Hospitalares[14].

A implantação baseou-se no apoio institucional e na cogestão[17], valendo-se da pactuação de arranjos e ações por meio de ferramentas metodológicas e de avaliação transversal. O projeto considerou os contextos institucionais como base analítica e organizou-se nos três componentes estruturados em diretrizes, dimensões e itens avaliativos[14].

Este estudo está centrado no componente Atenção, subdividido em quatro diretrizes: (i) Acolhimento: vinculação entre profissionais e usuárias, respeito à diversidade cultural, étnico-racial, atenção a populações vulneráveis e adoção do acolhimento com classificação de risco obstétrico; (ii) Boas Práticas: promoção de práticas baseadas em evidências, redução de intervenções desnecessárias, inserção de enfermeiras obstétricas e obstetrizes, atenção ao abortamento e à violência sexual; (iii) Vigilância: monitoramento das indicações de cesariana, morbimortalidade materna e neonatal e segurança do paciente; e (iv) Ambiência: adequação dos espaços físicos e organizacionais, incluindo o centro obstétrico e a unidade neonatal[14].

Importa destacar que o termo boas práticas se refere a ações ou intervenções que demonstraram efeitos positivos no contexto específico dos hospitais participantes. Não se trata, portanto, de modelos fixos ou universalmente replicáveis, mas de práticas contextualizadas, construídas em diálogo com as realidades locais[8].

Durante a intervenção, adotou-se uma avaliação transversal, acompanhando todas as etapas de execução do projeto. Para operacionalizar esse método, constituiu-se, em cada hospital, um Grupo Estratégico Local responsável por articular profissionais, gestores e docentes no acompanhamento das ações e na implantação das mudanças propostas[14].

Utilizaram-se instrumentos específicos de planejamento, monitoramento e avaliação tais como os Diagnósticos Situacionais (DS) e o Painel de Indicadores Estratégicos (PIE), discutidos coletivamente com as equipes locais. O DS captava a situação dos serviços e era periodicamente reavaliado. Neste estudo, foram considerados o primeiro DS de 2017 e o último, de agosto de 2020[14].

Utilizando abordagem estruturada e quantitativa, avaliavam-se os serviços nas diferentes dimensões com base em indicadores que atribuíam uma 'nota' ao estágio de desenvolvimento de cada área. A avaliação classificava a situação nos níveis 'Inexistente': dimensões ainda não implantadas; 'Incipiente': necessidade de esforço substancial; 'Intermediário': ajustes menores; e 'Avançado': sem necessidade de aprimoramento prioritário[14].

Os hospitais atualizavam os dados do PIE diretamente em plataforma virtual. Seis itens avaliativos foram priorizados, não apenas por sua relevância temática, mas, sobretudo, por se constituírem, por si mesmos, em vetores estratégicos da transformação do modelo de cuidado. Esses itens são: presença de enfermeiras obstétricas e obstetrizes no parto de baixo risco; inserção imediata do Dispositivo Intrauterina (DIU) no pós-parto e pós-abortamento; serviço de interrupção legal da gestação; oferta de Aspiração Manual Intrauterina (Amiu) no pós-abortamento; e atendimento a vítimas de violência sexual[16].

Para análise, os dados foram codificados em dupla entrada e analisados nos *softwares* SPSS[18] (v.20) e R[19] (v.3.4.1). Sua apresentação se deu por meio de frequências absolutas e percentuais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (parecer nº 7.051.498), conforme a Resolução nº 466/12[20] do Conselho Nacional de Ssaúde (CNS). A versão atual constitui emenda ao projeto original. A análise foi realizada por região geográfica, assegurando confidencialidade e anonimato dos hospitais.

Resultados

O projeto envolveu 96 hospitais de ensino, distribuídos por todas as unidades federativas: 13 no Norte; 17 no Nordeste; 13 no Centro-Oeste; 16 no Sudeste 1 - Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro; 20 no Sudeste 2 - São Paulo; e 17 no Sul. Devido ao número expressivo de serviços, o estado de São Paulo foi tratado como uma macrorregião própria. A *tabela 1* contém algumas características desses serviços.

Tabela 1. Distribuição e características estruturais dos hospitais integrantes do projeto ApiceON por região e no Brasil (2017)

Variáveis	Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste 1		Sudeste 2		Sul		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Localização														
Capital	12	92,3	16	94,1	12	92,3	11	68,8	11	55	12	70,6	74	77,1
Interior	1	7,7	1	5,9	1	7,7	5	31,3	9	45	5	29,4	22	22,9
Administração														
Municipal	1	7,7	1	5,9	2	15,4	2	12,5	1	5	1	5,9	8	8,3
Estadual	6	46,2	7	41,2	9	69,2	3	18,8	13	65	2	11,8	39	40,6
Federal	6	46,2	7	41,2	2	15,4	6	37,5	2	10	10	58,8	33	34,4
Privado	0	0	2	11,8	0	0	5	31,3	4	20	4	23,5	14	14,6
Habilitação														
Hospitais de Ensino	6	46,2	9	52,9	2	15,4	11	68,8	18	90	10	58,8	56	58,3
Hospital Universitário	5	38,5	6	35,3		0	5	31,3	2	10	7	41,2	25	26
Unid. Aux. de Ensino	2	15,4	2	11,8	11	84,6	0	0	0	0	0	0	15	15,6
Quantidade de partos														
de mil a 2 mil	7	53,8	2	11,8	1	7,7	6	37,5	8	40	7	41,2	31	32,3
de 2 mil a 4 mil	5	38,5	8	47,1	4	30,8	8	50	9	45	8	47,1	42	43,8
mais de 4 mil	1	7,7	7	41,2	8	61,5	2	12,5	3	15	2	11,8	23	24

Fonte: elaboração própria.

Quanto ao desempenho dos hospitais, observou-se melhoria no componente Atenção. Nacionalmente, itens classificados como 'inexistentes' passaram de 23,3% para 15,8% (-7,4 pontos percentuais), e os que se classificaram como 'avançados' passaram de 25,3% para 32,0% (+6,7 p.p.).

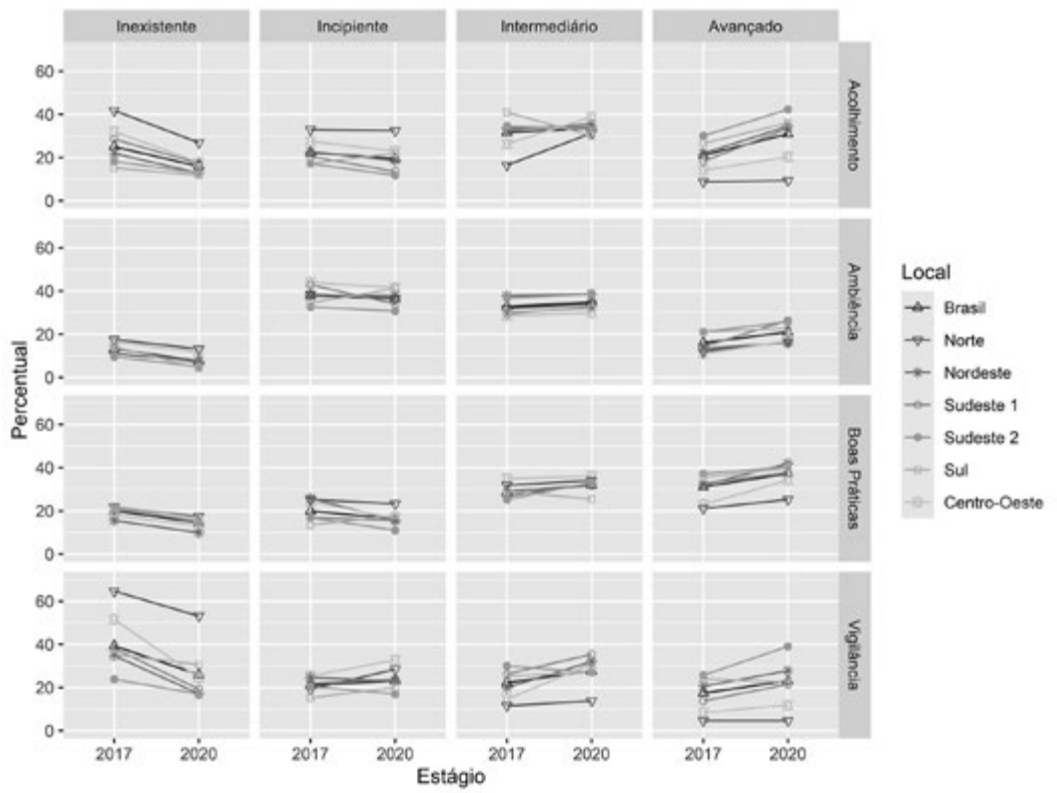
Dentre as regiões, as maiores reduções de itens 'inexistentes' ocorreram no Nordeste (de 19,3% para 11,3%, -70,0%), Centro-Oeste

(de 25,8% para 15,7%, -64,3%) e Sudeste 1 (de 24,8% para 15,2%, -63,1%), havendo aumento concomitante de itens considerados 'avançados': Nordeste, de 26,1% para 35,4% (+26,4%); Centro-Oeste, de 17,6% para 26,0% (+32,3%); Sudeste 1, de 24,9% para 33,4% (+25,5%).

Nas demais regiões, observaram-se variações menores. No Sudeste 2, os itens 'inexistentes' caíram de 19,5% para 13,9% (-39,2%) e os 'avançados' subiram de 32,2% para 38,9% (+17,3%). No Norte, houve redução de 32% para 24,3% nos 'inexistentes' (-31,6%) e aumento de 15% para 17% nos 'avançados' (+15,7%). No Sul, os 'inexistentes' se reduziram de 21,8% para 16,5% (-32,2%) e os 'avançados' cresceram de 30,3% para 34,5% (+12,1%).

O *gráfico 1* contém o desempenho dos hospitais nas diretrizes que compõem o componente Atenção, destacando as variações regionais e os resultados no conjunto. Os resultados demonstram tendência de redução do estágio 'Inexistente' e o aumento do estágio 'Avançado' em todas as diretrizes, refletindo um progresso no aprimoramento das práticas, embora algumas regiões e diretrizes tenham se destacado mais que outras.

Gráfico 1. Desempenho nas diretrizes do componente Atenção dos hospitais integrantes do projeto ApiceON por região e no Brasil (2017-2020)



Fonte: elaboração própria.

A diretriz Boas Práticas de Atenção apresentou o maior avanço, com um crescimento de 6,1% no estágio 'avançado', de 31,1% em 2017 para 37,2% em 2020, e uma redução de 5,4% no estágio 'inexistente', de 20,0% para 14,6% no mesmo período. A Vigilância de Condições de Saúde também apresentou bom desempenho, com um crescimento de 5,7% no estágio

'avançado', de 17,4% em 2017 para 23,1% em 2020, e uma considerável redução de 13,3% no estágio inexistente, de 39,3% para 26,0%.

A diretriz Acolhimento registrou aumento de 4,9% no estágio 'avançado', de 16,1% em 2017 para 21,0% em 2020, e uma redução de 5,8% no estágio 'inexistente', de 13,3% para 7,5%. Por sua vez, a Ambiência apresentou o menor crescimento no estágio 'avançado', com aumento de 5,9% (de 11,0% em 2017 para 16,9% em 2020), embora também tenha registrado redução de 4,8% no estágio 'inexistente' (de 16,5% para 11,7%).

Dentre as regiões, o Nordeste se destacou com aumentos expressivos no estágio 'avançado' em Boas Práticas de Atenção (10,1%), de 31,9% em 2017 para 41,9% em 2020, e Vigilância de Condições de Saúde (7,2%), de 20,6% para 27,8%. Além disso, apresentou uma redução substancial no estágio 'inexistente', especialmente em Vigilância de Condições de Saúde, de 34,7% em 2017 para 17,2% em 2020. No Centro-Oeste foi semelhante, com um aumento de 3,4% no estágio 'avançado' para Vigilância de Condições de Saúde, de 8,5% para 11,8%, e uma redução de 27% no estágio 'inexistente', 51,5% para 24,5%. O Sudeste 1 também obteve bons resultados, com aumento de 12,1% em Ambiência, de 14,3% para 26,4%, e uma redução de 6,8% no estágio 'inexistente', de 13,4% para 6,6%, destacando-se pela consistência nas melhorias. Já o Sul, apresentou o aumento de 4,3% em Boas Práticas de Atenção, de 35,5% para 39,8%, e redução de 5,3% no estágio 'inexistente', de 22,1% para 16,8%.

A *tabela 2* contém o desempenho dos hospitais nos seis itens avaliativos de acompanhamento estratégico, explicitando o número e o percentual de serviços que ofertaram tais ações ao longo do período analisado, segundo dados coletados.

Tabela 2. Indicadores de acompanhamento estratégicos relacionados ao cuidado às mulheres na atenção ao parto, na saúde sexual e reprodutiva e em situações de violência. Brasil e regiões, 2017-2020

Região (n)	Ano	Enfermagem obstétrica na assistência ao parto n (%)	Inserção de DIU pós-parto n (%)	Serviço de atenção em violência sexual n (%)	Serviço de interrupção legal da gestação n (%)	Realização Amiu n (%)	Inserção de DIU pós-abortamento n (%)
Brasil (96)	2017	66 (68,9%)	39 (40,6%)	70 (72,9%)	67 (69,8%)	87 (90,6%)	31 (32,3%)
	2018	72 (75%)	69 (71,9%)	69 (71,9%)	67 (69,8%)	86 (89,6%)	58 (60,4%)
	2019	75 (78,1%)	73 (76%)	61 (63,5%)	52 (54,2%)	64 (66,7%)	65 (67,7%)
	2020	73 (76%)	73 (79,3%)	62 (64,6%)	53 (57,6%)	67 (72,8%)	58 (60,4%)
Norte (13)	2017	11 (84,6%)	2 (15,4%)	11 (84,6%)	9 (69,2%)	11 (84,6%)	2 (15,4%)
	2018	12 (92,3%)	5 (38,5%)	10 (76,9%)	9 (69,2%)	11 (84,6%)	4 (30,8%)
	2019	8 (61,5%)	9 (69,2%)	7 (53,8%)	10 (76,9%)	8 (61,5%)	9 (69,2%)
	2020	8 (61,5%)	9 (75,%)	7 (58,3%)	8 (61,5%)	9 (69,2%)	9 (69,2%)
Nordeste (17)	2017	16 (94,1%)	8 (47,1%)	12 (70,6%)	17 (100%)	17 (100%)	6 (35,3%)
	2018	17 (100%)	14 (82,4%)	13 (76,5%)	17 (100%)	16 (94,1%)	9 (52,9%)
	2019	17 (100%)	15 (88,2%)	12 (70,6%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)
	2020	17 (100%)	15 (88,2%)	12 (70,6%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	10 (58,8%)

Tabela 2. Indicadores de acompanhamento estratégicos relacionados ao cuidado às mulheres na atenção ao parto, na saúde sexual e reprodutiva e em situações de violência. Brasil e regiões, 2017-2020

Região (n)	Ano	Enfermagem obstétrica na assistência ao parto n (%)	Inserção de DIU pós-parto n (%)	Serviço de atenção em violência sexual n (%)	Serviço de interrupção legal da gestação n (%)	Realização Amiu n (%)	Inserção de DIU pós-abortamento n (%)
Centro-Oeste (13)	2017	10 (76,9%)	7 (53,8%)	10 (76,9%)	8 (61,5%)	11 (84,6%)	7 (53,8%)
	2018	10 (76,9%)	10 (76,9%)	8 (61,5%)	7 (53,8%)	11 (84,6%)	9 (69,2%)
	2019	12 (92,3%)	13 (100%)	10 (76,9%)	7 (53,8%)	11 (84,6%)	11 (84,6%)
	2020	12 (92,3%)	13 (100%)	10 (76,9%)	7 (53,8%)	7 (53,8%)	10 (76,9%)
Sudeste I (16)	2017	12 (75%)	4 (25%)	10 (62,5%)	12 (75%)	16 (100%)	2 (12,5%)
	2018	12 (75%)	14 (87,5%)	10 (62,5%)	11 (68,8%)	14 (87,5%)	13 (81,3%)
	2019	12 (75%)	13 (81,3%)	10 (62,5%)	13 (81,3%)	12 (75%)	11 (68,8%)
	2020	10 (62,5%)	13 (81,3%)	11 (68,8%)	11 (68,8%)	12 (75%)	11 (68,8%)
Sudeste 2 (20)	2017	8 (40%)	12 (60%)	16 (80%)	10 (50%)	18 (90%)	9 (45%)
	2018	12 (60%)	16 (80%)	16 (80%)	10 (50%)	18 (90%)	13 (65%)
	2019	15 (75%)	13 (65%)	11 (55%)	12 (60%)	10 (50%)	11 (55%)
	2020	15 (75%)	14 (70%)	11 (55%)	5 (25%)	5 (25%)	10 (50%)
Sul (17)	2017	9 (52,9%)	6 (35,3%)	11 (64,7%)	11 (64,7%)	14 (82,4%)	5 (29,4%)
	2018	9 (52,9%)	10 (58,8%)	12 (70,6%)	11 (64,7%)	16 (94,1%)	10 (58,8%)
	2019	11 (64,7%)	10 (58,8%)	11 (64,7%)	10 (58,8%)	9 (52,9%)	10 (58,8%)
	2020	11 (64,7%)	9 (52,9%)	11 (64,7%)	8 (47,1%)	8 (47,1%)	8 (47,1%)

Fonte: elaboração própria.

O número de hospitais com enfermeiras obstétricas e obstetrizes na assistência ao parto cresceu de 68,9% em 2017 para 79,3% em 2020. A região Nordeste, que já apresentava a maior proporção de hospitais classificados como 'avançados' nesse item no início do projeto, atingiu cobertura total a partir de 2018, mantendo esse nível até o final do período. As regiões Centro-Oeste e Norte também registraram crescimento, alcançando 92,3% de cobertura.

Em relação à inserção do DIU no pós-parto, a média nacional subiu de 40,6% para 79,3%. A região Centro-Oeste que iniciou com 53,8% atingiu cobertura total em 2019 e manteve até 2020. Na região Norte, a cobertura cresceu de 15,4% em 2017 para 75,0% em 2020, permanecendo abaixo da média nacional.

A cobertura da inserção de DIU no pós-abortamento cresceu de 32,3% em 2017 para 63,0% em 2020, com destaque para a região Norte, que cresceu de 15,4% para 75,0% entre 2017 e 2020; Sul e Sudeste 2 apresentaram, respectivamente de 29,4% para 83,3% e de 45% para 50%. Em contrapartida, a realização de Amiu reduziu-se de 90,6% para 72,8%, com a maior redução no Sudeste 2, de 90% para 25%, e no Centro-Oeste, de 84,6% para 53,8%.

A oferta do serviço de interrupção legal da gestação também recuou nacionalmente, de 69,8% para 57,6%, apresentando quedas no Sudeste 2, de 50% para 25%, e no Nordeste, que apresentava cobertura total nos primeiros anos e reduziu nos dois últimos, chegando a 76,5% em 2020. Da mesma forma, o número de hospitais que dispunham de serviços de

atendimento às vítimas de violência sexual se reduziu de 72,9% para 67,4%, mais acentuadamente no Norte, de 84,6% para 58,3%, e no Sudeste 2, de 80% para 55%.

No recorte regional, o Nordeste obteve os melhores resultados, alcançando 100% de cobertura em DIU pós-parto e interrupção legal da gestação nos primeiros anos do projeto. O Centro-Oeste também se destacou na ampliação da cobertura de DIU pós-parto e pós-abortamento. Por outro lado, o Sudeste 2 apresentou quedas importantes, especialmente nos procedimentos de Amiu e na oferta de interrupção legal da gestação. O Norte, embora tenha avançado em alguns indicadores, manteve desempenho inferior à média nacional, particularmente em relação à atenção à violência sexual e ao aborto previsto em lei.

Discussão

Os resultados destacam avanços na implantação das chamadas boas práticas nos hospitais participantes do ApiceON, incluindo a incorporação de itens que eram 'inexistentes' e a ampliação de Boas Práticas de Atenção em nível consolidado. Esses avanços refletem mudanças nas práticas hospitalares, impulsionadas por mobilizações tecnológicas, logísticas e organizacionais, que levaram as equipes a incorporar inovações e a aprimorar suas formas de atuação no trabalho.

Os dados revelam heterogeneidade entre os hospitais participantes, cuja variação em aspectos estruturais e administrativos influenciou diretamente o desempenho de cada hospital na implantação do projeto. As diferentes características dos serviços, como os recursos disponíveis e os contextos regionais, resultaram em desafios e oportunidades distintas para o aprimoramento.

Antes de se avaliar o desempenho, destaca-se que os indicadores neste estudo são tomados como analisadores, ou seja, não apenas como medidas quantitativas, mas como elementos que revelam tensões, transformações, forças institucionais e as singularidades dos processos e das relações institucionais. Partindo da concepção de analisadores de Lourau[21], considera-se que os indicadores devem ser interpretados no contexto específico do ApiceON e dos serviços participantes. A avaliação não se limitou a um monitoramento, mas operou como dispositivo que mobiliza reflexões e orienta a renovação das práticas institucionais[14].

A relevância desta abordagem se confirma na própria trajetória dos serviços ao longo do projeto, conforme revelam os dados relacionados ao uso dos itens avaliativos. Mendes e Rattner[22] defendem que, no início da implantação do projeto, cerca de 30% dos hospitais não coletavam dados referentes às suas ações e práticas dos itens propostos. Com o decorrer do projeto, observou-se um aumento progressivo na alimentação e atualização dos itens avaliativos. Ao final da intervenção, todos os serviços passaram a realizar a coleta e consolidação de indicadores, evidenciando a incorporação do monitoramento e avaliação nos serviços.

A diretriz Vigilância de Condições de Saúde iniciou o projeto com a maior proporção de avaliações classificadas como 'inexistente'. Talvez por isso tenha apresentado a maior variação positiva ao longo do tempo. A incorporação progressiva do monitoramento dos itens avaliativos à rotina dos serviços passou a desempenhar uma função mobilizadora ao operar um dispositivo de análise coletiva do trabalho, no qual gestores e profissionais passaram a compartilhar a leitura dos dados, a identificação de prioridades, a definição de planos de ação e a formulação de mecanismos de intervenção.

Assis et al.[23], ressaltam que essa incorporação à rotina dos serviços assume papel central como um dos efeitos do projeto. Esse processo não se deu de forma linear, mas por meio de movimentos complexos, marcados por avanços e recuos, que desafiam análises simplistas baseadas em noções de 'maior ou menor adesão' ou 'maior ou menor resistência'.

Em vez disso, a consolidação dessa prática reflete a capacidade dos serviços de superar barreiras e integrar o monitoramento de itens avaliativos como parte essencial da gestão e da atenção às mulheres. Esse movimento introduziu nas equipes uma sistemática de planejamento, monitoramento e avaliação, resultando em mudanças nos processos de cuidado e nas repercussões alcançadas com o projeto.

Dessa forma, o uso dos itens avaliativos extrapolou uma função avaliativa tradicional, sendo progressivamente incorporado como ferramenta de gestão no cotidiano dos serviços. Contribuiu para a materialização de princípios da cogestão, compreendida aqui como um modo democrático de organização institucional, pautado no diálogo, na participação ativa e na negociação contínua entre os sujeitos envolvidos nos processos de cuidado e gestão[24].

Apesar desses avanços, nem todas as diretrizes evoluíram com o mesmo grau de implantação. A diretriz da ambiência, voltada à adaptação dos espaços hospitalares para torná-los mais acolhedores e favorecer a participação ativa das usuárias[25], apresentou o menor grau de evolução, especialmente na proporção de hospitais com status 'avançado'.

Observou-se, porém, que parte da redução dos casos 'inexistentes' migrou para o status 'incipiente'. Esse movimento indica a necessidade de maiores esforços na efetivação da ambiência. Tal movimento sugere a necessidade de maiores esforços para a efetivação da ambiência nos serviços, o que é corroborado por Pasche et al.[25], ao destacarem a premência de iniciativas voltadas à transição do modelo de ambiência, mesmo diante de dificuldades estruturais persistentes. Esses autores também associam esse cenário ao subfinanciamento histórico do SUS, que compromete a realização de reformas nos espaços físicos das maternidades.

O Acolhimento, entendido como diretriz ampla, envolve uma abordagem ética baseada na inclusão e no respeito às diferenças, concretizada por tecnologias relacionais tais como escuta qualificada, garantia de acesso, vínculo e atenção às necessidades das mulheres e suas famílias. Além da adoção do protocolo de classificação de risco em obstetrícia, sua efetivação exige articulação com a rede local do SUS para garantir a vinculação das gestantes às unidades de saúde e estabelecer fluxos de transferência segura[14].

O melhor desempenho ocorreu na incorporação de Boas Práticas de Atenção ao parto e nascimento. Introduziram-se ou ampliaram-se cuidados humanizados e baseados em evidências, em substituição a práticas desnecessárias ou prejudiciais, com adaptações conforme o contexto e ritmo de cada local. Contudo, essa incorporação não foi linear nem isenta de resistências, sobretudo em cenários de forte hierarquia, que sustentam os modelos tradicionais[25].

Esse tipo de tensão também se expressa nos processos de formação profissional, especialmente nos programas de residência médica e de enfermagem. Carvalho et al.[26], ao analisarem residências em enfermagem e medicina obstétrica, observaram que a enfermagem incorporou conteúdos científicos e práticas humanizadas no ensino teórico e clínico, enquanto a médica não explicitava tais diretrizes. O estudo também revelou a persistência de práticas desnecessárias em ambos os programas, reforçando a relevância do ApiceON para fortalecer o componente Atenção e induzir mudanças no ensino.

Tais resistências, também evidenciadas no campo da formação, expressam de maneira mais ampla as lógicas organizacionais que tendem a preservar modelos historicamente instituídos. Pasche et al.[25], destacam a resistência à mudança por parte de gestores e equipes dos serviços de saúde. Segundo os autores, há uma tendência de preservar o que foi institucionalizado na organização. As resistências funcionam como analisadores, revelando tensões entre o instituído e as dinâmicas de mudança e ajudando a expor as lógicas que sustentam as práticas profissionais[27].

Em contextos mais rígidos, como os hospitais, onde as relações de poder são mais desiguais, as forças estão voltadas para a conservação[25]. Tal realidade perpetua situações como a continuidade de intervenções desnecessárias em detrimento das práticas comprovadamente benéficas. Esses aspectos demonstram o desafio enfrentado pelo ApiceON, que, mesmo diante desse contexto foi capaz de impulsionar mudanças em várias frentes.

Os itens avaliativos foram organizados nos eixos temáticos do ApiceON: mudança no modelo de atenção com inclusão da enfermagem, representado pelo indicador enfermagem obstétrica na assistência ao parto; acesso ao planejamento reprodutivo com inserção de DIU pós-parto; atenção humanizada ao abortamento legal, com indicadores sobre interrupção da gestação, DIU pós-aborto e Amiu; e atenção a mulheres em situação de violência sexual[15].

Embora a atuação das enfermeiras obstétricas na assistência às mulheres no processo de parto e nascimento seja reconhecido[28], verificou-se que havia poucas oportunidades para sua inserção nos serviços e que vários fatores ainda dificultam seu exercício profissional. Mendes, Rattner[22] identificaram que havia nesses hospitais uma escassez de enfermeiras obstétricas, que representam apenas 1% do total de profissionais dos serviços. Além disso, a proporção de partos assistidos por enfermeiras obstétricas foi superior a 50% dos partos vaginais em apenas seis hospitais, enquanto em outros oito hospitais esse percentual ficou entre 15% e 50%. Neste item, a região Nordeste se destacou, atingindo 100% dos serviços desde 2018.

A inserção imediata do DIU pós-parto amplia o acesso a métodos contraceptivos eficazes e duradouros, articulando oferta no parto e informação no pré-natal e assegurando às mulheres o direito à informação e à livre escolha. O aumento desse indicador em todas as regiões relaciona-se também à intensificação das ações de informação junto à população[15] e às induções promovidas pelo próprio projeto, como seminários regionais, treinamentos específicos e cursos de aprimoramento, que qualificaram equipes e fortaleceram a oferta de métodos contraceptivos, especialmente o DIU pós-parto, como parte da garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

Durante o período analisado, os itens sobre atenção humanizada em casos de abortamento legal e violência sexual oscilaram em todas as regiões. Em contrapartida, a inserção imediata do DIU no pós-abortamento aumentou de 32,3% para 60,4% entre o início e o final do período. Observou-se que a tendência de redução dos serviços de atenção ao abortamento legal e violência sexual ao fim da intervenção pode refletir não apenas os limites do projeto, mas também o retorno de concepções e posicionamentos pré-existentes nos serviços, que tendem a reaparecer na ausência de apoio continuado, revelando desafios para a sustentabilidade dos avanços.

Em junho de 2020, a revogação da Nota Técnica nº 016/2020[29] comprometeu o reconhecimento dos serviços de saúde sexual e reprodutiva como essenciais no SUS, aprofundando os retrocessos nos direitos reprodutivos. Essa decisão integrou uma necropolítica institucional, que contribuiu para o aumento de mortes evitáveis, expôs desigualdades de gênero e reduziu o acesso ao cuidado obstétrico. Esses fatores precederam as restrições impostas aos serviços de saúde materno-infantil, demonstrando que o cenário político-sanitário se somou aos desafios organizacionais no cuidado às mulheres[30].

Durante a pandemia de covid-19, os hospitais enfrentaram restrições que afetaram o cuidado às mulheres, com suspensão de serviços como a interrupção legal da gestação, falta de insumos e redirecionamento de profissionais, priorizando a segurança do atendimento[31]. Essas medidas evidenciaram os desafios impostos pela crise sanitária sobre a organização e continuidade das ações hospitalares[31].

A redução em itens avaliativos relacionados à atenção ao abortamento legal e à violência sexual foi reflexo de um contexto político e institucional que fragilizou os direitos reprodutivos durante a pandemia de covid-19. Como analisado por Gonzaga, Amorim e Calil[32], houve uma desestruturação da oferta desses serviços, impulsionada pelo desmonte financeiro do SUS, por barreiras culturais e religiosas, dentre tantas[33].

Esse cenário foi agravado por uma agenda conservadora que, durante a pandemia, expôs com ainda mais força o modo como historicamente se tem cerceado os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no País. Vale destacar que a implantação do ApiceON foi iniciada em um cenário político instável. Desde a interrupção do governo Dilma Roussef, observou-se um progressivo esvaziamento das políticas voltadas à equidade de gênero e à saúde sexual e reprodutiva[34,35], o que, agravado pela pandemia, levou ao encerramento do ApiceON antes do previsto.

Nesse contexto adverso, marcado por diferentes pressões externas e desigualdades internas, os efeitos do ApiceON variaram conforme a capacidade de cada serviço em construir respostas alinhadas às suas realidades. As interferências promovidas pelo projeto se articularam com as singularidades de cada hospital e região, abrindo espaço para estratégias que, mesmo em meio a restrições, tentaram os avanços possíveis, moldados por suas estruturas, recursos e contextos locais. Essa dinâmica resultou em movimentos distintos de inovação e qualificação das práticas, reafirmando a potência do projeto como indutor de mudanças institucionais[22,23,36]. Para compreender mais profundamente esses processos e as tensões entre forças internas e externas que influenciaram sua implantação, serão necessárias novas pesquisas.

As disparidades regionais evidenciadas nos resultados refletem desigualdades históricas na organização dos sistemas locais de saúde. Enquanto regiões como Nordeste e Centro-Oeste demonstraram avanços em alguns itens, como a inserção de enfermeiras obstétricas e o uso de DIU pós-parto, outras, como o Sudeste 2 e o Norte, enfrentaram entraves persistentes em áreas críticas da atenção. Tais variações traduzem não apenas diferenças estruturais, mas também fragilidades na articulação em rede, desafios políticos e institucionais e limites na capacidade instalada desses serviços.

Nesse movimento de continuidade e aprimoramento do cuidado, destaca-se a recente implantação do Projeto de Fortalecimento do Cuidado Obstétrico e Neonatal pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), em parceria com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz)[37]. A iniciativa propõe qualificar a atenção prestada nos hospitais universitários por meio da produção de evidências, desenvolvimento de protocolos, capacitações e monitoramento de itens avaliativos, com foco na redução da mortalidade materna e neonatal e na inclusão de populações vulnerabilizadas. A convergência dessa proposta com os princípios e estratégias impulsionados pelo ApiceON fortalece o campo de análise e intervenção, sinalizando a importância de se acompanhar seus efeitos nos distintos contextos regionais e institucionais, em articulação com as redes de atenção e os compromissos do SUS com os direitos das mulheres[38].

Este estudo apresentou algumas limitações relativas ao uso de dados secundários e à avaliação interna dos profissionais. Contudo, o caráter coletivo da análise amplia sua validade e permite interpretações mais contextualizadas sobre os avanços e desafios enfrentados. Além disso, os resultados refletem exclusivamente o período de intervenção do projeto, não abrangendo mudanças ocorridas posteriormente. Soma-se a isso a opção por agrupar os dados por região, o que pode restringir a análise dos contextos de cada hospital. Essa decisão, no entanto, foi necessária para preservar a confidencialidade dos hospitais participantes.

Considerações finais

A análise dos resultados do componente Atenção do ApiceON revela avanços importantes na incorporação de práticas alinhadas aos princípios do SUS e à atenção obstétrica baseada em evidências, especialmente nos aspectos relacionados ao acolhimento, às boas práticas e à ambiência. A presença de coletivos institucionais engajados e a adoção de instrumentos avaliativos favoreceram deslocamentos nos modos de fazer, tensionando lógicas consolidadas e viabilizando a ampliação da autonomia das mulheres e das equipes.

Ainda que desigual, o percurso de mudança evidenciado pelos itens avaliativos indica a potência de intervenções sustentadas na análise dos contextos, no fortalecimento de coletivos e na valorização das formas de produção de cuidado. As repercussões observadas traduzem acúmulos que não se restringem ao cumprimento de metas, mas expressam transformações no cotidiano dos serviços, materializados na ampliação das boas práticas de cuidado, na inserção da enfermagem obstétrica, na valorização da escuta das mulheres, no uso de instrumentos coletivos de análise e planejamento e no fortalecimento dos processos de reflexão crítica entre as equipes e nas equipes. Esses achados reforçam a importância de políticas públicas que reconheçam os serviços como territórios vivos, atravessados por disputas, potências e possibilidades de (re)invenção e (co)criação.

O principal efeito foram os próprios movimentos que os serviços conseguiram desenvolver com o projeto, disparando processos que podem ampliar potencialidades e sustentabilidade de ações locais, em diálogo com a singularidade de cada contexto. Embora ainda haja desafios a serem superados, os resultados revelam que investir em iniciativas de apoio e fortalecimento dos coletivos é fundamental para a transformação sustentável, e urgente, do modelo de cuidado, orientado pelos princípios da integralidade, da equidade, da humanização e da garantia dos direitos.

Colaboradores

Silva RAR (0000-0002-3664-2430)*, Brandi LFC (0009-0003-3165-6678)*, Tavares R (0000-0002-9060-0477)*, Santos Filho SB (0000-0001-8397-6575)* Monceau G (0000-0002-2835-3575)* e Souza KV (0000-0002-0971-1701)* contribuíram para a concepção e delineamento do estudo, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final. ■

Referências

1. Bandyopadhyay S, Thomas HS, Gurung B, et al. Global health education in medical schools (GHEMS): a national, collaborative study of medical curricula. BMC Med Educ. 2020;20(1):389. DOI: https://doi.org/10.1186/s12909-020-02315-x

2. Biroli F. Reação conservadora, democracia e conhecimento. Rev Antropol. 2018;61(1):83-94. DOI: https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2018.145515

3. Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Bra-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

sil: 1975 a 1988. Saude debate. 2020;43(Esp 8):276-91. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S820

4. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1915-28. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018

5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 set 13 [acesso em 2025 ago 14]; Seção 1:50. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html

6. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, et al. Reduction of inequities of access to appropriate childbirth care in Rede Cegonha. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(3):823-35. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020

7. Souza BF, Bussadori JCC, Ayres JRCM, et al. Nursing and hospitalized high-risk pregnant women: challenges for comprehensive care. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03557. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036903557

8. Silva SS, Fortuna CM, Monceau G. Cesarean childbirth: an institutional socio-clinical study of the professional practices and discourses. Rev Lat Am Enfermagem. 2021;29:e3508. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.4756.3508

9. Slomp Junior H, Gomes MPC, Franco TB, et al. Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado. Saúde e Soc. 2023;32(4):e220582pt. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220582pt

10. Costa AM, Lobato LVC. What do women want? Sexual and reproductive health and rights. Saude debate. 2024;48(140):e140ED. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982024140140ED-I

11. Falu N. Erotic senses: Powering Brazilian Black queer existence in gynecological spaces. Med Anthropol Q. 2024;38(4):477-89. DOI: https://doi.org/10.1111/maq.12841

12. Vasconcelos MFF, Felix J, Gatto GMS. Saúde da mulher: o que é poderia ser diferente? Rev Psicol Política [Internet]. 2017 [acesso em 2025 maio 5];17(39):327-39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2017000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

13. Santos Filho SB. Monitoramento e avaliação como prática transversal na Rede Cegonha: construção de um processo articulando monitoramento e apoio institucional. In: Ministério da Saúde (BR). Humaniza-SUS: humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. p. 294-338.

14. Santos Filho SB. Contexto metodológico: implicações nos modos de implementação de um projeto. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 27-49.

15. Ministério da Saúde (BR). ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 maio 5]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/

16. Santos Filho SB. Avaliação-intervenção e transformações no trabalho em saúde: cartografando movimentos e efeitos transversais do Projeto. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 137-86.

17. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o méto-

do da roda [Internet]. In: Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2015 [acesso em 2025 out 10]. 236 p. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-736572

18. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/products/spss

19. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. Version 4.1.2. [sem local]: The R foundation. 2021 Nov 2 [acesso em 2022 set 6]. Disponível em: https://www.r-project.org/

20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:549.

21. Lourau R. Análise institucional. Petrópolis: Vozes; 2014. 328 p.

22. Mendes YMMB, Rattner D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. Rev Saúde Pública. 2020;54(23):1-13. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497

23. Assis KF, Duarte ED, Santos Filho SB, et al. Indução de boas práticas na saúde da mulher e criança: o Projeto ApiceON e efeitos em indicadores estratégicos. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 187-210.

24. Guizardi FL, Cavalcanti FOL. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. Physis Rev Saúde Coletiva. 2010;20(4):1245-65. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010

25. Pasche DF, Pessatti MP, Silva LBRA A, et al. Transition of the environment model in hospitals that deliver in Rede Cegonha. Ciênc saúde coletiva. 2021;26(3):887-96. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.45262020

26. Carvalho EMP, Göttems LBD, Guilhem DB. O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(5):1763-72. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23872021

27. Monceau G. Le concept de résistance en éducation. Pratiques de Formation/Analyses. 1997;33:47-57. DOI: https://doi.org/10.3406/pfa.1997.2381

28. World Health Organization. The state of the world's midwifery 2021 [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [acesso em 2025 maio 13]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/sowmy_2021

29. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 1 de junho de 2020. Dispõe sobre a continuidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia de Covid-19 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 jun 1 [acesso em 2025 out 18]. Disponível em: https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/1591269873_ministerioaborto.pdf

30. Brandão ER, Cabral CS. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. Interface - Comun Saude Educ. 2021;25(Supl 1):e200762. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.200762

31. Paes LBO, Salim NR, Stofel NS, et al. Women and COVID-19: reflections for a sexual and reproductive rights-based obstetric care. Rev Bras En-

ferm. 2021;74(Supl 1):e20201164. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1164

32. Gonzaga PRB, Amorim LJ, Calil BP. Entre o silêncio e o retrocesso: A violência sexual e o direito ao aborto legal nas publicações do governo federal durante a pandemia. Rev Bras Estud Homocultura. 2024;7(22):e15933. DOI: https://doi.org/10.29327/2410051.7.22-16

33. Silva FV, Souza KV. The unacceptable tragedy of maternal mortality associated with COVID-19: (re)politicization of women's health and rights and the position of Brazilian nursing. Rev Bras Enferm. 2020;73(Supl 4):e73supl04. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl04

34. Coutinho RZ, Lima LC, Leocádio VA, et al. Considerations about the COVID-19 pandemic and its effects on fertility and sexual and reproductive health of Brazilian women. Rev Bras Estud Popul. 2020;37:e0130. DOI: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0130

35. Sardenberg C. Políticas de enfrentamento da violência contra mulheres no Brasil: construção e desmonte. Rev Estud Polit Publicas. 2018;4(2):78-98. DOI: https://doi.org/10.5354/0719-6296.2018.51738

36. Nunes CKB, Figueiró AC, Abreu MA, et al. Avaliação do Projeto ApiceOn: metodologia e produtos de um estudo de avaliabilidade. Com Ciênc Saúde. 2024;34(4):1-28. DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1395

37. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ebserh lança projeto em parceria com a Fiocruz voltado para assistência às gestantes e reduzir mortalidade materna e neonatal [Internet]. Brasília, DF: EBSERH; 2024 [acesso em 2025 maio 15]. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/ebserh-lanca-projeto-em-parceria-com-a-fiocruz-voltado-para-assistencia-as-gestantes-e-reduzir-mortalidade-materna-e-neonatal

38. Vilela MEA, Souza KV. Desafios na mudança de modelo de atenção em saúde das mulheres no Brasil: histórico e perspectivas abertas no SUS. In: Souza KV, Santos Filho SB, organizadores. O trabalho em territórios de cuidado em saúde das mulheres: avaliação-intervenção e transformações nas práticas de atenção, ensino e gestão. 1ª ed. Belo Horizonte: Incipit; 2023. p. 45-60.

Recebido em 29/04/2025
Aprovado em 07/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito
Suporte financeiro: este trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001

Editora responsável: Maura Vanessa Silva Sobreira

saúde
EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Desenvolvimento e validação de índices de gestão operacional e estratégica para Centros de Especialidades Odontológicas

Development and validation of operational and strategic management indices for Dental Specialty Centers

Danilson Ferreira da Cruz[1], Livian Isabel de Medeiros Carvalho[1], Eduarda Gomes Onofre de Araújo[1], Edson Hilan Gomes de Lucena[1], Yuri Wanderley Cavalcanti[1], Luiz Medeiros Araujo Lima-Filho[1], Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna[1]

DOI: 10.1590/2358-289802514710847P

RESUMO O estudo desenvolveu e validou dois índices para avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO): o Índice Avaliativo de Gestão Operacional (Iago-CEO), voltado à gestão operacional, e o Índice Avaliativo de Gestão Estratégica (Iage-CEO), voltado à gestão estratégica. Trata-se de estudo metodológico com dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos CEO (PMAQ-CEO), envolvendo 1.042 serviços no Brasil. As questões do Módulo II foram analisadas por oito consultores selecionados por convite eletrônico, com experiência em gestão em saúde, políticas de saúde bucal e familiaridade com o PMAQ-CEO, compondo o painel do método Delphi. No Iago-CEO, 31 perguntas foram avaliadas e 24 compuseram o instrumento; no Iage-CEO, das 17 levantadas, 11 foram consideradas pertinentes. Foram aplicadas análise fatorial exploratória e testes de validação (KMO, Bartlett e alfa de Cronbach), além de regressão logística multinomial. O Iago-CEO explicou 20,3% da variância da nota de certificação, destacando 'Protocolos Clínicos' e 'Absenteísmo'. O Iage-CEO explicou 49,95%, sobretudo em planejamento e educação permanente. Ambos os índices associaram-se a classificações mais altas e menor probabilidade de classificação ruim, configurando-se como ferramentas válidas para avaliar a gestão em saúde bucal especializada.

PALAVRAS-CHAVE Odontologia. Saúde bucal. Índice. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The study developed and validated two indices for evaluating Dental Specialty Centers (CEO): the Operational Management Evaluation Index (IAGE-CEO), focused on operational management, and the Strategic Management Evaluation Index (IAGE-CEO), focused on strategic management. This was a methodological study using data from the 2nd Cycle of External Evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Dental Specialty Centers (PMAQ-CEO), involving 1,042 services in Brazil. The questions in Module II were analyzed by eight consultants selected through electronic invitation, with expertise in health management, oral health policies and familiarity with the PMAQ-CEO, who composed the Delphi panel. In the IAGO-CEO, 31 questions were initially evaluated and 24 composed the final instrument; in the IAGE-CEO, of the 17 questions raised, 11 were considered pertinent. Exploratory factor analysis and validation tests (KMO, Bartlett, and Cronbach's alpha) were applied, along with multinomial logistic regression. The IAGO-CEO explained 20.3% of the variance in certification scores, highlighting 'Clinical Protocols' and 'Absenteeism'. The IAGE-CEO explained 49.95%, mainly related to planning and continuing education. Both indices were associated with higher classifications and lower probability of poor classification, proving to be valid tools for evaluating management in specialized oral health care.*

KEYWORDS *Dentistry. Oral health. Index. Health evaluation.*

[1] Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
danilson.cruz@ufpe.br

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

O cuidado em saúde bucal no Brasil passou a ser reorganizado a partir do Programa Brasil Sorridente, instituído em 2004. Posteriormente, em 8 de maio de 2023, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi formalmente sancionada pela Lei nº 14.572, consolidando-se como uma política pública de saúde[1,2]. Visando a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população, a PNSB permitiu o maior acesso aos serviços de saúde bucal. Por meio da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a assistência odontológica de média complexidade foi ampliada e qualificada para reduzir as iniquidades de acesso aos serviços de saúde bucal especializados[1].

Nesse contexto, surgiu a necessidade de instrumentos capazes de avaliar e qualificar a oferta dos serviços de saúde bucal. Assim, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2011 como uma estratégia voltada a induzir a ampliação do acesso e a qualificação da atenção prestada no Sistema Único de Saúde (SUS)[3]. Em 2013, a estratégia foi adaptada no âmbito da atenção especializada odontológica, dando origem ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), criado para monitorar os serviços de saúde bucal e assegurar maior acesso e qualidade desses serviços à população[4].

Entre seus objetivos, destaca-se a consolidação de processos de gestão pautados no acompanhamento sistemático das ações e dos resultados dos CEO, de modo a fortalecer a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais em ofertar serviços especializados em saúde bucal com acesso e qualidade compatíveis com as necessidades da população[4]. A avaliação do desempenho desses serviços constitui um instrumento estratégico para aprimorar a gestão e o planejamento da saúde bucal nos municípios, permitindo identificar fragilidades, estabelecer prioridades de atendimento e organizar a demanda de forma mais equitativa, à luz dos determinantes sociais da saúde[5,6].

A forma como as políticas de saúde são implementadas, organizadas e geridas é determinante para assegurar a qualidade no acesso e na utilização dos serviços pela população que mais necessita[6,7]. Além disso, os indicadores de produção são necessários para o repasse de recursos relacionados ao PMAQ-CEO, contribuindo para que os padrões adequados de qualidade de saúde sejam equivalentes em todos os contextos sociais do País[5,7]. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi desenvolver e validar dois índices de avaliação dos CEO: o Índice Avaliativo de Gestão Operacional dos Centros de Especialidades Odontológicas (Iago-CEO), baseado em critérios de gestão operacional, e o Índice Avaliativo de Gestão Estratégica dos Centros de Especialidades Odontológicas (Iage-CEO), focado em gestão estratégica.

Material e métodos

Delineamento geral do estudo

Realizou-se um estudo metodológico, com base nos dados do 2º Ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil (PMAQ-CEO)[8]. Os dados estão disponibilizados em repositório institucional do Ministério da Saúde na página da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Os dados empregados nesta investigação foram extraídos do Módulo II de entrevistas, realizados com profissionais e gestores de 1.042 CEO do Brasil, no ano de 2018.

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 23458213.0.1001.5208 e Parecer nº 3.509.462) e conduzido em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde[9], que estabelece as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos.

Fonte de extração de dados

O Ministério da Saúde promoveu a adequação de critérios, parâmetros e ferramentas de avaliação para o 2º ciclo do PMAQ-CEO[8], estruturado em três fases complementares que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade dos CEO: 1) Adesão e contratualização; 2) Certificação; e 3) Recontratualização. É na segunda fase que ocorre a Avaliação Externa (AE), etapa operacional do programa que consiste na verificação *in loco* dos padrões de acesso e qualidade. O instrumento de AE do PMAQ-CEO está estruturado em módulos e subdimensões, a saber:

Módulo I – Observação no CEO: avalia as condições de estrutura, equipamentos, instrumentais e insumos do estabelecimento.

Módulo II – Entrevista com o gerente do CEO e um cirurgião-dentista de qualquer especialidade: coleta informações sobre o processo de trabalho, organização do serviço e do cuidado prestado aos usuários.

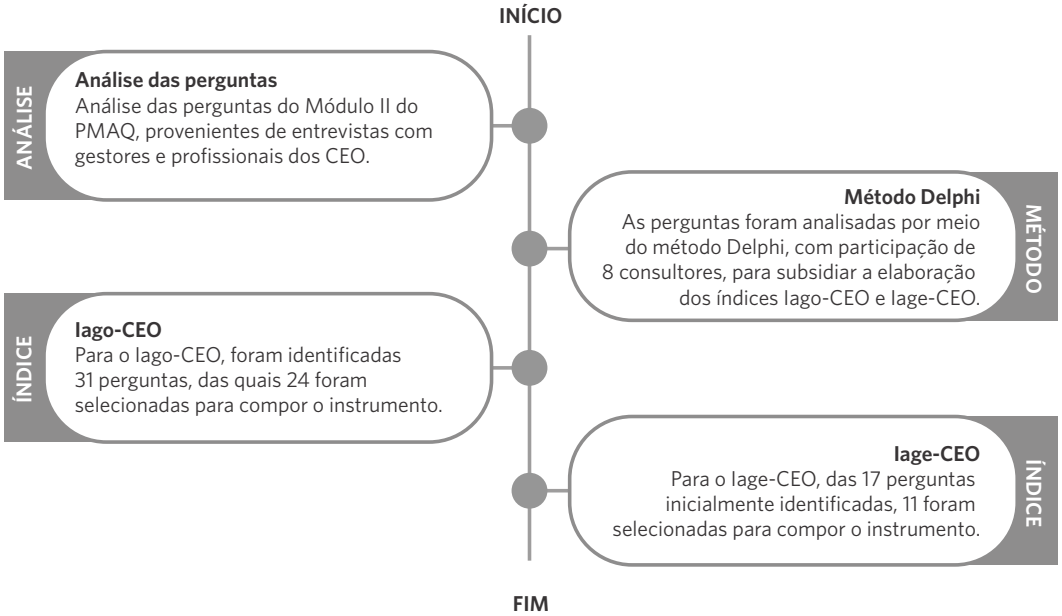
Módulo III – Entrevista com usuários no CEO: verifica a satisfação e percepção dos usuários quanto ao acesso e à utilização dos serviços especializados de saúde bucal.

A elaboração dos índices avaliativos apresentados neste estudo foi consolidada a partir das respostas obtidas no Módulo II, considerado central por contemplar dimensões relativas à gestão e à organização do cuidado.

Constituição do grupo de consultores

Foram convidados, por meio de correio eletrônico, oito participantes para desempenhar a função de consultores e contribuir para a construção dos índices. Como critério de elegibilidade, os participantes deveriam possuir expertise em gestão em saúde, políticas de saúde bucal e familiaridade com a temática do PMAQ-CEO. No convite enviado, foram incluídas as perguntas do Módulo II do PMAQ-CEO[8]. Os oito convidados toparam. O encontro de consenso ocorreu de forma presencial. Cada consultor apresentou as questões selecionadas, que foram discutidas individualmente. Considerando que o módulo exigia comprovação das respostas, o debate concentrou-se na possibilidade de reduzir o número de questões, priorizando aquelas com maior impacto para a composição dos índices. A definição final das perguntas ocorreu a partir do consenso estabelecido nos debates. A avaliação foi conduzida por meio do método Delphi, uma técnica estruturada de interação em múltiplas etapas cujo objetivo é obter consenso entre especialistas (*figura 1*)[10].

Figura 1. Percurso metodológico para construção dos índices. João Pessoa – Paraíba, 2025 Construção dos índices



Fonte: elaboração própria.

O Iago-CEO foi desenvolvido com base em critérios de gestão operacional, abrangendo a organização de prontuários, caracterização da demanda, organização da agenda e protocolos pactuados entre o CEO e a Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb) (*figura 1*). No presente estudo, o consenso analisou a pertinência das questões para a constituição do Iago-CEO inicialmente, foram levantadas 31 perguntas, das quais, 24 foram selecionadas para compor o instrumento (*quadro 1*).

De forma semelhante, o Iage-CEO foi desenvolvido com base em critérios de gestão estratégica, com foco em planejamento, avaliação, apoio matricial e educação permanente em saúde. O processo de construção do Iage-CEO seguiu a mesma metodologia aplicada ao Iago-CEO (*figura 1*). Foram levantadas perguntas do Módulo II de entrevistas com gestores e profissionais dos CEO, identificando questões relacionadas a gestão, planejamento, monitoramento, avaliação, apoio matricial e educação permanente em saúde[8]. Para esta etapa, foi utilizado o mesmo grupo de oito consultores do processo anterior, assegurando a uniformidade dos critérios de análise. Das 17 questões inicialmente identificadas, o consenso Delphi considerou pertinentes 11 delas, que compuseram o instrumento (*quadro 1*).

Quadro 1. Perguntas selecionadas do Módulo II do PMAQ-CEO para composição dos índices Iago-CEO e Iage-CEO. João Pessoa – Paraíba, 2025

Eixo	Perguntas
Protocolos clínicos	ii 9 4 4 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Periodontia?
	ii 9 4 1 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Cirurgia oral?

Quadro 1. Perguntas selecionadas do Módulo II do PMAQ-CEO para composição dos índices Iago-CEO e Iage-CEO. João Pessoa – Paraíba, 2025

Eixo	Perguntas
Protocolos clínicos	ii 9 4 2 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Endodontia?
	ii 9 4 3 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Pacientes com Necessidades Especiais (PNEs)?
	ii 9 4 5 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Estomatologia?
	ii 7 1 – O CEO utiliza prontuário clínico?
Prontuário eletrônico e integração	ii 7 6 – O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?
Contrarreferência	ii 9 5 2 1 – É realizada a contrarreferência para as equipes de Saúde Bucal da APS – através de sistema informatizado?
	ii 9 5 3 1 – É realizada a contrarreferência para as equipes de Saúde Bucal da APS – através do prontuário eAVletrônico?
	ii 9 5 1 1 – É realizada a contrarreferência para as equipes de Saúde Bucal da APS – através de ficha específica?
	ii 9 5 4 1 – É realizada a contrarreferência para as equipes de Saúde Bucal da APS – através de folha de receituário?
Gestão do cuidado e comunicação	ii 8 10 1 – O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença na consulta?
	ii 8 8 – O CEO sabe qual o percentual médio de absenteísmo no serviço?
	ii 8 10 2 – O CEO entra em contato com a Equipe de Saúde Bucal da Atenção Básica que referenciou o usuário?
	ii 8 10 3 – O CEO conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para confirmar a presença do usuário?
Gestão da agenda	ii 8 10 4 – O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponível no serviço (overbooking)?
	ii 8 5 1 – O CEO faz a gestão da lista de espera?
	ii 8 6 – O CEO utiliza algum(ns) critério(s) de priorização da lista de espera?
Fluxo de acesso às consultas	ii 9 2 – O CEO recebe o usuário referenciado da Unidade Básica de Saúde com documento de referência (impresso ou eletrônico)?
	ii 8 1 – O acesso às especialidades mínimas (Cirurgia, Endodontia, Periodontia, Estomatologia e PNEs) do CEO se dá por meio de qual demanda?
	ii 8 2 3 – A consulta é marcada pelo próprio paciente que recebe a ficha/encaminhamento da Unidade Básica de Saúde?
	ii 8 2 1 – A consulta é marcada pela Unidade Básica de Saúde?
	ii 8 2 2 – A consulta é marcada pelo próprio paciente junto à central de regulação de consultas especializadas?
	Iage-CEO
Gestão e coordenação	1.1 – O CEO possui gerente?
	1.4.1 – O gerente do CEO possui formação complementar em saúde coletiva?
Planejamento e avaliação	5.1.1. – As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas?
	18.1 – Foi realizada alguma atividade de planejamento das ações do CEO nos últimos 12 meses?
	18.2 – Neste(s) planejamento(s) são consideradas as sugestões/opiniões dos cirurgiões-dentistas?
	18.4 – A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?

Quadro 1. Perguntas selecionadas do Módulo II do PMAQ-CEO para composição dos índices Iago-CEO e Iage-CEO. João Pessoa – Paraíba, 2025

Eixo	Perguntas
Monitoramento e autoavaliação	5.5.1. – É realizado o monitoramento e a análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?
	5.6 – São realizados processos de autoavaliação periódicos pela equipe do CEO?
Integração com a Atenção Básica	6.2 – A equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes da Atenção Básica?
Educação permanente	17.1 – Os profissionais do CEO participam de ações de educação permanente em saúde?
	17.4 – As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?

Fonte: Brasil[8].

Para a pergunta 'O CEO possui gerente?', as respostas foram categorizadas da seguinte maneira: 'não possui gerente' (valor 0); 'sim, acumulando a carga de gerente e dentista' (valor 1); 'sim, acumulando a carga de gerente e coordenador de saúde bucal' (valor 1); e 'sim, dirigindo exclusivamente como gerente' (valor 2). Para as demais questões, foi atribuído o valor 1 para cada resposta afirmativa, enquanto as respostas negativas receberam o valor 0.

Análise estatística

Os dados foram tabulados e analisados no *software* Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, v.24, IBM)[11], considerando o nível de significância de 5%. Inicialmente, os dados foram analisados descritivamente, e correlações bivariadas foram analisadas pelo teste de correlação de Spearman. Variáveis com coeficiente de correlação abaixo de 0,3 com relação ao Iago-CEO foram excluídas da análise, considerando o valor de corte recomendado para estudos de análise fatorial[12,13]. Com base nesse critério, a pergunta 'As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?' (pergunta 17.4) foi excluída da análise e não considerada para o cálculo do Iage-CEO.

A análise fatorial exploratória para a constituição do Iage-CEO demandou a análise de 24 questões do questionário de AE do PMAQ-CEO (2º ciclo avaliativo)[8], das quais, 16 variáveis foram incluídas no modelo final, resultando em 4 fatores: Gestão da Lista de Espera, Absenteísmo, Prontuário Eletrônico e Protocolos Clínicos. Foram calculados o coeficiente alfa de Cronbach, a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação da amostragem e a significância do teste de Bartlett. A análise fatorial de componentes principais definiu quais variáveis compuseram os principais componentes do Iage-CEO. Associações estatisticamente significativas entre o Iage-CEO e a classificação dos CEO (obtida por meio da portaria de certificação) foram analisadas por regressão logística multinomial. Para essa análise, foi considerada uma amostra de 911 CEO, uma vez que nem todos aderiram ao 2º ciclo do PMAQ-CEO, embora todos tenham participado do processo de AE[8].

Equivalência semântica

Após calcular os índices, realizou-se análise descritiva da distribuição dos CEO que participaram do 2º ciclo do PMAQ-CEO[8]. Os valores foram analisados ainda em função da classificação dos CEO, de acordo com a portaria de certificação do 2º ciclo do PMAQ-CEO[8]. Esse critério de classificação foi utilizado, uma vez que a portaria de certificação se baseia no modelo de avaliação de Donabedian[14], fundamentado na análise da estrutura, processo

e resultado. Sendo assim, os pesquisadores buscaram validar o Iago-CEO e o Iage-CEO por meio da análise de correspondência desses índices com o processo avaliativo instituído e homologado pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Resultados

Iago-CEO

Os resultados demonstram que os parâmetros obtidos para o índice Iago-CEO indicam adequação estatística e consistência interna do modelo. A medida global de adequação amostral (KMO = 0,821) é considerada muito boa, revelando correlações suficientes entre as variáveis para a análise fatorial. O teste de esfericidade de Bartlett foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$), confirmando a pertinência da análise. A correlação interna das variáveis em cada fator foi significativa (> 0,385), indicando homogeneidade aceitável entre os itens. Já as correlações entre fatores apresentaram coeficientes < 0,300, sugerindo baixa colinearidade e evidenciando a distinção entre os construtos. A *tabela 1* apresenta as variáveis incluídas no modelo final, com os respectivos valores de correlação interna, medidas de adequação da amostra (KMO), carga fatorial e percentual da variância explicada.

Tabela 1. Variáveis incluídas na amostra (análise fatorial exploratória ajustada). João Pessoa – Paraíba, 2025

	Fatores				Medida de Adequação da Amostra (KMO)
	Gestão da Lista de Espera	Absenteísmo	Prontuário Eletrônico	Protocolos clínicos	
ii 9 4 4 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para periodontia?	0.987				0.700
ii 9 4 11 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para Cirurgia oral?	0.963				0.703
ii 9 4 2 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para endodontia?	0.950				0.532
ii 9 4 3 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para PNEs?	0.896				0.527
ii 9 4 5 1 – Existem protocolos clínicos pactuados que orientem o encaminhamento de pacientes da atenção básica aos CEO para estomatologia?	0.692				0.820
ii 7 6 – O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?		0.959			0.780
ii 7 4 – Existe prontuário eletrônico implantado?		0.934			0.789
ii 9 5 3 1 – É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS – através do prontuário eletrônico?		0.712			0.754
ii 9 5 2 1 – É realizada a contrarreferência para as Equipes de Saúde Bucal da APS – através de sistema informatizado?		0.600			0.813
ii 8 8 – O CEO sabe qual o percentual de absenteísmo no serviço, em média, no mês?			0.700		0.901

Tabela 1. Variáveis incluídas na amostra (análise fatorial exploratória ajustada). João Pessoa – Paraíba, 2025

	Fatores				Medida de Adequação da Amostra (KMO)
	Gestão da Lista de Espera	Absenteísmo	Prontuário Eletrônico	Protocolos clínicos	
ii 8 10 1 – O CEO entra em contato previamente com o usuário para confirmar a data e a presença do mesmo à consulta?			0.691		0.898
ii 8 10 2 – O CEO entra em contato com a equipe de saúde bucal da AB que referenciou o usuário?			0.590		0.951
ii 8 10 3 – O CEO conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde para confirmar a data e a presença do usuário à consulta?			0.570		0.865
ii 8 10 4 – O CEO agenda mais do que a quantidade de vagas disponível no serviço (overbooking)?			0.385		0.954
ii 8 5 1 – CEO faz a gestão da lista de espera?				0.864	0.750
ii 8 6 – O CEO utiliza algum(ns) critério(s) de priorização da lista de espera?				0.748	0.771
Carga fatorial	**4.11**	**2.67**	**1.81**	**1.33**	
Percentual da variância total	**25.71**	**16.66**	**11.32**	**8.30**	

Fonte: elaboração própria com base em Brasil[4].

A análise descritiva do índice e de seus componentes é apresentada na *tabela 2*. A análise revelou média de 7,42 do índice geral, com desvio-padrão igual a 3,47. O índice Iago-CEO e seus componentes apresentaram distribuição do tipo não normal, segundo o teste de Shapiro-Wilk. Correlações estatisticamente significativas entre o índice Iago-CEO, seus componentes e a nota de certificação dos CEO também são apresentados na *tabela 2*. Observou-se correlação estatisticamente significativa entre a nota de certificação do 2º ciclo de AE do PMAQ-CEO com o índice Iago-CEO e seus componentes. Entretanto, o maior coeficiente de correlação foi observado para o componente 'protocolos clínicos'.

Tabela 2. Dados descritivos e correlações bivariadas do índice Iago-CEO, seus componentes e a nota de certificação do 2º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-CEO. João Pessoa – Paraíba, 2025

	Estatística Descritiva										
							Shapiro-Wilk		Percentis		
	N	Omisso	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	W	p	25th	50th	75th
Iago	1042	0	7.420	3.475	0	16	0.970	<.001	5.00	8.00	10.00
Fator – Gestão lista de espera	1042	0	1.315	0.860	0	2	0.695	<.001	0.00	2.00	2.00
Fator – Absenteísmo	1042	0	1.934	1.526	0	5	0.904	<.001	0.00	2.00	3.00
Fator – Prontuário eletrônico	1042	0	0.520	1.158	0	4	0.500	<.001	0.00	0.00	0.00
Fator – Protocolos clínicos	1042 0		3.652	2.025	0	5	0.638	<.001	3.00	5.00	5.00

Tabela 2. Dados descritivos e correlações bivariadas do índice Iago-CEO, seus componentes e a nota de certificação do 2º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-CEO. João Pessoa – Paraíba, 2025

		Correlações Bivariadas					
		Fator – Protocolos clínicos	**Fator – Prontuário eletrônico**	**Fator – Absenteísmo**	**Fator – Gestão lista de espera**		**Iago**
Fator – Protocolos clínicos	Rho de Spearman	—					
	p-value	—					
Fator – Prontuário eletrônico	Rho de Spearman	0.167***	—				
	p-value	< .001	—				
Fator – Absenteísmo	Rho de Spearman	0.293***	0.111***	—			
	p-value	< .001	< .001	—			
Fator – Gestão lista de espera	Rho de Spearman	0.036	0.004	0.129***	—		
	p-value	0.244	0.890	< .001	—		
Iago	Rho de Spearman	0.715***	0.461***	0.711***	0.350***	—	
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	—	
Certificação PMAQ-CEO	Rho de Spearman	0.426***	0.173***	0.344***	0.110***	0.472	***
	p-value	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	

Fonte: elaboração própria.

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Na análise de regressão, verificou-se que o índice Iago-CEO é responsável por explicar 20,3% da variância da nota de certificação do 2º ciclo de AE do PMAQ-CEO[8]. Apenas o componente gestão da lista de espera não apresentou associação estatística com a nota de certificação do CEO. Observou-se, ainda, que, entre os quatro fatores identificados, os fatores 'Protocolos Clínicos' e 'Absenteísmo' foram os mais relevantes.

Iage-CEO

As frequências das respostas obtidas para as onze variáveis inicialmente consideradas para cálculo do Iage-CEO são ilustradas na *tabela 3*. Observou-se que os coeficientes de correlação variaram de 0,089 a 0,704 para o Iage-CEO com 11 itens, e de 0,089 a 0,705 para o Iage-CEO com 10 itens, todos com valores de p inferiores a 0,001, indicando uma relação estatisticamente significativa. As correlações mais fortes ocorreram entre os itens 18.4 e o índice Iage-CEO, com coeficientes de 0,704 (11 itens) e 0,705 (10 itens), seguidos pelos itens 18.2 e 18.1, que também apresentaram correlações elevadas, 0,642 e 0,635, respectivamente. O item 17.4, apresentou coeficiente de correlação abaixo de 0,3, sendo, portanto, excluído da análise e da composição do índice.

Assim, o Iage-CEO formado por 10 itens alcançou coeficiente padronizado de alfa de Cronbach igual a 0,777. A medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem foi igual a 0,785. A significância do teste de esfericidade de Bartlett foi p < 0,001. Sendo assim, pode-se afirmar que as variáveis que compuseram o Iage-CEO (10 itens) apresentaram consistência adequada. A análise de componentes principais mostrou que 49,95% da variância do Iage-CEO é explicada por dois componentes principais, sendo eles: i) Planejamento em equipe e Educação Permanente em Saúde (itens 18.1, 18.2, 18.4 e 17.1); e ii) Gestão, Avaliação e Matriciamento do CEO (itens 1.1, 1.4.1, 5.1.1., 5.5.1.,5.6 e 6.2).

A *tabela 3* também ilustra a correlação estatisticamente significativa com a classificação dos CEO, sendo obtido coeficiente de correlação igual a 0,587 (correlação forte, p < 0,001). A regressão logística multinomial apresentou coeficiente de determinação (pseudo r-squared Cox-Snell) de 36,9%.

Tabela 3. Frequência das respostas obtidas e análise de regressão entre as variáveis do Iage-CEO, seus componentes e a nota de certificação do 2º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-CEO. João Pessoa – Paraíba, 2025

Frequência de Respostas			
		Contagem	% de N da subtabela
1.1 O CEO possui gerente?	Não	48	4,6%
	Sim, acumula	591	56,7%
	Sim, exclusivo	403	38,7%
1.4.1 O gerente do CEO possui formação complementar em saúde coletiva	Não	785	75,3%
	Sim	257	24,7%
5.1.1. As ações desenvolvidas neste CEO são frutos de planejamentos e avaliações periódicas?	Não	299	28,7%
	Sim	743	71,3%
5.5.1. É realizado o monitoramento e a análise das metas estabelecidas para cada especialidade ofertada no CEO?	Não	210	20,2%
	Sim	832	79,8%
5.6 São realizados processos de autoavaliação de forma periódica pela equipe do CEO?	Não	260	25,0%
	Sim	782	75,0%
18.1 Foi realizado alguma atividade de planejamento das ações do CEO nos últimos 12 meses?	Não	194	18,6%
	Sim	848	81,4%
18.2 Neste(s) planejamento(s) é(são) levado(s) em consideração as sugestões/opiniões dos cirurgiões-dentistas?	Não	202	19,4%
	Sim	840	80,6%
18.4 A equipe do CEO realiza avaliação das ações planejadas/programadas?	Não	324	31,1%
	Sim	718	68,9%
6.2 A equipe do CEO realiza o matriciamento ou ações de apoio para as equipes da Atenção Básica?	Não	139	13,3%
	Sim	903	86,7%
17.1 Os profissionais do CEO município participam de ações de educação permanente em saúde?	Não	303	29,1%
	Sim	739	70,9%
17.4 As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe do CEO?	Não Contempla necessidade	38	3,6%
	Contempla necessidades	1.004	96,4%

Análise de Regressão							
						IC 95%	
Classificação CEO		B	Wald	p-valor	OR	Lim. Inf.	Lim. Sup
Ruim	Intercepto	2,182	24,533	< 0,001			
	Iage-CEO	- 0,215	10,766	0,001	0,806	0,709	0,917
Regular	Intercepto	0,561	1,312	0,252			
	Iage-CEO	- 0,008	,014	0,907	0,992	0,865	1,137
Bom	Intercepto	- 0,894	2,938	0,087			
	Iage-CEO	0,256	13,359	< 0,001	1,292	1,126	1,482
Muito bom	Intercepto	- 4,227	47,733	< 0,001			
	Iage-CEO	0,775	100,588	< 0,001	2,170	1,865	2,524
Ótimo	Intercepto	-11,979	18,834	< 0,001			
	Iage-CEO	1,224	18,256	< 0,001	3,401	1,940	5,964

Fonte: elaboração própria, com base em Brasil[4].

O modelo foi considerado ajustado ($p < 0,05$). Observou-se que o Iage-CEO foi associado significativamente aos conceitos de classificação Bom, Muito Bom e Excelente. Verificou-se que quanto maior o Iage-CEO, maior a probabilidade de atingir maior classificação. O aumento do Iage-CEO está associado à redução da probabilidade de atingir a classificação 'Ruim'.

Discussão

O Iago-CEO foi obtido através de uma análise fatorial exploratória, a qual incluiu a avaliação de 24 questões do Questionário de Avaliação Externa do PMAQ-CEO (2º Ciclo Avaliativo)[8]. Entre essas questões, 16 variáveis foram selecionadas para compor o modelo final, resultando em quatro fatores distintos: gestão da lista de espera, absenteísmo, prontuário eletrônico e protocolos clínicos. No presente estudo, foi possível constatar correlações estaticamente significativas entre o Iago, seus quatros fatores, em especial, o de protocolos clínicos, e a nota de certificação dos CEO. Esses resultados demonstram que o Iago-CEO pode ser uma métrica confiável e relevante para avaliação de desempenho dos CEO no contexto de gestão operacional do PMAQ-CEO.

De acordo com Galdino et al.[15], utilizar ferramentas que auxiliam no gerenciamento e na gestão de qualidade, exemplificada pelo processo de certificação, pode nortear o aprimoramento dos serviços de saúde ofertados para a população. Essa abordagem possibilita a identificação, o entendimento e, consequentemente, a resolução de problemas no cenário da prestação de serviços. Nesse contexto, reforça-se a adoção do Iago-CEO, visto que, conforme observado neste estudo, o índice demonstra uma capacidade explicativa significativa de 20,3% da variância observada na nota de certificação do PMAQ-CEO. Sabendo que o Iago-CEO reflete na nota de certificação, esse instrumento pode auxiliar na predição de desempenho do CEO. Pode-se considerar que o resultado, por ser imediato, permite qualificar a ação gestora, além de poder ser aplicado em intervalos de tempo menores, o que favorece o processo de monitoramento dos serviços.

Os resultados deste estudo dialogam com as evidências produzidas no 2º Ciclo do PMAQ-CEO, que representou um marco nacional no planejamento e na avaliação da atenção especializada em saúde bucal[8]. As análises conduzidas pelo programa evidenciaram avanços, mas também destacaram desafios relacionados à gestão dos serviços, integração com a Rede de Rasb e necessidade de maior articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS)[16]. Nesse sentido, os índices Iago-CEO e Iage-CEO complementam as contribuições do PMAQ-CEO ao oferecer parâmetros específicos para avaliar dimensões operacionais e estratégicas, ampliando as possibilidades de diagnóstico situacional e gestão dos CEO. Assim, os instrumentos aqui desenvolvidos se apresentam como ferramentas adicionais que podem potencializar os resultados já alcançados pelo PMAQ-CEO, reforçando o papel estratégico da avaliação em saúde para o fortalecimento do SUS.

Além disso, um índice que se destaca pela interpretação da realidade de um sistema a partir de um conjunto de variáveis revela-se não somente um instrumento preditivo, mas, também, uma ferramenta promissora para orientar os processos de tomada de decisão[17]. Para a gestão em saúde, contar com a predição de um instrumento, como o Iago-CEO, pode transformar o ambiente em um local de funcionamento articulado, visando a assegurar o acesso dos usuários e oferecer serviços de alta qualidade à comunidade. Por ser uma ferramenta de gestão simples, específica e voltada para o CEO, o Iago-CEO pode ser facilmente entendido pelos gestores, que poderão lançar políticas de melhoria apropriadas, com recursos destinados de forma eficiente, e, como consequência, obter qualidade nos serviços prestados.

De acordo com Figueiredo et al.[18], para operacionalização da PNSB, é importante a

aplicabilidade dos modelos de avaliação por desempenho visando à melhoria dos serviços, comprometimento dos profissionais e alcance das metas pactuadas, mesmo considerando as desigualdades contextuais existentes. Para tanto, é necessário que o gestor avalie todos os processos que estão diretamente ou indiretamente correlacionados com o desempenho da equipe de saúde do CEO. Um dos métodos de avaliação por desempenho é a autoavaliação dos serviços. A autoavaliação do CEO é considerada um método de mensuração dos fenômenos, ou do desempenho, e seus resultados com base nos critérios e metas pré-estabelecidas, que envolve o monitoramento da produtividade para garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde[19]. O Iago-CEO também pode ser aplicável ao processo de autoavaliação, uma vez que envolve, também, fatores que estão intimamente relacionados com o processo de autoavaliação e na organização do processo de trabalho da equipe, como, por exemplo, protocolos clínicos, prontuário eletrônico e lista de espera.

A autoavaliação já foi analisada quanto a seu impacto nos indicadores de produção e certificação dos CEO no estudo de Martins et al.[20]. O estudo identificou que os CEO que fazem o processo de autoavaliação estão passíveis de alcançar melhores índices de produção, além de terem maiores chances de conseguirem melhores faixas de certificação. Isso também é discutido pelo estudo de Filgueiras et al.[19], que demonstra em seus resultados que os CEO que não utilizam a ferramenta de autoavaliação apresentam queda na produtividade. O Iago-CEO apresentou correlações estatisticamente significativas com a nota de certificação dos CEO e o componente de protocolos clínicos. Desse modo, pode-se inferir que o Iago-CEO não se restringe apenas a um instrumento de AE, mas também pode ser utilizado na autoavaliação dos CEO devido a seus componentes e sua relação positiva com fatores, demonstrados pelos estudos supracitados, influentes nesse processo.

O teste de esfericidade de Bartlett é uma ferramenta estatística fundamental utilizada na análise fatorial exploratória para avaliar se as variáveis observadas são correlacionadas o suficiente para justificar a utilização da análise fatorial[21,22]. No contexto do estudo sobre o índice Iago-CEO, o teste de esfericidade de Bartlett desempenhou um importante papel para validação dos dados utilizados na análise fatorial exploratória. Os resultados indicaram que o teste foi estatisticamente significativo, o que sugere que as variáveis estavam suficientemente correlacionadas para justificar a aplicação da análise fatorial exploratória.

A significância estatística do teste de esfericidade de Bartlett é um indicativo de que as variáveis incluídas no modelo têm relações significativas entre si, o que é fundamental para a identificação de fatores subjacentes por meio da análise fatorial exploratória[21,22]. Neste estudo, a confirmação da significância estatística do teste fortalece a validade dos resultados da análise fatorial, proporcionando uma base sólida para a interpretação dos fatores identificados. Além disso, a medida global de adequação amostral (KMO) era adequada para a análise fatorial. A combinação dos resultados do teste de esfericidade de Bartlett e do KMO sugere que as variáveis avaliadas no contexto do Iago-CEO foram bem correlacionadas e que o modelo de análise fatorial foi apropriado para extrair fatores subjacentes que explicam a estrutura dos dados.

Com relação ao Iage-CEO, verificou-se que a maioria dos gerentes, cerca de três quartos, não possui pós-graduação em saúde coletiva. Esse percentual é elevado, sobretudo diante da complexidade da gestão em saúde pública, que demanda formação específica para o desempenho adequado das funções gerenciais[23]. A falta de qualificação pode comprometer a condução das atividades, a tomada de decisões e a utilização eficiente dos recursos e tecnologias disponíveis, aspectos fundamentais para assegurar a eficácia dos serviços prestados à comunidade[24]. Nesse sentido, a presença de gestores com formação especializada constitui um diferencial importante, pois permite adotar uma visão crítica sobre as demandas de

saúde da população, sem perder a perspectiva humanizada, e promover maior eficiência e efetividade na organização e execução das ações em saúde[25].

Segundo Almeida-Filho[26], os processos de ensino transcendem o esperado nas formações de graduação e na capacitação profissional. Recomenda-se, portanto, uma análise crítica e plausível acerca da formulação de novos profissionais no sistema de ensino superior. Ressalta-se, ainda, a relevância das universidades federais no cenário nacional e internacional, considerando seu papel central na produção de conhecimento e no avanço científico. Na área da saúde, as iniquidades são discutidas desde os primeiros momentos da formação em saúde pública no País, o que evidencia a necessidade de preparar profissionais com arcabouço técnico e gerencial robusto, capazes de enfrentar os desafios impostos pela complexidade do SUS.

Entretanto, os ricos são os que mais se beneficiam de todos os sistemas, inclusive do SUS e das universidades, em razão da junção entre ensino e pesquisa nas mais variadas instituições de saúde pública do Brasil. Sobre matriciamento, mesmo mostrando um quantitativo alto de uso da ferramenta, é importante que os demais centros possam fazer uso desse instrumento em sua gestão. Para Campos[27], matriciamento ou apoio matricial é caracterizado por um agrupamento de duas ou mais equipes que tenham uma expertise interdisciplinar que consigam trabalhar em conjunto de forma compartilhada para construção e/ou intervenção sobre determinado problema.

Usar o matriciamento junto à Atenção Básica à Saúde tem o poder de aproximar os saberes dos profissionais e, consequentemente, aumentar a resolubilidade dos problemas e o enfrentamento do processo saúde-doença da população. As ações e os serviços realizados no CEO devem estar em consonância com as necessidades de saúde da população, visto que a linha de cuidado deve seguir a Rasb. Assim, é possível alcançar maior eficiência diante dos obstáculos postos no cotidiano. Cuidado em saúde nada mais é que humanização do atendimento, olhar ampliado ao paciente e articulação da rede de cuidado[28]. O processo de planejamento em saúde deve constituir-se como um espaço estratégico, com objetivos bem definidos e alinhados às necessidades dos usuários, de modo a garantir a efetividade e os resultados das ações propostas planejadas.

Apesar da substituição do PMAQ-CEO pelo Programa Previne Brasil (PPB)[29], a existência de instrumentos validados, como o Iago-CEO e o Iage-CEO, contribui para a manutenção de uma lógica avaliativa baseada em evidências, oferecendo parâmetros objetivos e aplicáveis ao monitoramento da qualidade no nível secundário da atenção em saúde bucal. Esses índices permitem que gestores identifiquem fragilidades e potencialidades dos serviços especializados, garantindo a continuidade do acompanhamento sistemático mesmo em um cenário de mudanças institucionais. Dessa forma, o legado do PMAQ-CEO é ressignificado por meio de ferramentas que podem apoiar novas estratégias de avaliação e planejamento da PNSB.

Outro aspecto importante refere-se à relação entre teoria e prática no desenvolvimento dos dois índices. A distinção entre gestão operacional e gestão estratégica fundamenta a necessidade de instrumentos específicos, mas que se complementam na análise do desempenho dos CEO. Enquanto o Iago-CEO foca nos aspectos imediatos do funcionamento do serviço, como protocolos clínicos, lista de espera e absenteísmo, o Iage-CEO se volta para processos mais amplos, como planejamento, apoio matricial e educação permanente. Essa complementaridade permite uma leitura integrada da realidade: a gestão operacional revela a eficiência no cotidiano, enquanto a gestão estratégica evidencia a capacidade de sustentar e qualificar o cuidado em médio e longo prazos. Assim, os dois instrumentos, juntos, articulam teoria e prática, ampliando a aplicabilidade dos resultados na gestão em saúde bucal.

Nesse sentido, os instrumentos desenvolvidos podem beneficiar diretamente a Rasb ao fornecer parâmetros objetivos de avaliação e monitoramento da gestão dos CEO, permitindo identificar gargalos e propor intervenções mais

precisas. Por exemplo, a análise do Iago-CEO pode revelar falhas na organização de agendas ou no registro de prontuários, facilitando ajustes imediatos para melhorar o acesso. Já o Iage-CEO pode evidenciar fragilidades no planejamento e na educação permanente, apoiando a formulação de estratégias de capacitação e de integração entre pontos da rede. Dessa forma, os índices funcionam como ferramentas práticas para gestores e profissionais, potencializando a tomada de decisão e fortalecendo a Rasb para além do matriciamento.

Por fim, como limitação deste estudo, ressalta-se que, diferentemente do PMAQ-CEO, cuja metodologia associa o desempenho das equipes ao alcance de metas e indicadores de produção específicos, os presentes instrumentos fundamentam-se apenas nas respostas de gestores e profissionais, sem articulação direta com os dados de produção. Uma análise que integre, simultaneamente, indicadores objetivos de desempenho e percepções dos entrevistados deverá ser realizada em investigações complementares. Ainda assim, os resultados obtidos reforçam a relevância dos instrumentos elaborados, e recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos que explorem a aplicabilidade dos índices Iago-CEO e Iage-CEO em diferentes contextos e realidades, de modo a ampliar sua utilização e consolidar sua validade no fortalecimento da gestão em saúde bucal especializada.

Conclusões

Os índices Iago-CEO e Iage-CEO apresentam associação significativa com as classificações 'Bom', 'Muito Bom' e 'Ótimo' no processo de certificação dos CEO pelo PMAQ-CEO, evidenciando que valores mais altos estão relacionados a melhores desempenhos e menor probabilidade de enquadramento na classificação 'Ruim'. Esses resultados reforçam a validade dos instrumentos como ferramentas de avaliação e monitoramento da gestão dos CEO.

A construção dos índices, fundamentada em aspectos estratégicos e operacionais da gestão, como planejamento, avaliação, monitoramento, organização de prontuários e de agendas, possibilitou identificar elementos que qualificam a gestão para além da infraestrutura física. Dessa forma, os instrumentos desenvolvidos contribuem não apenas para apoiar processos de certificação, mas, também, para orientar gestores na tomada de decisão e no aprimoramento contínuo da rede de atenção à saúde bucal especializada.

Colaboradores

Cruz DF (0000-0002-1948-3650)* contribuiu para concepção do estudo, bem como para coleta, análise e interpretação dos dados. Carvalho LIM (0000-0001-7605-1523)* e Araújo EGO (0000-0001-7107-6107)* contribuíram para redação do manuscrito. Lucena EHG (0000-0003-3431-115X)* contribuiu para revisão crítica do manuscrito. Cavalcanti YW (0000-0002-3570-9904)* contribuiu para análise e interpretação dos dados do manuscrito. Lima-Filho LMA (0000-0001-8841-8433)* e Vianna RPT (0000-0002-5358-1967)* contribuíram para a revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Política Nacional de Saúde Bucal: ações estratégicas para implementar as diretrizes da Lei n.º 14.572/23. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025. 38 p.

2. Chequer TPR, Santos AM. Organização de Centros de Especialidades Odontológicas numa Região de Saúde na Bahia. Physis. 2021;31(03):e310324. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310324

3. Ministério da Saúde (BR). Portarias PMAQ. Ministério da Saúde [Internet]. 2023 jun 21 [acesso em 2025 set 30]; Composição. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/portarias

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: instrumento de avaliação externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. 48 p.

5. Thomaz EBAF, Sousa GMCD, Queiroz RCDS, et al. Avaliação do cumprimento das metas de produtividade em Centros de Especialidades Odontológicas no Maranhão, 2011. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(4):807-18. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400014

6. Gonçalves JRSN, Ditterich RG, Gonçalves RN, et al. Desempenho dos Centros de Especialidades Odontológicas da 2ª Regional de Saúde do Paraná. Cad saúde colet. 2018;26(4):432-8. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040429

7. Leal RVS, Emmi DT, Araújo MVA. Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. Physis. 2021;31(2):e310205. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310205

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO): manual instrutivo 2º ciclo (2015-2017) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [atualizado em 2022 set 29; acesso em 2025 set 30]. 40 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pmaq/ciclos-do-pmaq-ab/2o-ciclo/manuais-pmaq/manual_pmaqceo_preliminar.pdf

9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n.º 466, de 12 dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso em 2025 set 30]; Edição 112; Seção I:59-62. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view

10. Jaam M, Awaisu A, El-Awaisi A, et al. Use of the Delphi technique in pharmacy practice research. Res Social Adm Pharm. 2022;18(1):2237-48. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.028

11. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2016.

12. Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Multivariate Data Analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2010.

13. Tavakol M, Wetzel A. Factor analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. Int J Med Educ. 2020;11:245-7. DOI: https://doi.org/10.5116/ijme.5f96.0f4a

14. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. Int J Qual Health Care. 1996;8(4):401-7. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/8.4.401

15. Galdino SV, Reis EMB, Santos CB, et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. Rev Gestão Saúde. 2016;7(1):1023-57.

16. Goes PSA, Figueiredo N, Lucena EHG, et al. O PMAQ e as contribuições ao planejamento e avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas [Internet]. São Paulo: FOUSP; 2021 [acesso em 2025 set 30]. 2 v. E-book. Disponível em: https://www.ufpe.br/cecol/publicacoes

17. Siche R, Agostinho F, Ortega E, et al. Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. Ambiente Soc. 2007;10(2):137-48. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-753X2007000200009

18. Figueiredo N, Gaspar GS, Almeida DRS, et al. Observatório de Saúde Bucal/UFPE: ações estratégicas de gestão da informação e de saúde digital em saúde bucal para melhoria da governança no SUS. Rev ABENO. 2021;21(1):1644. DOI: https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1644

19. Filgueiras LV, Cabreira FDS, Hugo FN, et al. Influence of self-assessment for improving access and quality in the outpatient procedures in the Dental Specialties Centers. Ciênc saúde coletiva. 2022;27:253-61. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39622020

20. Martins YVM, Protasio APL, Ferreira MAS, et al. A autoavaliação como fator importante para o desempenho dos centros de especialidades odontológicas. Contrib Ciencias Soc. 2024;17(1):1136-49. DOI: https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-062

21. Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. Opin Publica. 2010;16(1):160-85. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-62762010000100007

22. Fhongyu K. Análise fatorial exploratória: resumo teórico, aplicação e interpretação. E&S Eng Sci. 2018;7(4):88-103. DOI: https://doi.org/10.18607/ES201877599

23. Iglesias A, Garcia DC, Pralon JA, et al. Educação permanente no Sistema Único de Saúde: concepções de profissionais da gestão e dos serviços. Psicol Cienc Prof. 2023;43:e255126. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003255126

24. Novaes MA, Benetasso MA, Iwata JK, et al. Fragilidade na capacitação de gestores para atuar na gestão pública da saúde. Rev Adm Saúde. 2024;24(94):e376. DOI: https://doi.org/10.23973/ras.94.376

25. Upadhyay K, Goel S, John P. Developing a capacity building training model for public health managers of low and middle income countries. PLoS One. 2023;18(4):e0272793. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272793

26. Almeida-Filho NA. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(6):1677-82. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019

27. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc saúde coletiva. 1999;4(2):393-403. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200013

28. Brito CDS, Santos HLPCD, Maciel FBM, et al. Institutional support in Primary Health Care in Brazil: an integrative review. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(4):1377-88. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.00212021

29. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.979, de 13 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 nov 13 [acesso em 2025 set 30]; Edição 220; Seção I:97-99. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/legislacao/portaria-no-2979-2019/view

Recebido em 10/07/2025
Aprovado em 11/10/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão disponíveis sob demanda, condição justificada no manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Manoelito Ferreira Silva Junior

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Regulação sanitária de produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação no Brasil: características e trajetória normativa

Sanitary regulation of cannabis-derived products authorized for importation in Brazil: Characteristics and regulatory trajectory

Gabriel Gouveia Clemente[1], Cátia Verônica dos Santos Oliveira[2], Marina Fajardo Villela Martins Pompílio da Hora[3], Elaine Silva Miranda[1], Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro[2], Ângela Fernandes Esher Moritz[2], Cláudia Du Bocage Santos Pinto[4]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710408P

RESUMO A regulação de produtos derivados de *Cannabis* para fins medicinais no Brasil é tema de grande importância na atualidade, mas enfrenta desafios relacionados à importação, segurança e eficácia dos produtos. O objetivo do estudo foi analisar o panorama regulatório dos produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação no Brasil. Trata-se de estudo descritivo, baseado na análise das listas publicadas pela Anvisa, entre 2015 e 2024, sobre produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação. Analisaram-se, também, os produtos contidos na última lista de 2023, frente aos parâmetros estabelecidos pelas normativas vigentes. A análise das listas revelou aumento contínuo no número de produtos, com 577 itens a mais desde 2015. Observou-se que 69,2% dos produtos não especificavam a concentração de CBD e THC, e 13,2% apresentaram informações indevidas nos rótulos. Dos 542 produtos analisados, 347 eram dos Estados Unidos da América, e 17 (5%) apresentaram irregularidades registradas pelo Food and Drug Administration. A atual lacuna regulatória relacionada aos produtos derivados de *Cannabis* autorizados à importação permite sua entrada no País sem garantia de adequação sanitária. É urgente a implementação de regulação adequada para esses produtos, definindo aspectos legais e técnicos, visando à garantia de produtos seguros e de qualidade para a população.

PALAVRAS-CHAVE *Cannabis*. Canabidiol. Legislação de medicamentos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

[1] Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

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

[3] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[4] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Faculdade de Medicina (Famed) – Campo Grande (MS), Brasil.
bocage.santos@ufms.br

ABSTRACT *The regulation of cannabis-derived products for medicinal purposes in Brazil is currently a topic of great importance, but faces challenges related to importation, safety, and efficacy of these products. The aim of this study was to analyze the regulatory framework of cannabis-derived products authorized for importation in Brazil. This is a descriptive study, based on the analysis of lists published by Anvisa, between 2015 and 2024, concerning cannabis-derived products authorized for importation. The products included in the most recent 2023 list were also analyzed against the parameters established by current regulations. The analysis revealed a continuous increase in the number of products, with 577 additional items since 2015. It was observed that 69.2% of the products did not specify CBD and THC concentrations, and 13.2% presented inaccurate information on labels. Of the 542 products analyzed, 347 originated from the United States, and 17 (5%) had irregularities reported by the Food and Drug Administration (FDA). The current regulatory gap regarding cannabis-derived products authorized for importation allows their entry into the country without ensuring sanitary compliance. The urgent implementation of adequate regulation is required, defining legal and technical aspects to guarantee safe and high-quality products for the population.*

KEYWORDS *Cannabis. Cannabidiol. Legislation, drug. Brazilian Health Surveillance Agency.*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A *Cannabis sativa* é uma planta que há séculos vem sendo utilizada com fins medicinais, mas que apenas na atualidade passou a ser estudada com maior rigor científico na busca de comprovação das suas possíveis indicações médicas[1]. A planta possui mais de 400 componentes, entre eles, os fitocanabinoides, sendo o tetrahidrocanabinol (THC) e o Canabidiol (CBD) os mais conhecidos e estudados[2].

Na atualidade, há apenas um produto derivado da *Cannabis*, considerado medicamento, disponível no Brasil. No mundo, esses também são poucos[3]. Indicações desses produtos, baseadas em alguma evidência, e caracterizando o uso medicinal de *Cannabis*, na atualidade, dizem respeito às epilepsias consideradas refratárias a outros medicamentos; esclerose múltipla; náuseas relacionadas a tratamentos oncológicos; como estimulantes de apetite; e na analgesia, como adjuvantes em dores neuropáticas[4-6].

Em paralelo a isso, existem os produtos que não são medicamentos, e que foram alocados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) dentro de uma nova categoria regulatória: produtos derivados de *Cannabis*. No Brasil, a normatização que versa a respeito da utilização desses produtos ganhou força a partir de 2014, com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), que tratou do uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias em crianças e adolescentes refratários aos tratamentos convencionais[7]. Desde então, a temática trouxe novos contornos, e outras regulamentações passaram a tratar das possibilidades de acesso aos produtos derivados de *Cannabis* para fins medicinais no Brasil.

Atualmente em vigor, destacam-se a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 327, de 9 de dezembro de 2019, e a RDC nº 660, de 30 de março de 2022. A primeira autoriza a fabricação, importação e comercialização de produtos derivados de *Cannabis* no Brasil, permitindo que a venda seja feita em farmácias comerciais, com prescrição médica e perante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, determina que os produtos contendo como ativos exclusivamente fitofármacos da *Cannabis sativa* devem possuir, predominantemente, canabidiol (CBD), e não mais que 0,2% de tetrahidrocanabinol (THC), sendo as formulações com teor acima de 0,2% de THC restritas a situações de cuidados paliativos[8].

Já a RDC nº 660/2022 estabelece os critérios e procedimentos para a importação de produtos derivados de *Cannabis* por pessoas físicas, mediante prescrição médica, instituindo um processo simplificado de autorização das importações. Desde então, as solicitações depositadas pelos pacientes provocaram a Anvisa a publicar, periodicamente, atos administrativos com listas que discriminam os produtos contendo *Cannabis* autorizados para importação[9].

O mercado da *Cannabis* medicinal cresce a cada ano no Brasil e no mundo. No País, registrou um movimento de cerca de R$ 850 milhões em 2024, com projeções de ampla expansão nos próximos anos[10]. E esse contexto é dominado, principalmente, pelas empresas estrangeiras, que hoje direcionam seus produtos para o País, a partir das autorizações individuais que permitem a entrada dos produtos importados no Brasil.

A regulação dos produtos derivados de *Cannabis* se coloca como mais um desafio entre os diversos que a Anvisa enfrentou desde a sua criação. E, assim como no Brasil, em vários países, a regulação de *Cannabis* tem trazido controvérsias regulatórias[11,12]. As lacunas existentes no contexto nacional trazem preocupações relacionadas à eficácia e à segurança desses produtos e à saúde da população[3]. Diante disso, o objetivo do estudo foi analisar o panorama regulatório atual dos produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação no Brasil.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de desenho transversal, de natureza descritiva, que analisou as listas de produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação pela Anvisa, publicadas entre maio de 2015 e abril de 2024. Essas representam a primeira e a última lista publicadas dentro do período de realização do estudo.

Todas as fontes de dados eram de domínio público e incluíam resoluções, notas técnicas, além de *sites* de internet dos fabricantes e das agências regulatórias dos países de origem dos produtos. As listas de produtos de derivados de *Cannabis* foram obtidas no *site* da Anvisa. Aquelas que não puderam ser obtidas diretamente foram solicitadas à Agência, via portal da transparência[13]. Para análise do crescimento do número de produtos, foram comparadas versões das listas publicadas entre 2015 e 2024. A Nota Técnica nº 57/2023 foi utilizada para análise dos produtos, por ser a lista vigente à época do início da coleta de dados.

Informações complementares foram obtidas nos *sites* dos fabricantes e das agências reguladoras dos países de origem. As variáveis analisadas incluíram nome comercial, fabricante, país de origem e composição dos produtos (tipos e concentração de canabinoides). Outras variáveis relacionadas a aspectos contidos nas RDC nº 327/2019 e RDC nº 660/2022 também foram buscadas nos *sites* das próprias empresas, tais como: forma farmacêutica, via de administração, presença de informações sobre a classificação e composição dos produtos, presença de informações nos rótulos dos produtos, existência de certificado de análise; existência de relatório dos testes/estudos de estabilidade realizados pela empresa produtora, e existência de documentação técnica sobre a qualidade do produto.

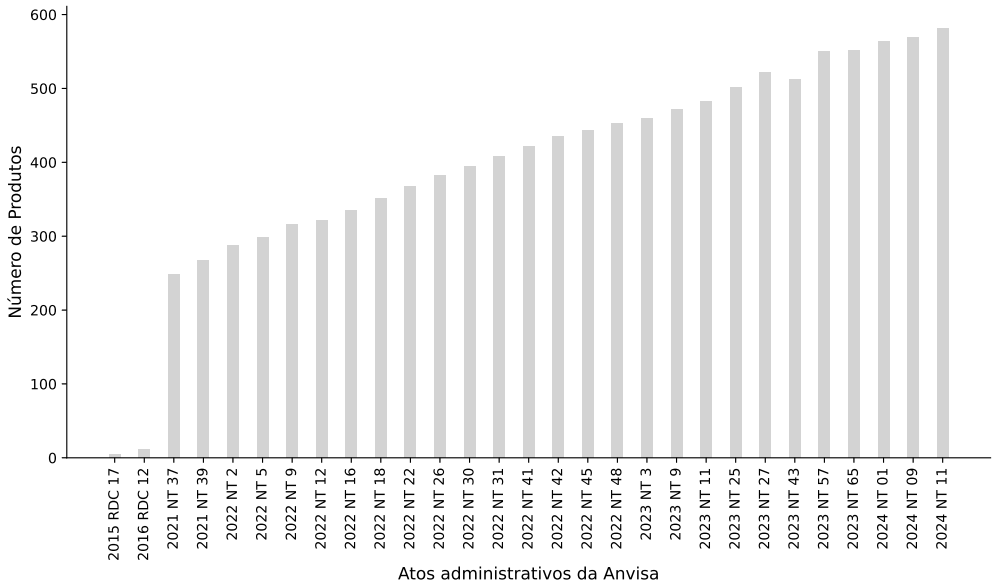
As análises tiveram abordagens qualitativas e quantitativas, e se dividiram em três grupos: i) comparação das listas publicadas entre os anos de 2015 e 2024 – nessa etapa, as análises foram descritivas e comparativas entre as versões das listas, observando-se mudanças no número de produtos ao longo dos anos e verificando o quantitativo e o qualitativo dessa diferença, avaliando o número de produtos únicos novos de uma lista em relação as outras; ii) análise da conformidade com a legislação vigente – nessa etapa, foram consideradas as determinações contidas nas RDC nº 327/2019 e RDC nº 660/2022. Por mais que a primeira verse especificamente sobre os produtos com autorização de fabricação e comercialização no País, e não especificamente sobre os importados, as análises buscaram ilustrar exatamente a adequação, ou não, dos produtos importados aos parâmetros estabelecidos por essa normativa. Entendeu-se essa análise como relevante para a constatação de eventuais diferenças entre os produtos das duas categorias (importados e autorizados para fabricação e comercialização) disponíveis ao consumo no País, uma vez que a finalidade do uso é a mesma, independentemente da categoria; iii) análise do status regulatório dos produtos em seus países de origem – nessa etapa, irregularidades nos produtos importados foram verificadas por meio de pesquisa nos *sites* das respectivas agências regulatórias.

Resultados

Evolução das listas e dos produtos autorizados para importação

A análise das listas de produtos autorizados para importação, publicadas por meio de atos administrativos da Anvisa, revelou um aumento contínuo no número de itens desde a primeira publicação, em 2015, até a última lista analisada, de janeiro de 2024. Inicialmente, as listas de 2015 e 2016 foram publicadas por meio de RDC; a partir de 2017, passaram a ser divulgadas como notas técnicas. Foram observados 29 atos administrativos ao longo de nove anos. A última lista analisada, presente na Nota Técnica nº 11/24, continha 582 produtos autorizados para importação, refletindo um aumento de 577 itens desde a primeira lista de 2015 (*gráfico 1*).

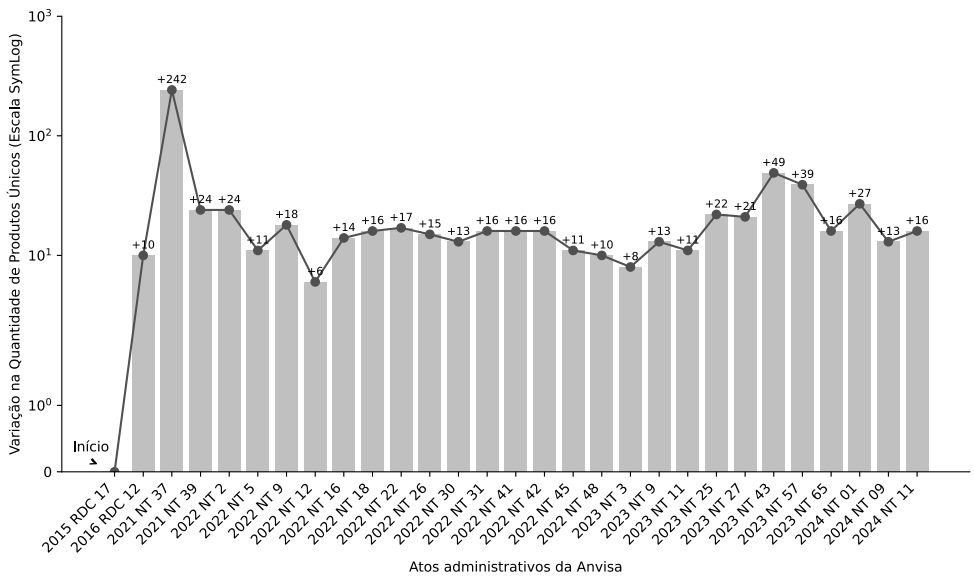
Gráfico 1. Evolução do número de produtos de derivados *Cannabis* nos atos administrativos emitidos pela Anvisa entre 2015 e 2024. Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria (2025).

Com relação aos produtos únicos em cada lista, a análise das 29 listas identificou 690 produtos únicos, conforme demonstrado no *gráfico 2*.

Gráfico 2. Evolução do número de Produtos derivados de *Cannabis* únicos, por ato administrativo emitido pela Anvisa. Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria (2025).

Características dos produtos autorizados para importação

Entre os 542 produtos com autorização de importação presentes na lista analisada (Nota Técnica no 57/2023), foram observadas diferentes Formas Farmacêuticas (FF). Para grande parte dos produtos (32,6%), não foi possível identificar a FF por falta de informação disponível. Entre aqueles que puderam ter a FF identificada, as mais presentes estão representadas na *tabela 1*. As FF menos frequentes foram agrupadas na categoria 'Outros', englobando: cremes, cápsulas, elixir, soluções, géis, *spray*. Alguns produtos tiveram outras formas de apresentação, não farmacêuticas, entre eles: flor e azeite.

Tabela 1. Formas farmacêuticas e vias de administração dos produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação. Brasil, 2025

Formas Farmacêuticas	**N**	**%**
Óleos/tinturas/extratos	331	90,43
Outros	21	5,47
Formas não farmacêuticas	14	4,10
Total	**366**	**100**
Via de Administração		
Oral	329	90,8
Tópica	17	4,7
Sublingual	8	2,2
Inalatória	6	1,7
Nasal	1	0,3
Retal	1	0,3
Total	**362**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir da consulta ao ***site*** dos fabricantes (2025).

Com relação à Via de Administração (VA), foram encontradas informações para 362 produtos (*tabela 1*). Entre esses, as VA mais frequentemente descritas foram: oral (90,8%), tópica (4,7%) e inalatória (1,7%). Nos *sites* dos fabricantes, não estavam disponíveis as informações sobre via de administração de 49,7% dos produtos.

Outro parâmetro analisado, descrito como obrigatório pela RDC nº 327/2019, foi a informação sobre a concentração de THC e CBD nos produtos. Observou-se que 375 (69,2%) não discriminavam a concentração dos dois fitocanabinoides, e apenas 167 (30,8%) apresentavam a concentração de THC e CBD nos seus respectivos rótulos.

Além da presença da in formação, foi verificada a concentração de CBD em relação ao THC, parâmetro estabelecido pela RDC nº 327/2019, que determina que a concentração de CBD deve ser majoritária quando comparada à de THC. A partir da análise, entre os 167 produtos que possuíam a informação da concentração de ambos os fitocanabinoides, em 157 casos (92,3%), a concentração de CBD era majoritária. Outros 10 produtos possuíam concentração ≥ de THC. Entre esses, em seis casos, as concentrações de

CBD e THC eram iguais, mas em quatro situações a concentração de THC era bem superior, chegando a apresentar, em dois casos, quatro vezes mais THC do que CBD. E em um caso, chegando ter 15 vezes mais THC, de acordo com informação obtida no *site* do fabricante.

A partir da análise do rótulo e/ou da embalagem de cada produto, verificou-se a presença de elementos indevidos em 63 produtos (11,5%), de acordo com o Art. 32. da RDC nº 327/19 (*tabela 2*). Destacam-se elementos que podem induzir ao consumo indevido, como referências a sabor, figuras e até propaganda.

Tabela 2. Presença de elementos indevidos no rótulo ou na embalagem dos produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação. Brasil, 2025

Elemento observado	N	%
Informação de sabor	42	66,7
Figura	8	12,7
Propaganda	7	11,1
Símbolos	3	4,8
Figura e sabor	1	1,6
Destinação de uso	1	1,6
Informava ser suplemento alimentar	1	1,6
Total	**63**	**100**

Fonte: elaboração própria a partir da consulta ao ***site*** dos fabricantes (2025).

Com relação à presença de certificado de análise, para 489 produtos (90,0%), não foi possível encontrar a referida documentação, e para 53 (10,0%), o certificado de análise foi encontrado no *site* do fabricante. A consulta às mesmas fontes não revelou nenhum caso em que foi possível encontrar os relatórios de estabilidade dos produtos.

Status regulatório dos produtos em seus países de origem

No que diz respeito à última análise, verificou-se que, entre os 542 produtos observados na nota técnica, 347 (64,0%) eram provenientes dos Estados Unidos da América (EUA), 26 (4,8%) do Canadá, 20 (3,7%) dos Países Baixos, 18 (3,3%) da Suíça, e 17 (3,1%) da Colômbia. Os demais 115 produtos eram provenientes de outros 30 países.

Na consulta aos *sites* das agências regulatórias dos referidos países, não foi possível encontrar informações sobre o status regulatório dos respectivos produtos, com exceção dos EUA.

Com relação aos fabricantes situados nos EUA, verificou-se que os 347 produtos eram provenientes de 280 empresas. A consulta revelou, ainda, a existência de cartas de irregularidades emitidas pelo Food and Drug Administration (FDA) para 17 produtos constantes na lista de produtos autorizados à importação vigente no Brasil, o que representa cerca de 5,0% dos produtos provenientes dos EUA. Em dois casos, as advertências foram motivadas pelo fato de os produtos estarem sendo comercializados como suplementos alimentares; e em nove casos, constatou-se que eram comercializados como medicamentos. Outros casos envolviam a comercialização

como medicamentos de uso veterinário ou com aditivo considerado inseguro. Destaca-se que, em dois casos, as cartas de advertência já existiam no momento da autorização de importação emitida pela Anvisa.

Discussão

A evolução das listas de autorização de importação de produtos derivados de *Cannabis* mostrou o incremento no número de produtos ao longo dos anos. Isso significa um aumento na diversidade de produtos demandados por parte da população, uma vez que as autorizações são emitidas a partir de solicitações individuais.

Cada solicitação de um novo produto que é atendida se desdobra em uma nova entrada na próxima lista a ser publicada pela Anvisa. Apesar das diferenças observadas a cada publicação, com entrada e, algumas vezes, retirada de itens, o critério de exclusão e inclusão não é elucidado pela Anvisa. Para as inserções, entende-se que se baseiam apenas nas solicitações individuais, porém, para as retiradas de produtos, não há nenhum esclarecimento. Mesmo para a entrada de produtos na lista, entende-se como frágil a análise dessas inclusões, uma vez que critérios específicos relacionados à qualidade e, consequentemente, à segurança dos produtos não são avaliados.

A RDC nº 327/2019 estabelece que os produtos à base de *Cannabis* podem ser apresentados em diversas formas farmacêuticas, formas essas que, tradicionalmente, permitiriam a realização de testes de controle de qualidade físico-químicos, químicos, farmacopeicos, e até mesmo provas biofarmacêuticas. Entretanto, observou-se a presença de diversos produtos na lista que sequer possuem FF, dificultando a previsibilidade dos efeitos e podendo levar a efeitos adversos considerados mais graves[8,14-16].

A RDC nº 327/2019 descreve apenas as vias oral e nasal como autorizadas para administração de produtos derivados de *Cannabis*. Apesar disso, produtos como pomadas e cremes foram observados na lista, além de produtos referindo a via retal, que pode levar a uma absorção irregular e, consequentemente, a efeitos indesejados[5,8,17]. A RDC reforça que a escolha da via deve ser orientada por profissionais de saúde, conforme a necessidade do paciente e as boas práticas de fabricação. Entretanto, na atual conjuntura, o último parâmetro não pode ser verificado, uma vez que a Anvisa não realiza inspeções sanitárias, ou mesmo certificação de boas práticas de fabricação junto às empresas cujos produtos são autorizados à importação, de modo que os pacientes ficam susceptíveis a riscos que não podem ser previstos.

A comercialização de produtos sem a apresentação de concentração de THC e CBD pode configurar publicidade enganosa e venda irregular[8,18]. Ademais, essa situação compromete a confiabilidade (já frágil) do produto, o que deveria levar ao questionamento da regularidade na sua importação.

O uso de produtos derivados de *Cannabis* com maior concentração de THC em comparação ao CBD apresenta riscos em função do perfil psicoativo conhecido do THC, que pode levar a efeitos adversos como ansiedade, paranoia e desenvolvimento de tolerância, ou até dependência[19,20]. Recentemente, o uso da *Cannabis* vem sendo relacionado a efeitos cardiovasculares e outros eventos adversos[21,22].

Sob supervisão médica, alguns trabalhos apontam a utilização de produtos com maior concentração de THC em tratamentos para dor crônica, especialmente neuropática, e associada ao câncer[23], além de ajudar no controle de náuseas e no estímulo do apetite em pacientes com HIV/aids ou em tratamento quimioterápico[24].

A presença de informações proibidas no rótulo de um produto de *Cannabis* representa irregularidade e risco ao paciente. Estudo realizado nos EUA constatou que é comum os termos 'dor' e 'alívio da dor' serem usados como as alegações medicinais mais comuns, seguidos por 'inflamação' e 'ansiedade'. Além disso, foram frequentes as alegações de saúde

relacionadas ao bem-estar e a associação a sabores ou sensações agradáveis[25].

No contexto nacional, tais situações, quando verificadas em qualquer outro produto para uso medicinal, poderiam resultar em interdição, apreensão ou proibição da sua comercialização[26]. No caso de um produto englobado na categoria dos autorizados à fabricação e comercialização no Brasil, a empresa responsável poderia ser multada e sofrer sanções administrativas, incluindo a revogação da autorização para venda[8]. Entretanto, pelos produtos analisados se enquadrarem na categoria de importados, acabam tendo diferente tratamento, e, mesmo com as irregularidades constatadas, parece não haver qualquer consequência prevista decorrente dessas situações. Questiona-se, inclusive, se tais irregularidades sequer são conhecidas por parte da Anvisa, o que explicaria, em parte, a sua aparente passividade.

A falta da documentação que ateste a qualidade dos produtos é outro ponto entendido como grave. Sem o certificado de análise, não há garantia de que o produto contém as concentrações corretas de CBD, THC e outros canabinoides. Eventuais doses discordantes dos fitocanabinoides implicam a possibilidade de concentrações subclínicas, nocivas ou tóxicas, ou mesmo fora das especificações do que seria o 'uso medicinal' da *Cannabis*, em especial, para THC e nabiximois[12,27]. Estudo realizado com produtos derivados de *Cannabis* vendidos nos Estados Unidos apontou incompatibilidades entre as concentrações dos fitocanabinoides efetivamente existentes nos produtos e as informações presentes nos rótulos[28]. Essa situação é especialmente preocupante se considerarmos a possibilidade de que sejam esses os produtos que chegam ao nosso mercado, via importação.

A falta do relatório de estabilidade, por sua vez, impede a verificação da validade real do produto e de suas condições ideais de armazenamento ao longo do tempo[29]. Soma-se a isso o contexto de alto custo dos equipamentos analíticos e a necessidade de domínio de metodologias analíticas específicas, que fazem com que as análises químicas não sejam amplamente disponíveis ou usadas rotineiramente[30].

A análise da origem dos produtos revelou os EUA como país onde se concentram os maiores exportadores de produtos derivados de *Cannabis* para o Brasil. Isso se deve, possivelmente, a fatores como o grande mercado produtor e consumidor para esses produtos[31]. Em que pese a questão da aceitação social do uso de *Cannabis* nos EUA, onde encontramos situações distintas dentro do mesmo país, em função das diferenças entre os estados sobre o que é ou não permitido[32], o posicionamento do FDA, da mesma forma que a Anvisa, é o de não classificar os produtos derivados da *Cannabis* como medicamentos[33].

A relação comercial entre Brasil e EUA também pode ser citada como fator que favorece a importação, pois a logística de envio dos EUA é mais estruturada que a de outros países produtores, como Colômbia ou Canadá[31].

A análise dos produtos junto ao FDA revelou algumas situações de irregularidade que ocorreram antes ou após a emissão das autorizações de importação pela Anvisa. Não há qualquer indício de que tais casos tenham sido considerados para a emissão das autorizações ou mesmo para sua revisão em período posterior. Essa situação reforça o questionamento sobre a forma como as autorizações de importação são emitidas e o teor das análises realizadas para emissão dessa documentação.

Importante ressaltar que, por a coleta de dados ter ocorrido em *sites* de internet, sem acesso aos produtos físicos, não se pode afirmar, nos casos em que as informações não foram constatadas, que estas eram inexistentes. No entanto, são exatamente as mesmas informações que estão disponíveis (ou não) para usuários, prescritores e para a própria Agência, antes de, eventualmente, terem acesso ao produto físico. Muito embora não sejam medicamentos, são produtos de uso dito 'medicinal' e sujeitos à regulação sanitária brasileira[34]. Como tal, obrigam-se a apresentar

clareza e adequação nos rótulos, embalagens e demais informações técnicas. Cabe, também, pontuar que as empresas em situação regular, mesmo sem obrigatoriedade legal, deveriam prezar pelo acesso claro às informações que atestem a qualidade de seus produtos. Outra limitação está relacionada à análise sobre a concentração dos fitocanabinoides. Por não ser uma análise individualizada, não há como afirmar, no caso dos produtos com maior concentração de THC, que estejam sendo utilizados com as finalidades previstas para esses casos, ou em cuidados paliativos, nem tampouco se as concentrações dos produtos analisados são adequadas a essas finalidades. Apesar das limitações apontadas, cabe destacar que o trabalho se debruçou, de forma inédita, sobre as normativas vigentes, realizando uma análise crítica de seus desdobramentos práticos. Nesse sentido, espera-se que possa contribuir para o avanço normativo, tão necessário, relacionado aos produtos derivados de *Cannabis* no País.

Conclusões

A análise das listas da Anvisa evidenciou um aumento exponencial no número de produtos derivados de *Cannabis* autorizados para importação no Brasil, em menos de 10 anos. Esse crescimento reflete o aumento da utilização desses produtos pela população brasileira. No entanto, em paralelo, observou-se uma grande ausência de informações imprescindíveis, que versam sobre segurança dos produtos. Deve-se considerar que esses são produtos utilizados com fins medicinais, e que estão sendo amplamente consumidos pela população.

O avanço do mercado de *Cannabis* no País ocorre de maneira acelerada. Cresce o número de pacientes-consumidores e também o de empresas interessadas em atuar no mercado nacional. Entende-se, assim, o momento atual como crucial para a tomada de um posicionamento da Anvisa.

Por fim, em face do desenvolvimento da regulação no Brasil e da maturidade da nossa agência reguladora, independentemente da origem dos produtos, o zelo pela saúde dos pacientes deve estar no centro da atividade sanitária, o que, por sua vez, deve estar refletido em uma regulação mais assertiva e segura para os produtos derivados de *Cannabis* no Brasil.

Colaboradores

Clemente GG (0009-0001-7620-1808)* e Miranda ES (0000-0002-6204-5023)* contribuíram para a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão, e aprovação da versão final. Oliveira CVS (0000-0002-0464-1476)*, Osorio-de-Castro CGS (0000-0003-4875-7216)*, Moritz ÂFE (0000-0002-7473-8636)* e Santos-Pinto CDB (0000-0002-5478-4977)* contribuíram para a concepção do projeto e do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão, e aprovação da versão final. Hora MFVMP (0009-0005-9907-0619)* contribuiu para a concepção do projeto, análise e interpretação de dados, redação e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Crippa JAS, Zuardi AW, Hallak JEC. Therapeutical use of the cannabinoids in psychiatry. Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(Supl 1):S56-S66. DOI: https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000500009

2. Netzahualcoyotzi-Piedra C, Muñoz-Arenas G, Martínez-García I, et al. La marihuana y el sistema endocanabinoide: de sus efectos recreativos a la terapéutica. Rev Biomed. 2009;20(2):128-153.

3. Pinto CDBS, Esher Â, Oliveira CVS, et al. Expansion of the medical *cannabis* market in Brazil and regulatory challenges. Cad Saúde Pública. 2024;40(11):e00088624. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN088624

4. Kelly LE, Rieder MJ, Finkelstein Y. Medical *cannabis* for children: evidence and recommendations. Paediatr Child Health. 2023;29(2):104-112. DOI: https://doi.org/10.1093/pch/pxad078

5. Vinette B, Côté J, El-Akhras A, et al. Routes of administration, reasons for use, and approved indications of medical *cannabis* in oncology: a scoping review. BMC Cancer. 2022;22(1):319. DOI: https://doi.org/10.1186/s12885-022-09378-7

6. Bilbao A, Spanagel R. Medical cannabinoids: a pharmacology-based systematic review and meta-analysis for all relevant medical indications. BMC Med. 2022;20:259. DOI: https://doi.org/10.1186/s12916-022-02459-1

7. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.113, de 30 de outubro de 2014. Aprova o uso compassivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 dez 16 [acesso em 2025 out 3]; Seção I:183. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2014/2113_2014.pdf

8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 327, de 9 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de *Cannabis* para fins medicinais, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 dez 11 [acesso em 2025 out 3]; Seção I:194. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2019/rdc0327_09_12_2019.pdf

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC nº 660, de 30 de março de 2022. Define os critérios e os procedimentos para a importação de produto derivado de *Cannabis*, por p-essoa física, para uso próprio, mediante prescrição de profissional legalmente habilitado, para tratamento de saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 mar 31 [acesso em 2025 out 3]; Seção I. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-660-de-30-de-marco-de-2022-389908959

10. Kayamind. Anuário da *Cannabis* Medicinal 2024 [Internet]. [S.l.]: Kayamind; 2024 [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://kayamind.com/anuario-da-*cannabis*-medicinal-2024/

11. Migalhas. *Cannabis* medicinal no Brasil: desafios da regulamentação federal [Internet]. São Paulo: Migalhas; 2023 [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/depeso/399296/*cannabis*-medicinal-no-brasil-desafios-da-regulamentacao-federal

12. Koturbash I, MacKay D. Cannabidiol and other cannabinoids: from toxicology and pharmacology to the development of a regulatory pathway. J Diet Suppl. 2020;17(5):487-492. DOI: https://doi.org/10.1080/19390211.2020.1796886.

13. Controladoria-Geral da União (BR). Portal da Transparência [Internet]. Brasília, DF: CGU; [data desconhecida] [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://portaldatransparencia.gov.br/

14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre produtos de *Cannabis* [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2024 maio 15 [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/regulamentacao/air/analises-de-impacto-regulatorio/2024/arquivos-relatorios-de-air-2024/relatorio_air_produtos_*cannabis*_dicol_15052024.pdf

15. Spindle TR, Bonn-Miller MO, Vandrey R. Changing landscape of *cannabis*: novel products, formulations, and methods of administration. Curr Opin Psychol. 2019;30:98-102. DOI: https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.04.002

16. Millar SA, Stone NL, Yates AS, et al. A systematic review on the pharmacokinetics of cannabidiol in humans. Front Pharmacol. 2018;9:1365. DOI: https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01365

17. Bonfá L, Vinagre RCO, Figueiredo NV. Uso de canabinóides na dor crônica e em cuidados paliativos. Rev Bras Anestesiol. 2008;58(3):267-279. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-70942008000300010

18. Presidência da República (BR). Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 12 [acesso em 2025 out 3]; Seção 1 Suplemento:1. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8078-11-setembro-1990-365086-norma-pl.html

19. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, et al. Adverse health effects of marijuana use. N Engl J Med. 2014;370(23):2219-2227. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309

20. Budney AJ, Vandrey RG, Hughes JR, et al. Comparison of *cannabis* and tobacco withdrawal: severity and contribution to relapse. J Subst Abuse Treat. 2008;35(4):362-368. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.01.002

21. Câmara CD. Efeitos cardiovasculares do uso de canábis [dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2017 [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/52722/1/MICF_C%C3%A1tia_Duarte.pdf

22. Perez-Vilar S, Karami S, Long K, et al. Cannabidiol exposures in the United States, National Poison Data System, July 2014–June 2021. Clin Toxicol. 2023;61(2):123-130. DOI: https://doi.org/10.1080/15563650.2022.2112176

23. Russo EB. Cannabinoids in the management of difficult to treat pain. Ther Clin Risk Manag. 2008;4(1):245-259. DOI: https://doi.org/10.2147/tcrm.s1928

24. Abrams DI, Hilton JF, Leiser RJ, et al. Short-term effects of cannabinoids in patients with HIV-1 infection: a randomized, placebo-controlled clinical trial. Ann Intern Med. 2003;139(4):258-266. DOI: https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-4-200308190-00008.

25. Amann L, Kruse E, Lazard AJ, et al. CBD retailers in NC promote CBD online to treat pain violating FDA rules about medical claims and offer low-CBD/high-price products. J Pain Res. 2022;15:3847-3858. DOI: https://doi.org/10.2147/JPR.S384996.

26. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Legislação de propaganda (página institucional) [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2020 [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/fiscalizacao-e-monitoramento/propaganda/legislacao/legislacao

27. Hoch E, Volkow ND, Friemel CM, et al. *Cannabis*, cannabinoids and health: a review of evidence on risks and medical benefits. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2025;275(2):281-292. DOI: https://doi.org/10.1007/s00406-024-01880-2

28. Bonn-Miller MO, Loflin MJE, Thomas BF, et al. Labeling accuracy of cannabidiol extracts sold online. JAMA. 2017;318(17):1708-1709. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2017.11909

29. Silva LCO, Andrade GF, Oliveira MA. Estabilidade de fármacos e medicamentos: uma análise histórica das estratégias para a determinação do prazo de validade. Health Biosci. 2024;5(3):25-52.

30. Herrera JG, Rolim LA, Honorato RS, et al. Analysis of cannabinoids in medicinal *cannabis* products: a comprehensive review. J Braz Chem Soc. 2024;35:e20240129. DOI: https://doi.org/10.21577/0103-5053.20240129

31. The Green Hub. Mercado de *cannabis* nos EUA: quais empresas dominam [Internet]. São Paulo: The Green Hub; [data desconhecida] [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://thegreenhub.com.br/mercado-de-*cannabis*-nos-eua-quais-empresas-dominam/#:~:text=Junto%20com%20o%20Canad%C3%A1%2C%20os,do%20mercado%20de%20uso%20adulto

32. Hong G, Sideris A, Waldman S, et al. Legal and regulatory aspects of medical *cannabis* in the United States. Anesth Analg. 2024;138(1):31-41. DOI: https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006301

33. United States Food and Drug Administration (FDA). What you need to know (and what we're working to find out) about products containing *cannabis* or *cannabis*-derived compounds [Internet]. Silver Spring (MD): FDA; 2020 [acesso em 2025 out 3]. Disponível em: https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/what-you-need-know-and-what-were-working-find-out-about-products-containing-*cannabis*

34. Presidência da República (BR). Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1976 set 24 [acesso em 2025 out 3]; Seção I:12647 (col. 1). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm

Recebido em 26/03/2025
Aprovado em 06/10/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: TED 1.2022 – Ministério da Saúde/Fiocruz

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Mobilização social e participação cidadã nos conselhos de saúde

Social mobilization and citizen participation in health councils

Edna Moreira Barros[1], José Patrício Bispo-Júnior[1], Luzia Célia Batista Soares[1], Nívea Maria Silva Silveira[1], Berenice Temoteo-da-Silva[2], Mauro Serapioni[1,3]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710121P

RESUMO Este estudo objetivou analisar as ações de mobilização social e a atuação das entidades representativas para a participação nos conselhos de saúde em municípios de diferentes portes populacionais. Constitui-se em estudo qualitativo de casos múltiplos realizado em três municípios do estado da Bahia. Utilizaram-se como fontes de informação a análise de documentos e entrevistas com 30 conselheiros de saúde. Foi utilizada uma matriz teórica desenvolvida a partir dos modelos da cadeia da participação e domínios da tomada de decisão. Assim, a mobilização foi analisada nas dimensões: micro, perspectiva individual; meso, atuação das entidades comunitárias; e macro, dinâmica dos conselhos de saúde. Os resultados demonstraram frágeis níveis de mobilização comunitária. A dimensão individual identificou restrito interesse das pessoas pela participação. A dimensão meso evidenciou a fragilização das entidades tradicionais agregadoras de interesse, como os sindicatos, e um crescente protagonismo de entidades pautadas no reconhecimento, como o movimento negro. A dinâmica dos conselhos de saúde evidenciou diminutos níveis de mobilização nos contextos interno e externo. O limitado interesse para o envolvimento comunitário foi associado à cultura individualista e ao diminuto senso de responsabilidade coletiva. Conclui-se sobre a necessidade da promoção da cultura cívica e do fortalecimento das entidades comunitárias.

PALAVRAS-CHAVE Conselhos de saúde. Participação da comunidade. Participação social. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This study aimed to analyze social mobilization efforts and the role of representative entities in fostering participation in health councils across municipalities of different population sizes. It is a qualitative multiple-case study conducted in three municipalities in the state of Bahia, Brazil. Data were collected through document analysis and interviews with 30 health council members. A theoretical framework was developed based on the participation chain and decision-making domains models. Social mobilization was examined across three dimensions: micro, representing the individual perspective; meso, reflecting the role of community organizations; and macro, encompassing the dynamics of health councils. The results revealed low levels of community mobilization. At the individual level, limited interest in participation was observed. The meso dimension highlighted the weakening of traditional interest-based organizations, such as labor unions, alongside the growing prominence of recognition-based movements, such as the Black movement. The dynamics of the health councils demonstrated weak mobilization both internally and externally. The limited interest in community engagement was associated with an individualistic culture and a diminished sense of collective responsibility. The study concludes by underscoring the need to promote civic culture and strengthen community organizations.*

KEYWORDS *Health councils. Community participation. Social participation. Health policy. Unified Health System.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *jpatricio@ufba.br*

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

[3] Universidade de Coimbra (UC), Centro de Estudos Sociais (CES) – Coimbra, Portugal.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Ações de mobilização social são utilizadas como estratégia de defesa dos direitos sociais e para a garantia do acesso e da continuidade dos cuidados em saúde[1]. No âmbito dos sistemas de saúde, intervenções de mobilização comunitária são frequentemente utilizadas para o controle de doenças endêmicas[2], a melhoria da saúde de grupos populacionais específicos[3], o combate à violência[4] e a promoção de vacinação[5]. Embora seja relevante o desenvolvimento de ações participativas para o enfrentamento de problemas específicos, o grande desafio da mobilização social é propiciar melhoria social e sistêmica na vida das comunidades[6].

Existe um amplo debate da literatura sobre o conceito e os propósitos da mobilização social. Rogers, Goldstein e Fox[7] definem mobilização social como a capacidade de impulsionar indivíduos para realizar comportamentos que beneficiam principalmente, um coletivo de pessoas. Fernandes et al.[8] ressaltam que a mobilização social ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade decide e age com um objetivo comum, buscando, cotidianamente, resultados decididos e desejados por todos. Diani[9] conceitua a mobilização social como ação de conjuntos de pessoas, grupos ou organizações que se organizam voluntariamente para a produção de bens coletivos. Diante dessas perspectivas, adota-se no presente artigo o entendimento de mobilização comunitária como o engajamento de pessoas motivadas por objetivos comuns que atuam para o alcance da causa pretendida.

Na literatura da área da saúde, os conceitos de mobilização e participação estão frequentemente associados. Nas últimas décadas, adotaram-se múltiplos sentidos para o termo participação social[6]. Neste artigo, considera-se a definição que vincula a participação social aos ideais democráticos amplos e que a caracteriza como processo no qual indivíduos e comunidades atuam para influenciar as decisões relacionadas à sua saúde e à organização dos serviços promocionais e assistenciais[1].

A atuação em movimentos sociais ou o envolvimento em movimentos coletivos é um dos principais fatores que atraem as pessoas para a participação[10]. No debate sobre os tradicionais e os novos movimentos sociais[11,12], ressalta-se que os movimentos tradicionais emergiram, principalmente, no século XX, em meio à defesa de políticas sociais mais amplas e com estruturas estáveis e perenes. Já os novos movimentos sociais, que surgiram nas últimas décadas, são caracterizados por estruturas mais fluidas e provisórias, pela intersecção com outras questões sociais, com pautas identitárias e com ênfase na importância da abordagem interseccional nas políticas.

Mesmo diante do agir difuso desses movimentos[12], o que se evidencia na literatura é um cenário atual de fragilização do poder de atuação e mobilização social[10,13,14]. Miwa e Ventura[15] afirmam que a desmobilização é influenciada por forte valorização da individualização e dos interesses de consumo, que se sobrepõem aos valores coletivos e à busca do bem comum.

No Brasil, as ações de mobilização social foram determinantes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Paim et al.[16], a Reforma Sanitária Brasileira se colocou na contramão das reformas difundidas no resto do mundo nas últimas décadas do Século XX. Enquanto outros países questionavam a manutenção do estado de bem-estar social, o Brasil instituiu o SUS fundamentado nos valores da solidariedade social, saúde como direito e concepção ampliada de saúde. Para os autores[16], um importante elemento da constituição do SUS é que o processo de reforma foi impulsionado pela mobilização da sociedade civil, e não pelo governo ou por organizações internacionais.

Como importante inovação democrática, a participação social foi institucionalizada no SUS por meio das conferências e dos conselhos de saúde[17]. Esses mecanismos participativos foram instituídos nas esferas municipais, estaduais e federal, e contemplam a representação de diferentes segmentos sociais, com forte valorização do componente comunitário.

As conferências de saúde ocorrem a cada quatro anos e têm por objetivos avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para formulação da política de saúde. Trata-se de instâncias de reconhecida relevância para o fortalecimento do processo democrático e da participação social no SUS[13]. A atuação dos conselhos de saúde busca confluir características da atuação institucional e da mobilização social[17]. Embora seja difundida a importância dos conselhos de saúde para a democratização do Estado e das políticas de saúde[18], são também evidenciadas fragilidades do envolvimento comunitário nesses espaços[19]. Embora as conferências apresentem grande potencial para mobilizar a população na defesa do SUS[20], o presente estudo teve por interesse a mobilização social desenvolvida no âmbito dos conselhos de saúde. Ao considerar os conselhos como instâncias permanentes de deliberação, buscou-se investigar os processos de mobilização que dão sustentação à atuação dos representantes sociais.

Diante do contexto de relevância institucional dos conselhos de saúde e, ao mesmo tempo, de fragilização da participação comunitária nesses espaços, evidencia-se a necessidade do aprofundamento das análises sobre as diversas dimensões que influenciam a mobilização comunitária e a atuação de pessoas e entidades. O presente estudo tem por objetivo analisar as ações de mobilização social e a atuação das entidades representativas para a participação nos conselhos de saúde em municípios de diferentes portes populacionais.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Consiste em um estudo de abordagem qualitativa, do tipo casos múltiplos com níveis de análise imbricados[21]. Tomaram-se como unidades de análise os conselhos de saúde e a atuação de participantes e das entidades que compõem os conselhos de saúde de três municípios do estado da Bahia. A mobilização social foi analisada considerando a atuação dos representantes sociais, das instituições representativas e dos conselhos de saúde.

Referencial teórico-metodológico

O referencial teórico-metodológico fundamentou-se na articulação de dois modelos teóricos de análise da participação social amplamente utilizados no cenário internacional: o modelo teórico da cadeia da participação[22] e o modelo dos domínios do processo de tomada de decisão[23].

Simmons e Birchall[22] desenvolveram o modelo teórico da cadeia da participação para a identificação de fatores que influenciam o envolvimento das pessoas nas questões referentes às políticas sociais. O modelo sistematiza os principais incentivos, atitudes e entraves que facilitam ou obstaculizam a participação dos cidadãos. A cadeia da participação engloba quatro fatores ou elos: mobilização, motivação, recursos e dinâmica institucional. Para o presente estudo, utilizou-se a dimensão da mobilização social. Segundo os autores, o envolvimento é favorecido ou dificultado por certas questões que atraem ou inibem o processo de mobilização social.

No modelo dos domínios do processo de tomada de decisão, Charles e DeMaio[23] apresentam três planos com as dimensões-chave do envolvimento dos cidadãos. Para o presente artigo, utilizou-se o plano do domínio de tomada de decisão, que é categorizado em três dimensões: individual, no âmbito dos serviços e contexto macro de tomada de decisão. Assim, os níveis de participação e mobilização foram categorizados nos níveis: micro, meso e macro.

No nível micro, investigaram-se os fatores que influenciam a mobilização em âmbito individual – essa dimensão contemplou os elementos que favorecem e/ou inibem as pessoas a se envolver com as questões de saúde. O nível meso do estudo analisou a mobilização a partir das instituições agregadoras de interesses em

âmbito comunitário e dos municípios – nesse nível intermediário, foi investigada a forma de organização e mobilização das entidades de representação da sociedade civil em cada um dos municípios. O nível macro corresponde à instância deliberativa do SUS em âmbito municipal, ou seja, os conselhos municipais de saúde – essa dimensão teve por interesse a participação e atuação dos representantes sociais no âmbito interno dos conselhos de saúde e a mobilização social desempenhada pelos conselhos.

Foi desenvolvida uma matriz teórica a partir da confluência e adaptação dos dois modelos[22,23]. Assim, a matriz é composta por três dimensões (*quadro 1*).

Quadro 1. Matriz de análise referente à mobilização social em saúde

Dimensão	Subdimensão
Cultura participativa	Interesse e disposição das pessoas para a participação social
	Tradição participativa
Atuação das entidades comunitárias representativas	Formas de organização e atuação das entidades
	Práticas de mobilização comunitária das entidades representativas
Dinâmica institucional dos Conselhos de Saúde	Dinâmica interna dos conselhos de saúde
	Dinâmica externa dos conselhos de saúde

Fonte: elaborado pelos autores. Fundamentado nos pressupostos da mobilização social em instâncias participativas[22-25].

Para a produção das dimensões e subdimensões da matriz teórica, além dos elementos do modelo teórico da cadeia da participação[22] e do modelo dos domínios do processo de tomada de decisão[23], foram consideradas as características da participação[24] e da mobilização[25] no âmbito dos conselhos de saúde do Brasil. Assim, foi realizada a adaptação dos subdomínios, para se adequarem ao contexto da participação no âmbito do SUS.

A primeira dimensão, cultura participativa, corresponde ao nível individual e contempla duas subdimensões: interesse e disposição das pessoas para a participação social e a tradição participativa. A segunda dimensão, atuação das entidades comunitárias representativas, diz respeito ao nível intermediário e envolve as subdimensões: formas de organização e atuação das entidades comunitárias e as práticas de mobilização desenvolvidas pelas entidades representativas. A terceira dimensão, nível macro da matriz, teve por interesse a dinâmica institucional dos conselhos de saúde. As subdimensões que integram essa dimensão são: a dinâmica interna dos conselhos, que envolve os elementos da participação das comunidades nas reuniões, o poder de agenda dos representantes sociais e a influência das representações comunitárias sobre as deliberações do conselho; e a dinâmica externa, correspondente ao poder de articulação e mobilização promovido pelos conselhos e ações de recrutamento de participantes.

Campo de estudo

O estudo foi realizado em três municípios de diferentes portes populacionais do estado da Bahia: Urandi, Guanambi e Vitória da Conquista. Buscou-se contemplar municípios de pequeno porte, com menos de 25 mil habitantes; médio porte, entre 25 e 100 mil habitantes; e grande porte, com mais de 100 mil habitantes[26].

Urandi possui população de 15.355 habitantes[27]. O município faz parte da região de

saúde de Guanambi[28]. O Conselho de Saúde de Urandi possui a composição atual de 16 conselheiros titulares, funciona nas instalações do governo municipal, não possui dotação orçamentária própria, possui computador, impressora e acesso à internet[29]. Guanambi possui população de 87.817 habitantes[27]. O município é sede da Região de Saúde, composta por 23 municípios[28]. O Conselho de Saúde de Guanambi é composto por 16 conselheiros titulares, não possui sede própria, dispõe de secretaria executiva, computador, impressora e acesso à internet[29,30]. Vitória da Conquista possui população de 370.879 pessoas e constitui-se no terceiro município mais populoso da Bahia[27]. É sede da Macrorregião Sudoeste do estado, composta por 74 municípios[28]. O CMS é composto por 24 conselheiros de saúde titulares, possui sede própria e infraestrutura adequada, dispõe de secretaria executiva e transporte, e não possui dotação orçamentária específica[29].

Fontes de informações e participantes do estudo

As informações e os dados que subsidiaram o estudo foram obtidos por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas. No que se refere aos documentos, foram analisadas: as atas dos conselhos municipais de saúde dos anos de 2019 a 2022, Regimentos dos três conselhos; Relatórios de Gestão; e Decretos, Portarias e Leis Municipais que tinham relação com a participação.

Conforme apresentado na *tabela 1*, foram entrevistados 30 conselheiros de saúde. Buscou-se, de forma intencional, contemplar representantes de todos os segmentos integrantes dos conselhos. Assim, foram entrevistados, entre agosto e outubro de 2022, 10 conselheiros municipais de saúde de cada município, dos quais: quatro representantes dos usuários, dois dos profissionais de saúde, dois dos gestores e dois dos prestadores. A quantidade de participantes foi selecionada *a priori*, buscando-se contemplar representantes de todos os segmentos que integram os conselhos de saúde. Os participantes foram selecionados conforme a atuação nas reuniões e articulação e participação em ações mobilizadoras, contemplando os diferentes perfis de participação. Admitiu-se como critério de exclusão ter sido conselheiro de saúde por período inferior a seis meses. As entrevistas tiveram um tempo médio de 69 minutos de gravação, com tempo total de 2.080 minutos de gravação. Utilizou-se um roteiro com questões sobre: o interesse e a disposição das pessoas para a participação social; a organização, o envolvimento e ações de mobilização desenvolvidas por associações e sindicatos; a dinâmica das reuniões e os processos deliberativos desenvolvidos; e ações de mobilização social desenvolvidas pelos respectivos conselhos.

Tabela 1. Participantes do estudo por segmento e município. Urandi, Guanambi e Vitória da Conquista, 2023

Pessoas entrevistadas	Urandi	Guanambi	Vitória da Conquista
Conselheiros Municipais de Saúde			
Usuários	4	4	4
Profissionais de Saúde	2	2	2
Gestores	2	2	2
Prestadores	2	2	2
Total	**10**	**10**	**10**

Fonte: elaborado pelos autores.

Análise de dados

As entrevistas foram transcritas e checadas pela equipe de pesquisa. Também os destaques dos documentos foram incorporados ao material para análise. Os dados e informações foram aglutinados, refinados e codificados com o uso da Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Gibbs[31]. O conteúdo da sistematização das categorias foi analisado conforme as dimensões e subdimensões definidas *a priori* na matriz de análise (*quadro 1*).

Questões éticas

O estudo foi previamente autorizado pelos três conselhos de saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde, *Campus* Anísio Teixeira, da Universidade Federal da Bahia, CAAE nº 57675422.1.0000.5556, parecer nº 5.406.361. Os pesquisadores cumpriram todas as exigências e requisitos éticos estabelecidos da Resolução nº 466, de 2012[32], do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os resultados demonstraram frágeis níveis de mobilização comunitária nos cenários analisados. Nas três dimensões integrantes da matriz de análise, micro, meso e macro, foram identificadas dificuldades em promover a mobilização na defesa da saúde e da atuação dos conselhos. Foi possível identificar que as fragilidades das três dimensões analisadas se afetam e se potencializam mutuamente. Assim, desencadeia-se um processo de baixo envolvimento comunitário e esvaziamento das entidades representativas. Apresentam-se a seguir os resultados conforme as dimensões de análise.

Cultura participativa

Na dimensão micro, relativa aos aspectos individuais, o interesse e a disposição das pessoas para a participação mostraram-se restritos. O limitado interesse para o envolvimento comunitário foi associado à cultura individualista e ao diminuto senso de responsabilidade com as questões sociais.

> *As pessoas não têm essa preocupação de mobilização social, né?! A gente não pode generalizar. Mas a participação deveria necessariamente ser muito maior e muito mais intensa do que o que de fato é. [...] Pensamento social hoje é mínimo com relação a essa questão da preocupação social.* (Entrevista 08, Vitória da Conquista – Prestador).

Evidenciou-se o predomínio do sentimento de descrença sobre a participação social e a atuação dos conselhos de saúde. O descrédito atribuído aos processos participativos mostrou abalar as iniciativas de mobilização social das comunidades. *"Eu vejo muitas pessoas meio que desacreditadas, sei lá, ou que realmente não querem participar das coisas"* (Entrevista 23, Urandi – Usuário).

A descrença e o desinteresse da população se mostraram influenciados pela persistência dos problemas de saúde das comunidades e pelas dificuldades encontradas para acesso e continuidade do cuidado nos serviços de saúde. Na análise das atas dos conselhos de saúde dos três municípios, persistem reclamações e reivindicações dos representantes sociais sobre as limitações dos cuidados ofertados. Tal situação é corroborada nas entrevistas dos participantes, que explicaram o afastamento das pessoas dos conselhos de saúde devido ao fato de a participação não resultar na transformação dos serviços de saúde. *"E aí as pessoas vão vendo que eles vão participando, que as coisas não vão acontecendo, né?! E aí as pessoas vão ficando mais, mais reservadas"* (Entrevista 04, Vitória da Conquista – Gestor).

No que se refere à subdimensão tradição participativa, verificou-se um contexto de esmaecimento do interesse das pessoas e de perda da capacidade de mobilização social. Nos três cenários analisados, identificou-se a existência de um processo de mobilização

social anterior que foi enfraquecido com o passar dos anos.

> *Ao longo do tempo, reduziu e muito o interesse das pessoas em participar. Isso influencia não só na participação do conselho, como também em várias ações do governo.* (Entrevista 30, Urandi – Gestor).

Também, a tradição participativa se mostrou abalada diante dos sentimentos de frustração e impotência atribuídos às instâncias de participação. Quando da criação dos conselhos de saúde, vivenciaram-se nos três municípios processos de mobilização social que desencadearam sentimentos de esperança sobre a escuta e o atendimento das necessidades vocalizadas pelos segmentos sociais. Todavia, as mobilizações sociais foram perdendo força, e os cidadãos passaram a se sentir menos atraídos por participar.

Atuação das entidades comunitárias representativas

O estudo revelou um contexto controverso no nível intermediário da mobilização comunitária. Identificou-se um processo de desmobilização social e fragilização das entidades tradicionais agregadoras de interesse, como os sindicatos e as associações de base territorial. Tais entidades mantêm o assento da composição dos conselhos de saúde investigados, todavia, não conseguem manter um diálogo perene e um processo de mobilização dos associados.

> *Muito fraco, muito fraco, quase zero as mobilizações das associações. [..] De modo geral, a questão de saúde aqui no município ela é pouco reivindicada.* (Entrevista 21, Urandi – Profissional).

Por sua vez, verificaram-se o surgimento e o protagonismo de entidades representativas pautadas no reconhecimento, como a de mães atípicas e do movimento negro. Essas entidades expressaram maior poder de mobilização e envolvimento dos participantes.

> *As mães de autistas, que elas se organizaram e elas têm buscado melhores políticas públicas para os seus filhos, né?* (Entrevista 04, Vitória da Conquista – Gestor).

> *As mulheres passam a se organizar para fazer o debate de gênero. O movimento negro floresce, se organiza com várias correntes, né?! O movimento LGBTQIAP+ passa a se organizar enquanto corrente que disputa também. [...] Assim, outras lutas vão se organizando, né?* (Entrevista 02, Vitória da Conquista – Usuário).

Tais entidades passaram a disputar espaços na composição dos conselhos de saúde, especialmente no município de maior porte. Mesmo quando não ocupam assento nos conselhos, essas entidades conseguem exercer pressão na defesa de seus interesses, em razão da capacidade de mobilização. Todavia, o estudo evidenciou que a atuação das entidades organizadas a partir do reconhecimento se dá, predominantemente, em busca de benefícios e políticas específicas para os grupos representados, sem, muitas vezes, atuarem na defesa de interesses sociais amplos.

> *O que eu vejo aí é muitas associações brigando pelo seu interesse próprio, não é voltado à coletividade. A não ser a coletividade daquele local. [...] Então, o que eu vejo é que essas organizações elas não estão unidas em prol de uma coletividade, elas estão unidas em prol de um desejo deles.* (Entrevista 16, Guanambi – Gestor).

Na subdimensão práticas de mobilização das entidades representativas, foram constatadas dificuldades para o desenvolvimento das ações de articulação, organização e acompanhamento das comunidades. Os sindicatos e as associações vivenciam dificuldades para mobilizar as comunidades e os membros das entidades. O estudo revelou que o desinteresse das pessoas em participar influencia negativamente as iniciativas de mobilização no nível meso, o que desencadeia um processo

de letargia das entidades em promover ações mobilizadoras nas comunidades.

> *Nós do sindicato rural tinha aqui um acompanhamento de 100% das associações rurais. [...] Hoje,* nós não temos 50% dessas organizações. Por *quê? Porque a maioria deles vai pelo lado político, entendeu?! 'Ah eu vou no sindicato eu não ganho nada'.* (Entrevista 14, Guanambi – Usuário).

Apesar de as entidades pautadas no reconhecimento possuírem maior capacidade de mobilização, evidenciou-se que o caráter das mobilizações difere da exercida pelas entidades representativas clássicas. Predominam mobilizações do tipo esporádica, como ações de protesto ou aglutinação de pessoas para participar de reuniões ou eventos com gestores locais na defesa de uma pauta específica. Ressalta-se, ainda, o uso das redes sociais como estratégia amplamente adotada por essas entidades para a mobilização dos filiados e a sensibilização de outras pessoas sobre a causa defendida.

Dinâmica institucional dos conselhos de saúde

Na análise da dinâmica institucional dos conselhos de saúde, também foram evidenciados baixos níveis de mobilização tanto no contexto interno quanto no contexto externo. A análise das atas e das listas de frequência dos três conselhos demonstrou a baixa frequência de não conselheiros às reuniões. Foi destacado que em situações de apreciação de pontos específicos de interesse de determinados grupos ocorre uma maior frequência do público em geral às reuniões. Mas, no cotidiano, o cidadão comum pouco se interessa e pouco participa das atividades dos conselhos de saúde.

> *Mas, em si, a população ir para o conselho?! Não vai. Estudante só vai para o conselho quando o professor passa atividade. No mais, ninguém procura o conselho.* (Entrevista 13, Guanambi – Gestor).

Nos três casos analisados, os representantes sociais apresentaram elevado poder de agenda. Os participantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores da saúde demonstraram factibilidade de pautar temas para a discussão dos conselhos. Por sua vez, esses representantes apresentaram restrito poder de influência sobre as deliberações. Embora o espaço discursivo dos conselhos tenha se mostrado aberto para a inclusão de temas de interesse dos segmentos sociais, no que tange ao processo deliberativo, os representantes dos gestores exercem maior controle e elevado poder de influência sobre os demais segmentos. *"Às vezes, o gestor, ele não quer ter a visão. Eles querem empurrar a política que deles vem pronta. Mas ela precisa ser discutida com o povo, né?"* (Entrevista 03, Vitória da Conquista – Usuário).

Na subdimensão dinâmica externa do conselho, foi demonstrada uma frágil articulação dos conselhos com entidades da sociedade civil, a fim de promover a mobilização social e o maior interesse pelas ações do próprio conselho. Em Vitória da Conquista, identificou-se a existência de comissão temática de mobilização social que tem como objetivo promover a divulgação dos conselhos e a sensibilização da sociedade para a participação. Todavia, essa comissão apresentou atuação restrita e com frágil poder mobilizador.

> *A gente do conselho tem uma comissão de mobilização, mas a mobilização mesmo não acontece. Eu diria que falta, assim, uns 80% de mobilização. A mobilização é muito baixa.* (Entrevista 01, Vitória da Conquista – Usuário).

Foram identificadas algumas iniciativas desenvolvidas a fim de promover maior interesse e engajamento da população. As ações de divulgação e convocação da população para participar das reuniões foram tentadas em diversos momentos. Também foi identificada na análise das atas e ratificada nas entrevistas a proposição de reuniões itinerantes, com o objetivo de aproximar os conselhos de saúde das comunidades.

> *A gente marca reunião, coloca no ar, bota carro de som [...] A gente pede a sociedade pra tá presente ali pra pressionar, né?! Talvez pra não passar determinado projeto ou para passar, e vai poucas pessoas.* (Entrevista 20, Guanambi – Usuário).

Os resultados demonstraram que as iniciativas de mobilização e recrutamento promovidas pelos conselhos, além de serem pontuais e fragmentadas, mostraram-se pouco efetivas. Não se identificou uma consistente capacidade de mobilização. As ações discutidas e aquelas que foram desenvolvidas se conformaram como de baixo poder atrativo e diminuta capacidade mobilizadora.

Discussão

A mobilização social foi analisada a partir de três níveis: o nível individual, que diz respeito aos fatores que influenciam as pessoas a se mobilizarem; o nível meso, relativo às entidades representativas das comunidades; e o nível macro, referente ao espaço deliberativo nos municípios, os conselhos de saúde. Em todas as três dimensões, evidenciaram-se exíguos níveis de envolvimento comunitário na saúde, o que demonstrou enfraquecer os processos de mobilização social. A análise dos resultados revelou um contexto de desinteresse dos cidadãos pela participação e de fragilidades das entidades representativas. Tais aspectos se relacionaram, também, com a restrita ação mobilizadora vivenciada pelos conselhos de saúde.

Apesar do protagonismo da participação e do envolvimento da sociedade civil na conformação das bases sociais do SUS, a sustentação de níveis elevados de mobilização social se constitui como elemento difícil de ser alcançado. Bispo Júnior e Serapioni[24] ressaltam que a mobilização social e o envolvimento comunitário constituem-se como importantes desafios para a efetiva atuação dos conselhos de saúde. Afirmam que níveis elevados de mobilização social se mostraram como algo difícil de ser mantido e que a institucionalização dos conselhos não foi suficiente para manter a sociedade civil articulada na defesa do sistema sanitário.

Ao discutir sobre o desinteresse dos cidadãos pelos espaços participativos, Valla[33] adverte sobre a necessidade de superar a crise de interpretação de acadêmicos e profissionais. Para o autor, o que, a princípio, poderia ser interpretado como falta de interesse e apatia, na verdade, é uma clara manifestação da população dos limites de melhoria viabilizados pelos espaços participativos formais. Além do mais, devem-se considerar, também, os elementos estruturais, sociais e políticos que, muitas vezes, limitam a expressão de demandas e a influências dos representantes sociais.

No que se refere à dimensão da cultura participativa, os resultados demonstraram limitado interesse das pessoas para a participação. A mobilização social foi afetada em razão de o nível individual da participação mostrar-se fragilizado. Um importante elemento que mostrou influenciar negativamente a disposição das pessoas em participar foi a descrença sobre o poder da mobilização social. Assim, o sentimento de descrédito se associa com a perda do senso de pertencimento social[7]. Ao desacreditar do poder de um grupo social, as pessoas se desconectam e passam a valorizar a busca de soluções individualistas. Nesse sentido, os autores sugerem que fortalecer os laços sociais e o senso de identidade estimula as pessoas a terem comportamentos em defesa do bem comum.

As dificuldades para o uso dos serviços de saúde também colaboraram para fragilizar o interesse dos indivíduos em participar. Ao longo dos mais de 30 anos de existência, o SUS nunca contou com financiamento suficiente e apresenta problemas estruturais que dificultam o acesso, a longitudinalidade e a qualidade dos cuidados em saúde[24]. Assim, insuficiências da atenção à saúde levam ao descrédito com o sistema de saúde e ao desinteresse em se mobilizar.

Na análise da meso dimensão atuação das entidades comunitárias representativas, os

resultados demonstram um cenário de transição tanto do tipo de entidades com maior protagonismo nos processos de mobilização como do *modus operandi* da sua atuação. As entidades que classicamente exercem a representação no âmbito dos conselhos, como sindicatos e associações de moradores, demonstraram perdas nos espaços representativos, ao passo que se observou a ascensão das entidades que se organizam a partir do reconhecimento.

Os novos movimentos sociais se fundamentam a partir da identidade entre iguais, com fortes laços afetivos que consolidam a unidade interna, em oposição aos diferentes ou às expressões sociais externas[12]. Esses movimentos se mobilizam pelos direitos de seus participantes, opõem-se à ordem social vigente, mas não buscam alterar significativamente as estruturas de poder[12]. No âmbito das instâncias participativas em saúde, Cohn[19] chama a atenção para os riscos inerentes ao caráter fracionado da participação organizada por interesses particulares específicos, o que pode conduzir a dificuldades de mobilização e pressão por direitos da saúde mais amplos e universais. No âmbito do presente estudo, embora os movimentos centrados no reconhecimento tenham apresentado maior poder de mobilização, esses se mostraram mais atuantes na defesa dos interesses específicos do grupo representado.

Também, a forma de atuação apresentou características que diferem dos movimentos sociais clássicos. O estudo identificou considerável poder de mobilização para ações específicas de formação de grupo de pressão para gerar tensão em contextos específicos, mas sem apresentar uma organização institucional consistente. De acordo com Ricci[12], a partir de 1990, fortaleceram-se a atuação de movimentos sociais mais fragmentados e uma tendência de transmutação da estabilidade da organização dos movimentos para a provisoriedade e imprevisibilidade das ações. O autor recorre ao termo enxameamento para expressar a provisoriedade das mobilizações.

No âmbito da macro dimensão dinâmica institucional dos conselhos de saúde, revelou-se insuficiente a capacidade de mobilização. Na subdimensão dinâmica interna, os resultados demonstraram como aspecto positivo o elevado poder de agenda dos representantes sociais. Por sua vez, evidenciou-se, também, que esses representantes possuem baixa capacidade de influenciar as decisões dos conselhos.

Os processos deliberativos no âmbito dos conselhos de saúde são marcados por consideráveis assimetrias de poder. Diversos estudos demonstram que os segmentos dos gestores exercem forte papel indutivo sobre as deliberações. Nos municípios de Marabá[25], no Pará, e Nova Canaã e Itapetinga[34], na Bahia, foram identificados processos deliberativos assimétricos com preponderante influência da gestão municipal na tomada de decisão. Tais achados corroboram as dificuldades de mobilização interna e de efetiva capacidade de influência política dos representantes sociais.

Sobre a dinâmica externa, evidenciaram-se exíguas ações de mobilização social desencadeadas pelos conselhos de saúde. A reduzida capacidade de mobilização se associa à falta de proximidade dos conselhos com a sociedade civil. Em muitos contextos, os conselhos são instâncias desconhecidas pela população[18] e com frágil interlocução com outros órgãos de controle[35]. É sugestivo que a tímida mobilização social dos conselhos influencie os níveis intermediários e individuais de mobilização.

Diante do exposto, importante contextualizar o momento político, social e sanitário vivenciado pelo País no período de realização do estudo, 2019-2022. Nos governos Temer e Bolsonaro, o Brasil vivenciou um forte ajuste fiscal, desmonte das políticas sociais e consistente ataque às instâncias participativas. No governo Bolsonaro, a democracia do País esteve ameaçada, e adotou-se uma postura de desestruturação da governança participativa.

As reiteradas afrontas à institucionalidade democrática e ao próprio SUS, promovidas pelo governo Bolsonaro, impuseram obstáculos à atuação dos conselhos de saúde e promoveram desestímulos aos processos de mobilização social e atuação das entidades representativas.

Também devem ser considerados os efeitos da covid-19 sobre a participação. Em razão das medidas preventivas de distanciamento, muitos conselhos de saúde tiveram as atividades descontinuadas ou enfraquecidas[36]. Além do mais, durante o período mais crítico da pandemia, os decisores políticos envolveram apenas grupos de especialistas no processo de tomada de decisão. Assim, ocorreu a secundarização da função deliberativa dos conselhos de saúde com a criação dos comitês de crise, com frágil envolvimento das instâncias participativas. Tal deslegitimação pode ter gerado repercussões para além do momento da pandemia, com o desencadeamento de processos de desmobilização social de longo prazo[36].

Por sua vez, cabe, também, refletir sobre a emergência de novos atores na esfera pública e novos processos de mobilização a partir da pandemia. A Frente pela Vida (FpV), que teve atuação inicial voltada para o enfrentamento da crise sanitária, constituiu-se em um forte movimento de mobilização da sociedade para a inclusão da saúde no projeto de desenvolvimento brasileiro[37]. A FpV consolidou-se como um importante ator social na conjuntura recente, tensionando o Estado na defesa da vida e do direito à saúde[38]. Também as conferências livres emergiram como uma nova estratégia mobilizadora e de aglutinação de interesses. A Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde, organizada pela FpV, em 2022, inspirou esse modelo de participação que é amplamente utilizado por movimentos sociais em defesa da saúde. É possível que esses novos atores e processos mobilizadores tenham influenciado positivamente as práticas participativas nos municípios estudados, especialmente no período da pandemia.

Considerações finais

Este estudo acrescenta à literatura fatores que podem potencializar a participação social e ampliar os processos de mobilização comunitária em saúde. A partir de três níveis de análise, foi possível identificar os fatores que interferem na mobilização social em saúde. No nível individual, verificou-se a diminuta disposição das pessoas para a participação, que se relacionou com a descrença sobre a participação e sobre a efetividade das ações de envolvimento comunitário. No nível intermediário, foi evidenciado que as entidades pautadas no reconhecimento demonstram maior capacidade de mobilização social do que as entidades representativas clássicas. No entanto, essas entidades atuam mais centradas na defesa de interesses específicos dos filiados do que na defesa de políticas de saúde abrangentes. O nível macro expressa que conselhos de saúde mantêm limitados níveis de participação da comunidade e restrita capacidade de envolvimento das comunidades.

Conclui-se sobre a necessidade de se ampliar os processos de mobilização social no âmbito da saúde. Para o fortalecimento da cultura participativa, é necessário que os espaços participativos sejam valorizados e que as demandas e vozes da população sejam consideradas no processo de tomada de decisão. O fomento à participação também perpassa o fortalecimento das entidades comunitárias e a valorização de políticas abrangentes, sem desconsiderar as necessidades de grupos específicos. Com isso, espera-se despertar o interesse e a confiança das pessoas, a fim de que participem dos movimentos e espaços de discussão, para, com isso, ampliar os processos de mobilização social para a defesa do SUS.

Colaboradores

Barros EM (0000-0001-9699-3825)* e Soares LCB (0000-0002-6992-4928)* contribuíram para coleta, análise e interpretação dos

dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Bispo-Júnior JP (0000-0003-4155-9612)* e Serapioni M (0000-0002-5761-2660)* contribuíram para concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. Silveira NMS (0000-0002-0180-054X)* e Temoteo-da-Silva B (0000-0003-0951-3489)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada. ■

Referências

1. World Health Organization. Voice, agency, empowerment – handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: WHO; 2021.

2. Zinszer K, Caprara A, Lima A, et al. Sustainable, healthy cities: protocol of a mixed methods evaluation of a cluster randomized controlled trial for Aedes control in Brazil using a community mobilization approach. Trials. 2021;21(1):182. DOI: https://doi.org/10.1186/s13063-019-3714-8

3. Marston C, Hinton R, Kean S, et al. Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. Bull World Health Organ. 2016;94(5):376-82. DOI: https://doi.org/10.2471/BLT.15.168492

4. Bourey C, Williams W, Bernstein EE, et al. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low- and middle-income countries: organizing evidence for prevention. BMC Public Health. 2015;15:1165. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-015-2460-4

5. Jalloh MF, Wilhelm E, Abad N, et al. Mobilize to vaccinate: lessons learned from social mobilization for immunization in low and middle-income countries. Hum Vaccin Immunother. 2020;16(5):1208-14. DOI: https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1661206

6. Gram L, Daruwalla N, Osrin D. Understanding participation dilemmas in community mobilisation: can collective action theory help? J Epidemiol Community Health. 2019;73(1):90-6. DOI: https://doi.org/10.1136/jech-2018-211045

7. Rogers T, Goldstein NJ, Fox CR. Social Mobilization. Annu Rev Psychol 2018;69(1):357-81. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033718

8. Fernandes VR, Luz ZP, Amorim AC, et al. O lugar da vigilância no SUS – entre os saberes e as práticas de mobilização social. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(10):3173-81. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.1772017

9. Diani M. The relational preconditions of trust in collective action fields. Int J Comp Sociol. 2023;65(4):517-36. DOI: https://doi.org/10.1177/00207152231220602

10. Klandermans B. Mobilization and Participation: Social-Psychological expansions of resource mobilization theory. Am Sociol Rev. 1984;49(5):583-600. DOI: https://doi.org/10.2307/2095417

11. Durán PR, Gerschman S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. Saude soc. 2014;23(3):884-96. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300012

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Ricci RG. Movimentos e mobilizações sociais no Brasil: de 2013 aos dias atuais. Saúde debate. 2018;42(Esp 3):90-107. DOI: https://doi.org/10.1590/0103--11042018S308

13. Gomes JF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde debate. 2021;45(131):1199-213. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118

14. Farias Filho MC, Silva AN, Mathis A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. Ciênc saúde coletiva. 2014;19(6):1911-9. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.08062013

15. Miwa M, Ventura C. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. Saúde debate. 2020;44(127):1246-54. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012722

16. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8

17. Bispo Júnior JP, Gerschman S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2015;31(1):183-93. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00086214

18. Serapioni M. Os desafios da participação e da cidadania nos sistemas de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2014;19(12):4829-39. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.02292013

19. Cohn A. "Caminhos da reforma sanitária", revisitado. Estud av. 2018;32(93):225-41. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180040

20. Ricardi LM, Shimizu HE, Santos LMP. As Conferências Nacionais de Saúde e o processo de planejamento do Ministério da Saúde. Saúde debate. 2017;41(Esp 3):155-70. DOI: https://doi.org/10.1590/0103--11042017S312

21. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

22. Simmons R, Birchall J. A joined- up approach to user participation in public services: strengthening the "Participation Chain". Soc Policy Adm. 2005;39(3):260-83. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2005.00439.x

23. Charles C, DeMaio S. Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. J Health Polit Policy Law. 1993;18(4):881-904. DOI: https://doi.org/10.1215/03616878-18-4-881

24. Bispo Júnior JP, Serapioni M. Community participation: Lessons and challenges of the 30 years of health councils in Brazil. J Glob Health. 2021;11:03061. DOI: https://doi.org/10.7189/jogh.11.03061

25. Rocha NF, Moreira MR. Participação, representação e deliberação no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Marabá-PA (2018-2020). Saúde debate. 2022;46(Esp 4):26-43. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E402

26. Calvo MC, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. Epidemiol Serv Saude. 2016;25(4):767-76. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010

27. Cidades e Estados Brasileiros [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; [sem data] [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/

28. Secretaria de Saúde do Estado (BA) [Internet]. Salvador: OBR; [sem data] [acesso em 2024 nov 12]. Informações da Macrorregião Sudoeste. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha_PDR_2022.pdf/

29. Conselho Nacional de Saúde (BR). Sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde-SIACS [Internet]. Brasília, DF: 2022 [acesso em 2024 jul 19]. Disponível em: http://aplicacao.saude.gov.br/siacs/login.jsf

30. Gabinete do Prefeito (Guanambi). Decreto nº 577, de 8 de dezembro de 2021. Nomeia membros do Conselho Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município de Guanambi. 2021 Dez 13; Ano XIII; Edição 2539; Seção 1:9-10.

31. Gibbs G. Análise de Dados Qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.

32. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.

33. Valla VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. Educ. Real. 2017;21(2):177-90.

34. Santos EP, Moreira DC, Bispo Júnior JP. Avaliação de desempenho dos conselhos de saúde em municípios de pequeno e médio porte. Saude Soc. 2021;30(3):e200356. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200356

35. Pereira IP, Chai CG, Dias RS, et al. Ministério Público, Conselhos Municipais de Saúde e as práticas do diálogo interinstitucional. Saude soc. 2019;28(2):111-23. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180474

36. Bispo Júnior JP, Morais MB. Participação comunitária no enfretamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. Cad Saúde Pública. 2020;36(8):e00151620. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620

37. Rizzotto MLF, Costa AM, Lobato LVC. Defender a democracia, o direito à saúde, a vida e o SUS: pauta da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular. Saúde debate. 2022;46(133):257-62. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213300

38. Fleury S, Moreira AEMM, Barreto M, et al. A Frente pela Vida e a atualização do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde debate. 2024;48(141):e8973. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241418973P

Recebido em 22/12/2024
Aprovado em 15/09/2025
Conflito de interesse: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

saúde
EM DEBATE

ENSAIO

Mobilidade ativa como prática corporal promotora da saúde no contexto escolar: oportunidades e desafios no Brasil

Active mobility as a health-promoting body practice in the school context: Opportunities and challenges

Livia Alessandra de Carvalho Teles[1], Ricardo Brandão de Oliveira[2], Silmara Vieira da Silva[3], Júlia Aparecida Devidé Nogueira[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710318P

RESUMO Mobilidade ativa é uma prática corporal importante para a promoção da saúde quando realizada como direito. Ela é complexa e desafiante, uma vez que requer enfrentar questões estruturais baseadas nas dimensões sociais e comerciais de saúde. A escola é um ambiente estratégico para favorecer a promoção da saúde por meio de processos formativos emancipatórios, que considerem os contextos de vida dos estudantes. Durante a infância, o indivíduo constrói gostos e preferências que podem permanecer por toda a vida. Iniciativas que fomentem hábitos saudáveis em idade escolar constituem relevante estratégia de promoção da saúde. Algumas políticas, projetos e agendas têm potencial para impulsionar a mobilidade ativa na escola na perspectiva da intersetorialidade, ajudando a superar a visão utilitarista da prática. Este ensaio debate o tema aproximando os campos da educação (física), da saúde (coletiva) e do planejamento (urbano). Apresenta limites e desafios para a materialização da mobilidade ativa no contexto escolar e aponta algumas contribuições do Programa Saúde na Escola. A mobilidade ativa deve ser tratada como devir de justiça e direito social, e, ao promover a saúde, pode favorecer o desenvolvimento humano, fortalecer a participação social, o acesso democrático aos territórios e serviços e a articulação de saberes e práticas.

PALAVRAS-CHAVE Mobilidade sustentável. Saúde do estudante. Exercício físico.

ABSTRACT *Active mobility is an important bodily practice for health promotion when practiced as a right. It is complex and challenging, as it requires addressing structural issues based on the social and commercial dimensions of health. Schools are a strategic environment for fostering health promotion through emancipatory educational processes that consider students' life contexts. During childhood, individuals develop tastes and preferences that can last a lifetime. Initiatives that foster healthy habits at a school age constitute a relevant health promotion strategy. Some policies, projects, and agendas have the potential to boost active mobility in schools from an intersectoral perspective, helping to overcome the utilitarian view of the practice. This essay discusses the topic by bridging the fields of (physical) education, (public) health, and (urban) planning. It presents the limits and challenges of implementing active mobility in schools, highlighting some contributions of the Health in Schools Program. Active mobility should be treated as a development of justice and a social right, and by promoting health, it can favor human development, strengthen social participation, democratic access to territories and services, and the articulation of knowledge and practices.*

KEYWORDS *Sustainable mobility. Student health. Exercise.*

[1] Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Educação Física (FEF) – Brasília (DF), Brasil. *liviale23@hotmail.com*

[2] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] BrCidades – Brasília (DF), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Mobilidade ativa se refere ao deslocamento que não utiliza veículos motorizados, como andar a pé ou de bicicleta, e envolve, portanto, uma atividade física. É o modo de deslocamento mais praticado pelas pessoas na maioria dos municípios brasileiros com menos de 100 mil habitantes – e quanto menor o porte populacional, maior a participação das viagens ativas[1]. Tal modo de deslocamento é frequente entre estudantes no trajeto escolar[2,3]. Mais do que um meio de se deslocar para/da escola, a mobilidade ativa pode oportunizar aos escolares o enriquecimento de suas práticas e vivências cotidianas, com impactos na socialização, na capacidade de aprendizagem e no bem-estar[4,5].

No nível individual, pensada como atividade física no deslocamento, a mobilidade ativa pode ampliar a aptidão cardiorrespiratória e a resistência muscular, além da produção de hormônios que regulam o bem-estar. Estudos epidemiológicos reportam que tais alterações amenizam o adoecimento e o mal-estar físico e mental, particularmente os de origem crônica, tais como: estresse, depressão, ansiedade, cardiopatias e outras doenças, reduzindo a morbimortalidade prematura[3]. No âmbito social, essa prática pode fortalecer a interação, a percepção das dinâmicas espaciais da cidade e as relações de pertencimento ao território[4]. No contexto urbano, melhora a qualidade do trânsito e contribui para a democratização dos espaços públicos, estimulando o uso adequado de áreas de pedestres e ciclistas em contraposição à hegemonia dos automóveis nas vias urbanas. Contribui ainda para a qualidade ambiental, a redução da poluição sonora, visual, do ar e das águas, e a melhora da qualidade dos espaços públicos, como calçadas, ciclovias, praças e parques[6,7].

Tais aspectos tornam-se mais relevantes ao reconhecer que a infância é a fase de construção e fixação de hábitos e preferências que podem permanecer por toda a vida[2]. Assim, é importante desenvolver políticas e programas que incentivem comportamentos saudáveis nessa etapa como um meio de promover o bem-estar[8]. Ao se envolverem em práticas corporais, as crianças e os adolescentes aprendem a gostar do movimento, favorecendo a constituição de gerações fisicamente ativas e saudáveis[9].

No entanto, a inatividade física e os comportamentos sedentários são bastante prevalentes – mesmo entre crianças e jovens no Brasil[2] –, e a mobilidade ativa não tem sido priorizada na maioria dos países[3]. No contexto brasileiro, o modelo de mobilidade urbana vigente está marcado por deficiências estruturais, como a precariedade da infraestrutura destinada a pedestres e ciclistas, os percursos longos a serem percorridos, o grande tempo dos deslocamentos e a insuficiência e falta de qualidade dos sistemas de transporte público, o que ficou mais evidente após a pandemia da covid-19[10]. Reunidas, tais características potencializam os efeitos nocivos do modelo de mobilidade urbana adotado sobre a saúde e o meio ambiente[11].

Em diálogo com diversas políticas e agendas que apontam a relação da mobilidade ativa com a promoção da saúde individual, coletiva e ambiental, buscamos defendê-la como uma estratégia interessante na perspectiva das práticas corporais promotoras da saúde, com particular relevância na instituição escolar. Aqui, o conceito de prática corporal difere epistemologicamente do termo atividade física ao destacar suas dimensões socioculturais e históricas. Trata-se de uma disputa conceitual que expressa tensões epistemológicas e políticas no campo da Educação Física (EF), tanto no plano conceitual quanto nas práxis do campo[12].

Assim, incentivar a mobilidade ativa como prática corporal promotora da saúde é um desafio complexo – no contexto escolar, mais ainda – por agregar outras dimensões da vida social e da formação. Requer explicitar e enfrentar questões estruturais de desigualdade para além dos fatores individuais, bem como problematizar também a culpabilização do indivíduo introjetada em nossa subjetividade

pelo pensamento hegemônico neoliberal, em particular, para estilos de vida, como a atividade física[10]. Deve ainda considerar o ambiente urbano geralmente com condições adversas à mobilidade ativa, com fragilidades na acessibilidade, segurança viária e segurança pública[11]. Para tal, há que articular diferentes atores, setores e campos do conhecimento[13], considerando as condições socioeconômicas e culturais em que vivem os estudantes, as condições socioterritoriais relativas às escolas e as condições climáticas cada vez mais extremas no Brasil.

Uma iniciativa relevante em termos de promoção da saúde no ambiente escolar é o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação para promover a qualidade de vida dos estudantes da rede pública por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde[13]. Desde a sua implementação, o programa tem avançado em termos de adesão, indo de 87,3% dos municípios em 2013 para 90,5% em 2017-2018, chegando a 97,3% em 2021-2022[14]. Em comemoração aos seus 15 anos, o Ministério da Saúde lançou o 'Guia de bolso do Programa Saúde na Escola: promoção da atividade física', para apoiar na realização de propostas que estimulem as atividades físicas e as práticas corporais[15].

Vale refletir, todavia, que, mesmo com os progressos do PSE, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) vem apontando várias questões relativas à saúde dos escolares: em 2019, 61,8% dos estudantes brasileiros de 13 a 17 anos eram insuficientemente ativos; e 8,7%, inativos, contribuindo para o excesso de peso e adoecimentos correlatos que afetam crianças e jovens[2]. Reconhecendo a relevância dos dados epidemiológicos apresentados para empreender as análises pretendidas, cabe destacar que a produção e o uso desses dados não devem ser fragmentados, circunscritos à perspectiva de risco epidemiológico, o que representa um desafio a ser superado em diversos âmbitos da Saúde Coletiva (SC).

Aspectos imprescindíveis para garantir os direitos à saúde, educação, lazer e mobilidade, já formalmente assegurados na Constituição de 1988, perpassam por superar a fragmentação das ações (setorialização), a visão utilitarista e a culpabilização individual reforçada pelo referencial biomédico hegemonicamente adotado pelos campos da saúde. Uma visão mais realista dos desafios é aportada quando interpretados consoante o conceito de Determinação Social da Saúde (DSS), que destaca os fatores econômicos, políticos, socioculturais e ambientais como determinantes dos estilos de vida[10,11,16].

Nessa direção, o presente ensaio se propõe a pensar criticamente e intersetorialmente na mobilidade ativa como prática corporal promotora da saúde no contexto escolar. Aporta estudos de outros países (33%), mas enfoca o Brasil (77%). Para tal, apresenta uma breve contextualização dos campos da EF; da SC; e do Planejamento Urbano (PU), em diálogo com o referencial da promoção da saúde. A seguir, apresenta políticas públicas, agendas e programas oriundos desses campos como oportunidades para a defesa do tema; posteriormente, discorre sobre os limites e desafios dessa temática. Por fim, tece algumas considerações sobre o PSE como um caminho para a efetividade da intersetorialidade entre EF, SC e PU no Brasil.

Breve contextualização dos campos da EF, SC e PU em diálogo com a promoção da saúde

Enquanto campo científico, a EF brasileira se desenvolveu historicamente a partir do militarismo, em seu tecnicismo, ancorada em referenciais biomédicos. Desde seu surgimento, suas práticas foram fortemente orientadas pela perspectiva da aptidão física ligada à eficiência, disciplina e higiene dos corpos. Contudo, em meados de 1980, um movimento crítico e renovador começou a ganhar força, buscando

desnaturalizar os paradigmas da aptidão física e da esportivização que sustentavam o campo.

Tal movimento se deu a partir da EF escolar que, apoiada no materialismo dialético e na concepção histórico-crítica, desenvolveu o conceito (e a práxis) da cultura corporal do movimento, aportando uma contextualização social e histórica à EF, em uma relação dialética entre a ação intencional do indivíduo e os condicionantes sociais que orientam e ressignificam essa ação[12].

No Brasil, também na década de 1980, em meio à luta pela redemocratização do País, a SC floresceu com a proposta de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do movimento político-ideológico-intelectual da Reforma Sanitária, em resposta às demandas sociais acirradas pelo período de ditadura militar na América Latina, que visava enfrentar as iniquidades em saúde por meio de políticas públicas. Nessa direção, o SUS assumiu um modelo de gestão descentralizada e participativa que considera os cenários regionais e favorece a equidade[17].

A partir do final dos anos 1990, já é possível destacar uma aproximação dos campos da EF com a SC, particularmente a partir dos debates e da defesa das práticas corporais e atividades físicas como uma estratégia emergente de promoção da saúde no SUS[18]. Aqui usamos ambos os conceitos – práticas corporais e atividades físicas –, alinhando-nos aos documentos oficiais do Ministério da Saúde[13,19]. O uso conjunto visa problematizar o jargão popularmente aceito de que atividades físicas promovem saúde, destacando que é fundamental problematizar o caráter reducionista que o permeia ao considerar a aptidão física como sinônimo de saúde, reforçando a noção biomédica e individualizada da saúde e do estilo de vida.

Nesse encontro, a SC contribui para a compreensão ampliada das práticas corporais baseada na DSS, explicitando a inter-relação dos fatores econômicos, políticos, socioculturais e ambientais nos estilos de vida[20]. Um documento que alicerça essa interface entre EF e SC é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006 e revista em 2014, ao contemplar as práticas corporais e as atividades físicas como temas prioritários para que todos alcancem seu potencial de saúde[19].

A institucionalização dos princípios do SUS e da promoção da saúde (equidade, participação social, autonomia, empoderamento, inter e intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade, territorialidade) conclama para a ampliação do escopo das intervenções em saúde considerando a relevância do acesso democrático a ambientes favoráveis à saúde[17,19]. Essa perspectiva abre espaço para que o PU seja considerado um campo de conhecimento estratégico para a promoção da saúde, pois as condições dos territórios e espaços urbanos incidem diretamente nos modos e na qualidade de vida das populações[11].

No Brasil, o PU ganhou força crítica a partir da década de 1980 com os movimentos pela reforma urbana, que defendiam a gestão democrática dos territórios e a efetivação do direito à cidade, articulando-se inclusive com princípios que nortearam os movimentos da Reforma Sanitária. O reconhecimento da função social da cidade, consagrado na Constituição de 1988, reflete a importância de um espaço urbano que promova o bem comum, condição essencial para a promoção da saúde[11]. Tal perspectiva contribui para a produção de territórios mais seguros, acessíveis e democráticos, possibilitando condições para que a mobilidade ativa se efetive como promotora da saúde.

Apesar disso, a despeito dos citados movimentos contra-hegemônicos de aproximação desses campos, há inflexões importantes, já que provocam tensionamentos e oposições teóricas e práticas à visão positivista e fragmentada que perpassa toda a sociedade. As disputas ideológicas internas aos campos seguem fortemente acirradas pelo contexto vigente[17,20]. As transformações ocorrem de maneira lenta e desigual, especialmente em face das pressões impostas pelo modelo econômico neoliberal, influenciando profundamente as políticas e os programas públicos que definem as condições de vida das pessoas[10,21].

O modelo hegemônico de desenvolvimento urbano adotado no Brasil intensifica desigualdades, evidenciando a necessidade de repensar em cidades que priorizem a justiça social e a promoção de cidades saudáveis[11]. Ele é configurado por interesses do mercado imobiliário, que tendem a concentrar a infraestrutura de qualidade, bem como a oferta mais eficiente de transporte e serviços, nas áreas urbanas de maior renda, reforçando desigualdades socioespaciais, especialmente para os mais vulneráveis. Nesse contexto, planos diretores frequentemente se tornam alvo de *lobbies* corporativos que buscam privilegiar a especulação imobiliária em detrimento do direito à cidade, ampliando processos de gentrificação e segregação.

Políticas, programas e agendas: oportunidades para atuação intersetorial

Considerar a mobilidade ativa como prática corporal promotora da saúde no contexto escolar pelas lentes articuladas da EF, da SC e do PU requer transcender as lógicas setoriais que orientam parte significativa das políticas e dos programas públicos, fortalecendo a intersetorialidade em algumas iniciativas.

A PNPS visa promover a equidade e a melhoria dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo as vulnerabilidades e os riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais[19]. Nesse contexto, o PSE contribuiu para a materialização de ações que primem pela saúde integral e pelo enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dos escolares[13]. Já a Agenda Convergente de Mobilidade Sustentável e Saúde[22] da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) propõe ampliar a qualidade de vida das populações, com vistas à garantia da sustentabilidade social, econômica e ambiental, por meio de iniciativas que promovam espaços saudáveis, na perspectiva do direito à cidade. A Agenda abarca três dimensões: a mobilidade urbana, a atividade física e a qualidade do ar; que devem ser integradas e alinhadas para contribuir para a consolidação desse projeto.

Em uma relação mais próxima entre as práticas corporais e a promoção da saúde, temos algumas outras oportunidades. As Residências Multiprofissionais em Saúde (2005) são voltadas para a educação em serviço, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) visa implementar essas práticas no SUS, com ênfase na atenção básica, na perspectiva da promoção da saúde e do cuidado integral e humanizado. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (2008) é composto por equipes multiprofissionais que compartilham e apoiam as práticas em saúde nos territórios. Instituído em 2011, o Programa Academia da Saúde configura-se como uma estratégia de promoção da saúde e cuidado no âmbito do SUS, por meio da implantação de espaços públicos – denominados polos – destinados à oferta de práticas corporais, atividades educativas e ações intersetoriais que incentivam modos de vida mais saudáveis. Há ainda o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (2021) que, também vinculado ao SUS, incentiva e aponta recomendações para uma vida ativa e com mais qualidade de vida para todas as idades.

Em âmbito internacional, o Plano de Ação Global para Atividade Física 2018-2030, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ressalta a importância de incorporar a atividade física na vida cotidiana (trabalho, estudo, lazer e deslocamento) para favorecer um mundo mais saudável. Em alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)[23], o Plano destaca o transporte sustentável como uma ação política voltada para a promoção da atividade física. Nesse contexto, propõe ações estratégicas,

como a capacitação de profissionais, o incentivo ao uso de bicicletas como meio de transporte, a criação e manutenção de ciclovias, a garantia de espaços públicos seguros para a prática de atividades físicas, o investimento na cultura do lazer ativo e a consolidação de políticas públicas acompanhadas de financiamento adequado.

No campo do PU, vale destacar o Estatuto da Cidade de 2001, a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU)[24] de 2012 e o Programa Bicicleta Brasil[25] de 2018. O Estatuto da Cidade estabelece instrumentos jurídicos, financeiros, tributários e urbanísticos que visam ao ordenamento territorial e ao cumprimento da função social da cidade, promovendo o bem-estar, a segurança e o equilíbrio ambiental. Além disso, determina que cidades com mais de 20 mil habitantes devam ter um plano diretor alinhado à elaboração de um plano de rotas acessíveis. Outrossim, que cidades com mais de 500 mil habitantes elaborem um plano de transporte urbano integrado e alinhado ao plano diretor, favorecendo uma mobilidade urbana mais inclusiva e sustentável.

A PNMU tem como diretriz priorizar os modos de transportes não motorizados sobre os motorizados, integrando o transporte e o desenvolvimento urbano, por meio de uma mobilidade mais sustentável e acessível, que atenda às necessidades de deslocamento das pessoas, valorize o espaço público e mitigue os custos ambientais, sociais e econômicos dos deslocamentos nas cidades[24]. O Programa Bicicleta Brasil incentiva o uso da bicicleta como meio de transporte, a ser implementado em todas as cidades com mais de 20 mil habitantes, para contribuir para a melhoria das condições de mobilidade urbana[25].

Há ainda conceitos específicos que são estimulados a compor os planos diretores e planos de transporte urbano integrado como o de Ruas Completas, almejando transformar ruas em espaços públicos acessíveis, seguros e integrados, priorizando a mobilidade ativa e sustentável; e o de Desenvolvimento Orientado ao Transporte Sustentável que incentiva a criação de bairros e zonas urbanas densas e mistas, onde moradia, trabalho, comércio e lazer estejam próximos ao transporte público, reduzindo a necessidade de deslocamentos longos e a dependência de veículos particulares[11].

Internacionalmente, podemos destacar a Agenda 2030[23] e a Nova Agenda Urbana[26], ambas publicadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). A Agenda 2030 apresenta 17 ODS integrados que contemplam ideias ousadas e transformadoras em prol do desenvolvimento planetário, conectando três dimensões – social, econômica e ambiental –, tendo por base os princípios da universalidade, integração, direitos humanos, soberania nacional e inclusão, sob o lema: não deixar ninguém para trás[23].

Por sua vez, a Nova Agenda Urbana[26] objetiva garantir o direito à cidade com orientações práticas sobre como o PU pode fomentar ações rumo aos ODS, para constituir cidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis. Essa Agenda relaciona o desenvolvimento urbano sustentável com melhores oportunidades e qualidade de vida nas cidades, convocando todos os atores e setores a dialogarem sobre a elaboração de políticas e ações, apresentando prioridades, iniciativas e ferramentas a serem utilizadas em nível local, regional, subnacional e nacional. Um dos principais temas é a apropriação dos espaços públicos pela sociedade, considerando-os como lugares de diversidade, do exercício das relações das comunidades, do lazer e do fortalecimento da cidadania[25].

Por fim, os relevantes debates encampados pela OMS, tais como as abordagens Saúde em Todas as Políticas e *One Health*, colaboram para enfrentar os desafios emergentes no campo da saúde. A primeira aspira garantir o direito à saúde por meio de políticas públicas articuladas, buscando enfrentar os Determinantes Sociais da Saúde em sua amplitude por meio do fortalecimento intersetorial do poder público e da população, almejando a construção de municípios saudáveis. A abordagem integrada do *One Health* ('Uma Só Saúde' em português)

surge com a finalidade de reconhecer a integração entre a saúde humana, animal, vegetal e ambiental, buscando soluções sustentáveis e conectadas para os problemas por meio da comunicação, cooperação, coordenação e colaboração partilhadas entre os atores e setores.

As políticas e os programas citados evidenciam a necessidade de uma nova governança intersetorial entre saúde, educação, PU, com universidades e terceiro setor para pensar em estratégias que defendam a mobilidade ativa, bem como para implementá-las. Tal intersetorialidade é necessária e viável, tendo o potencial de reduzir as barreiras da mobilidade ativa e de amenizar a perspectiva utilitarista e individualizada da prática, auxiliando na constituição de cidades e ambientes escolares saudáveis e sustentáveis, favorecendo a formação cidadã, particularmente entre crianças e adolescentes. Em um esforço para acelerar a implementação de ações intersetoriais de impacto sinérgico nos municípios, incluindo mudanças estruturais e comportamentais, um debate importante é a necessidade de criar indicadores de saúde urbana de forma intersetorial, que avaliem a saúde não apenas das pessoas, mas também das cidades, onde a promoção da saúde seja o alvo.

Mobilidade ativa como estratégia de promoção da saúde

Pensar na mobilidade ativa como estratégia de promoção da saúde e desenvolvimento sustentável não é inédito[6,23]. Contudo, sua relevância para o enfrentamento das desigualdades estruturais e dos crescentes desafios que impactam a vida e a saúde das populações, em meio a mudanças climáticas e à recente pandemia, é urgente e exige consistência intersetorial[6,10]. A busca por cidades saudáveis, sustentáveis e inclusivas evidencia o espaço urbano como limitador ou potencializador das agendas promotoras (ou não) da saúde, já que o PU impacta a forma de apropriação, permanência e deslocamento das pessoas e comunidades no seu existir cotidiano[11].

Instrumentos já citados, como a PNMU[24] e o Programa Bicicleta Brasil[25], oferecem diretrizes e mecanismos que priorizam modos ativos de deslocamento ao propor melhorias na qualidade física e funcional dos percursos, maior segurança e conforto para os deslocamentos ativos e sustentabilidade ambiental. Além disso, apresentam interfaces possíveis com a PNPS[19], especialmente na elaboração e implementação de planos de mobilidade e seus detalhamentos sobre rotas seguras e acessíveis para equipamentos públicos, como escolas e unidades de saúde.

Embora esses instrumentos institucionais (políticas, planos e indicadores governamentais) sejam necessários no fortalecimento das lutas pelo direito a uma mobilidade ativa promotora da saúde, colocá-la em prática, em especial no contexto urbano neoliberal, requer enfrentar imensos desafios. Desafios esses relativos ao processo de exclusão socioespacial e à precariedade das estruturas físicas e funcionais dos espaços e dos serviços que deveriam garantir a circulação democrática e segura das pessoas de todas as classes sociais, gênero, idade, raça/cor e etnia nas cidades[10,11].

Um desafio global para estimular a mobilidade ativa se refere à dimensão comercial da DSS em que, por exemplo, veículos motorizados e infraestrutura acionada para seu funcionamento geram mais lucro do que outros modos de deslocamento, favorecendo que as indústrias automotivas e do petróleo se posicionem contrárias às iniciativas de desenvolvimento saudável e sustentável. Ou ainda, os *lobbies* do setor imobiliário que reforçam a lógica da cidade como mercadoria e dificultam o acesso a serviços e oportunidades principalmente para os mais vulneráveis. Tal desafio precisa ser encarado para que seja possível avançar no financiamento público e na construção de estruturas que favoreçam a mobilidade ativa, a exemplo de ciclovias, calçadas e bicicletários. Cabe ainda a criação

de uma agenda intersetorial de pesquisa e *advocacy* sobre os impactos da indústria automotiva na mobilidade ativa e para desvelar os determinantes sociais e comerciais envolvidos na mobilidade urbana e a sua relação com a promoção da saúde[10,21].

Um relatório sobre a situação global da atividade física[27], incluindo dados sobre a mobilidade ativa, aponta que 76% dos países afirmam ter normas nacionais de segurança para pedestres e ciclistas, contudo, somente 42% têm uma política nacional de promoção da caminhada e do ciclismo e 40% promovem a caminhada e o ciclismo. O relatório aponta ainda falhas no monitoramento do Plano 2018-2030, por exemplo, ausência de dados globais de transporte ativo. Além disso, conclui que a ausência de uma legislação definida com práticas efetivas e a falta de normas para construir novas vias ampliam os riscos para praticantes de mobilidade ativa.

O direito a uma mobilidade ativa promotora da saúde está intimamente relacionado com o direito à cidade e diz respeito a um projeto de luta dos movimentos sociais para criar outra sociedade a partir da produção de um novo espaço que não seja regido pelo capitalismo, já que a cidade se transformou em fonte de lucro e disputa de poder pela coação do uso, expresso no acesso à moradia e serviços, que se desdobra na problemática da mobilidade, resultando na necessidade de grandes deslocamentos. Um estudo corrobora a estreita e complexa relação entre a sociedade e os espaços públicos, advogando por uma cidade humana, que prioriza sua função social e é planejada para que as pessoas se encontrem, convocando-nos a contribuir para a constituição de cidades vivas, seguras, saudáveis e sustentáveis[7].

> A mobilidade é um componente essencial à saúde da cidade. As cidades não podem ser pensadas para os carros. O ritmo do encontro é o ritmo da caminhada. Precisamos desenhar as nossas cidades para que o espaço do pedestre seja determinante e que outros modos leves de deslocamento, como a bicicleta, também sejam favorecidos[7(12)].

Efetivar materialmente a mobilidade ativa promotora da saúde como direito requer reconhecer sua íntima relação com as iniquidades sociais. A mobilidade urbana impacta a todos, mas afeta de forma mais intensa aqueles que residem em áreas periféricas das cidades e precisam se deslocar longas distâncias diariamente para trabalhar ou acessar serviços essenciais, como educação e saúde. Em muitos casos, parte desses trajetos é realizada a pé ou de bicicleta como forma de reduzir os custos com transporte, que frequentemente representam um peso financeiro significativo, especialmente entre mulheres negras de baixa renda[1]. Tal aspecto dificulta ainda mais o deslocamento devido à falta de recursos financeiros e/ou à limitada acessibilidade aos meios de transporte disponíveis. É fundamental lembrar que o direito à livre locomoção é assegurado pelo art. 5º, enquanto o direito ao transporte é garantido pelo art. 6º da Constituição Federal.

Para enfrentar essa questão no Brasil, destaca-se o atual e relevante debate sobre a tarifa zero, uma iniciativa que propõe a isenção do pagamento pelos usuários no transporte público. Essa política visa incentivar o uso do transporte coletivo, ampliando a mobilidade e facilitando os deslocamentos, especialmente para populações de baixa renda. Atualmente, 124 cidades brasileiras adotam a tarifa zero, sendo que, em 106 delas, a medida abrange todas as linhas durante todos os dias da semana, demonstrando ser uma estratégia eficaz para aumentar a utilização do transporte público e promover maior inclusão social[28]. Vale destacar que, mesmo nos casos em que há utilização do transporte público, as pessoas ainda realizam parte do deslocamento a pé, configurando o recente conceito da micromobilidade. Isso inclui o trajeto de casa até o ponto de embarque e, posteriormente, do ponto de desembarque até o destino, por exemplo, o caminho até a escola[11,28].

Assim, é relevante definir se a mobilidade ativa está sendo realizada como uma necessidade para mitigar dificuldades socioeconômicas ou uma escolha consciente relativa aos

referidos benefícios dessa prática. Tal debate merece ser aprofundado, uma vez que pesquisas nacionais sobre atividade física no deslocamento não diferenciam se essa prática é feita por escolha ou por necessidade, o que reforça o caráter utilitarista que ainda se atribui à atividade física[2,10,29].

Desenvolver cidades mais justas e saudáveis e o direito ao transporte e à livre locomoção previstos na Constituição brasileira significa reconhecer também a fragilidade e a fragmentação de suas práticas para além da teoria. Promover a mobilidade ativa como um direito à saúde e à cidade, e um devir de justiça social, requer decisão política, mobilização e articulação social. É fundamental conceber estratégias que viabilizem a implementação de ações integradas nos territórios, pois sustentar o diálogo a partir da intersetorialidade pode fortalecer a conexão entre saberes, potencialidades e experiências de indivíduos, grupos e setores, facilitando a construção de intervenções compartilhadas. Esse processo é crucial para o estabelecimento de vínculos, corresponsabilidade e cogestão em torno de objetivos comuns. Um desafio relevante nesse contexto reside na conexão entre setores e redes durante o planejamento e a execução dessas ações, o que, inclusive, já foi evidenciado em programas de natureza intersetorial, como o PSE[14,30,31].

O PSE como caminho para a materialização da intersetorialidade necessária

Partindo do repertório de políticas e programas citados a partir dos três campos (EF, SC e PU), e ao considerar o contexto escolar a partir da DSS, o PSE parece emergir como potência para favorecer as abordagens multidisciplinares, intersetoriais e em rede, especialmente em nível local, tão necessárias para a efetivação da mobilidade ativa como prática corporal promotora da saúde no contexto escolar. Algumas potencialidades já mapeadas do PSE são: poder acompanhar as condições de saúde dos escolares, aumentar o acesso à informação e a integração entre os setores, e fortalecer a relação com a comunidade[31]. Não que ele, por si só, abranja todos os aspectos necessários, mas pode ser um roteador dos aspectos relevantes já apresentados. Ou seja, o PSE pode ser o elemento que direciona e articula essas políticas de maneira integrada na proposta de uma mobilidade ativa que se efetive como prática corporal promotora da saúde no contexto escolar.

> A escola, por ser um âmbito que comporta grande parte dos adolescentes e jovens, tornou-se instrumento ativo de disseminação e incentivo a hábitos e práticas saudáveis, realizadas, em sua maioria, por intermédio de programas e ações de educação em saúde, a exemplo do Programa Saúde na Escola (PSE)[32(63)].

No entanto, entre as fragilidades já identificadas do programa, estão: o desconhecimento do programa por parte dos profissionais da educação, sua cobertura parcial, o excesso de atividades e eventos pontuais, a falta de recursos humanos e de infraestrutura[31]. Um dos aspectos importantes para qualificar criticamente o PSE seria a superação da visão utilitarista, setorializada e individualizada presente em parte de seus documentos e intervenções. A criação de câmaras técnicas intersetoriais pode favorecer a aproximação dos gestores de programas de diferentes secretarias, ampliando as chances de diálogo e da implementação de iniciativas nos locais de interesse.

Nessa direção, o 'Guia de bolso do Programa Saúde na Escola: promoção da atividade física' conecta os temas ao propor uma oficina sobre os tipos e a história dos meios de transporte[15], sendo relevante expandir as ações educativas que fomentem a mobilidade ativa na comunidade escolar. Todavia, é fundamental considerar que os comportamentos são modificáveis,

não a partir de escolhas meramente individuais, mas fruto de uma cultura e de oportunidades coletivas.

Ao buscar identificar os determinantes e os contextos da prática da mobilidade ativa no contexto escolar, revisões de literatura apontam que os desafios para essa prática estão, em sua maioria, relacionados com fatores socioeconômicos, ambientais e culturais. Alguns exemplos de barreira à prática foram: maior distância do destino; melhor *status* econômico; ter veículo motorizado; maior nível de escolaridade da mãe; ser do sexo feminino; maior tempo de trabalho dos pais; estar em zona urbana; criminalidade; ausência de árvores; presença de animais soltos; muita coisa para carregar; e *bullying*[5,33].

Assim, algumas ações para reduzir as adversidades da mobilidade ativa escolar podem ser: pensar no entorno da escola; garantir calçadas e ciclovias com integração aos diferentes modos de transportes; implementar zonas com redutores de velocidade; ampliar a segurança pública; desenvolver programas de carona solidária a pé e de bicicleta; criar corredores monitorados no trajeto escolar; incluir o tema da mobilidade ativa na matriz curricular e desenvolvê-lo por meio de ações educativas; implementar armários e bicicletários nas escolas.

Já os facilitadores da mobilidade ativa no contexto escolar identificados na literatura foram: ter pais que usam transporte ativo; pais com boa percepção e expectativa sobre estruturas e segurança; presença de um adulto no trajeto; ser do sexo masculino; ter menor satisfação nas relações familiares; morar em grandes cidades; e temperaturas matinais mais quentes[5,34]. Em adição, estratégias que associam atividades educacionais com mudança na infraestrutura e iniciativas práticas que mobilizam a comunidade têm resultados mais positivos no fomento da mobilidade ativa no trajeto escolar do que apenas oficinas educativas e sessões informativas[3,6].

Cabe destacar que diferentes contextos podem revelar barreiras ou facilitadores distintos à prática, reiterando a importância de propor intervenções a partir do território. Como exemplo, dados de mobilidade ativa na população brasileira indicam que cidades menores tendem a apresentar maiores índices dessa prática[1]; em contrapartida, nos Estados Unidos da América, morar em grandes cidades parece ser um facilitador para a mobilidade ativa de estudantes no trajeto escolar[4], um aspecto que necessita ser mais bem analisado futuramente.

Para fomentar a mobilidade ativa no trajeto escolar, devemos buscar aproximar teoria e prática considerando a DSS, consolidando princípios como a integralidade (do saber, do sujeito e do cuidado), a intersetorialidade (metodológica e prática) e a participação social. Tais desafios também se impõem à efetivação do PSE[31]. Ademais, a consolidação de políticas e programas intersetoriais, bem como o desenvolvimento de ações multiestratégicas voltadas à construção coletiva de um ambiente escolar mais saudável, requerem uma atuação profissional crítica e emancipadora – com ênfase na dimensão pedagógica –, capaz de potencializar a formação cidadã e promover a criação de vínculos que fortaleçam o ideal da promoção da saúde.

Para que tal atuação crítica seja possível, os atores dos campos e setores envolvidos precisam se apropriar efetivamente de referenciais das ciências humanas e sociais que sustentam o entendimento dos estilos de vida e da saúde como resultado da DSS[11,16]. A falta de consciência política da sociedade, reproduzida e reforçada pela atuação profissional tradicional (em pesquisas, intervenções, documentos, programas e na formação escolar), é um desafio relevante à efetivação da mobilidade ativa como prática corporal promotora da saúde no contexto escolar. Nesse contexto, o professor é um importante formador de opiniões e pode fortalecer as relações horizontais entre os

campos de conhecimento e a comunidade, em prol da qualidade de vida.

Cabe destacar que, para além do PSE, que não tem enfoque na prática da atividade física, inexistem, no Brasil, programas ou ações governamentais de promoção de atividade física para estudantes. O professor de EF, atuando na escola ou no setor saúde, é um ator relevante para favorecer a parceria saúde-educação, já prevista no PSE, oportunizando que as escolas cumpram sua missão formativa e promotora da saúde, democratizando as práticas corporais, inclusive por meio da mobilidade ativa. Na escola, a EF pode propor práticas corporais que sejam prazerosas, culturalmente adaptadas e sustentáveis, propiciando o desenvolvimento de habilidades, a socialização e a segurança entre os estudantes; além de favorecer estilos de vida saudáveis e melhorar a qualidade de vida nas comunidades e cidades[2,31].

Mais ainda, ao se articular com a SC e o PU, o campo da EF deve ultrapassar os muros da escola para conhecer os territórios e compreender as condições de vida das pessoas, promovendo escuta atenta e diálogos profícuos, ampliando as possibilidades de transformação dos ambientes. Para tal, deve enfrentar o *status quo* que difunde práticas tecnicistas e se manter vigilante para não sustentar uma defesa utilitarista e alienada da mobilidade ativa[10,16,20].

Em síntese, promover a mobilidade ativa, sobretudo a partir do contexto escolar, como um direito à saúde e à cidade, requer uma visão integral, que não fragmente as iniciativas nem suas relações multidimensionais; e combater as iniquidades, favorecendo a universalidade e a integralidade na saúde. Para tal, é fundamental também problematizar o arcabouço teórico-metodológico adotado não só na epidemiologia tradicional, mas também em grande parte das formações profissionais e no fazer político.

Para que a mobilidade ativa seja, de fato, promotora de saúde, precisamos caminhar rumo a uma efetiva articulação intersetorial e à mobilização popular para inserir o tema da saúde em todas as políticas. Ademais, é necessário articular esforços e trabalhar coletivamente com vistas à construção de uma sociedade em que a atividade física seja priorizada e integrada ao cotidiano das pessoas[9]. O PSE tem a oportunidade de contribuir significativamente para ampliar as práticas corporais e a atividade física dos escolares, favorecendo que a instituição escolar propicie um ambiente saudável e eficiente para o aprendizado e o desenvolvimento plenos[13,35].

Considerações finais

Apresentamos aqui reflexões sobre a mobilidade ativa como prática corporal, alicerçadas no referencial da promoção da saúde, para além de uma visão utilitária positivista da atividade física. Ao reconhecer que a mobilidade urbana está intrinsecamente vinculada ao modelo de cidade e de sociedade em que se insere, compreende-se a correlação de sua prática com a DSS. A mobilidade ativa deve ser tratada como um devir de justiça e direito social. No contexto escolar, deve ser uma temática desenvolvida de forma transversal no currículo, contribuindo para a formação de cidadãos ativos e participativos e para a construção de escolas mais saudáveis e cidades mais sustentáveis. O deslocamento realizado por meio de uma prática corporal pode promover a saúde de indivíduos, comunidades e territórios ao favorecer o desenvolvimento humano, fortalecer a participação social, o acesso democrático aos serviços e a articulação de saberes e práticas a partir das realidades dos ambientes. Ainda que o desenvolvimento da mobilidade ativa no contexto escolar seja um desafio complexo, tem no alinhamento com o PSE uma oportunidade para fomentar a intersetorialidade, as ações multiestratégicas, a sustentabilidade e o protagonismo juvenil, incluindo a pactuação de indicadores de sucesso. Os atores envolvidos no processo devem, coletivamente, trabalhar na perspectiva de fortalecer as redes colaborativas entre os setores para desenvolver ambientes escolares mais saudáveis e sustentáveis, como um direito social.

Colaboradores

Teles LAC (0000-0002-2386-4798)* e Nogueira JAD (0000-0002-0318-1973)* colaboraram para concepção do trabalho, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica dos conteúdos e aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira RB (0000-0001-9355-6718)* e Silva SV (0000-0001-6900-3275)* colaboraram para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica dos conteúdos intelectuais importantes e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Associação Nacional de Transportes Públicos. Sistema de Informações da Mobilidade Urbana da Associação Nacional de Transportes Público – SIMOB/ANTP. Relatório geral 2018 [Internet]. [local desconhecido]: ANTP; 2020 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: https://files.antp.org.br/simob/sistema-de-informacoes-da-mobilidade--simob--2018.pdf

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2019. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.

3. Larouche R, Mammen G, Rowe DA, et al. Effectiveness of active school transport interventions: a systematic review and update. BMC Public Health. 2018;18(1):206. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-017-5005-1

4. Porskamp T, Ergler C, Pilot E, et al. The importance of social capital for young People's active transport and independent mobility in rural Otago, New Zealand. Health Place. 2019:60:102216. DOI: https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102216

5. Teles LAC, Nogueira JAD, Oliveira FJA, et al. Transporte ativo no trajeto escolar: uma revisão integrativa. R Bras Ci e Mov. 2020;28(2):65-75. DOI: https://doi.org/10.31501/rbcm.v28i2.10617

6. Tagliari IA, Pawlowsky U. A mobilidade ativa e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030, com foco na educação para a saúde e para o meio ambiente: Uma análise a partir das características do indivíduo, do ambiente e da tarefa. Res Soc Dev. 2021;10(6):e47510616052. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16052

7. Gehl J. Cidades Para Pessoas. Tradução Anita Di Marco. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

8. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, et al., editores. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada [Internet]. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/332104

9. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Projeto escolas e comunidades ativas: documento referencial [Internet]. [local desconhecido]: PNUD; 2016 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/709966795/escolas-e-comunidades-ativas.

10. Oliveira RB, Silva RG. Ciências da atividade física como protagonista de uma agenda multisetorial de

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

pesquisa e advocacy na promoção da mobilidade ativa. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 2021;26:e0189. DOI: https://doi.org/10.12820/rbafs.26e0189

11. Silva SVD, Dall'alba R, Delduque MC. Mobilidade urbana e determinação social da saúde, uma reflexão. Saúde Soc. 2023;32:e220928pt. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220928pt

12. Bracht V. Sociologia crítica do esporte: uma introdução. 3ª ed. Ijuí: Ed. Unijuí; 2005.

13. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

14. Fernandes LA, Shimizu1 HE, Prado Neto PF, et al. Trajetória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil. Saúde debate. 2022;46(Esp 3):13-28. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E301

15. Ministério da Saúde (BR). Guia de Bolso do Programa Saúde na Escola: promoção da atividade física. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.

16. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, et al. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. Saúde soc. 2018;27(1):106-15. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170520

17. Rocha D, Akerman M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a estratégia de saúde da família? Em que sentido podemos seguir? In: Souza MF, Franco MS, Mendonça AVM. Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas – SP: Saberes Editora; 2014. p. 720-754.

18. Gomes IM, Fraga AB, Carvalho YM, organizadores. Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2015 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/project/praticas-corporais-no-campo-da-saude-uma-politica-em-formacao-2/

19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

20. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(6):1913-22. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.23882015

21. Organização Pan-Americana da Saúde. Marco de referência sobre a dimensão comercial dos determinantes sociais da saúde: articulação com a agenda de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.

22. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda Convergente Mobilidade Sustentável e Saúde. Documento de Referência. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.

23. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. Nova York: ONU; 2015 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel

24. Presidência da República (BR). Lei nº. 12.587, de 3 de janeiro e 2012. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos Decretos-Leis nos 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº. 5.452, de 1º de maio de 1943 e das Leis nos 5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 jan 4; Edição 3; Seção I:1.

25. Presidência da República (BR). Lei nº 13.724, de 4 de outubro de 2018. Institui o Programa Bicicleta Brasil (PBB) para incentivar o uso da bicicleta visando à melhoria das condições de mobilidade urbana. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 out 5; Edição 193; Seção I:3.

26. Organização das Nações Unidas. A nova agenda urbana [Internet]. Tradução: ONU Habitat Brasil. Kenya: UNU; 2020 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: https://unhabitat.org/sites/default/files/2022/11/20221027_nova_agenda_urbana_portugues.pdf

27. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre o ponto de situação global da atividade física 2022: sumário executivo. Tradução realizada pelo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) da Direção-Geral da Saúde (DGS) [Internet]. Local desconhecido: OMS; 2022 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365405/9789240060449-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. Associação Nacional das Empresas de Transportes Urbanos (NTU). Tarifa zero nas cidades do Brasil [Internet]. Brasília, DF: NTU; 2024 [acesso em 2025 jul 26]. Disponível em https://ntu.org.br/novo/upload/Publicacao/Pub638556169862602254.pdf

29. Salvo DJA, Adlakha D, Sarmiento OL, et al. When Moving Is the Only Option: The Role of Necessity Versus Choice for Understanding and Promoting Physical Activity in Low- and Middle-Income Countries. Annu Rev Public Health. 2023:44:151-169. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071321-042211

30. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do programa saúde na escola e promoção da saúde: revisão integrativa. Saúde debate. 2018;42(118):773-89. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819

31. Rumor PCF, Heidemann ITSB, Souza JB, et al. Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. Saúde debate. 2022;46(Esp 3):116-28. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E308

32. Andrade PMC, Silva RT, Pereira TP, et al. Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE. Saúde debate. 2022;46(Esp 3):62-71. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E304

33. Silva RG, Vilela SH, Fontes IA, et al. A importância da mobilidade ativa e do ambiente construído sobre os níveis de atividade física de adolescentes vulneráveis. Escolha ou necessidade?. Cuad Ed Desar. 2024;16(10):e6103. DOI: https://doi.org/10.55905/cuadv16n10-169

34. Mendoza JA, Cowan D, Liu Y. Predictors of children's active commuting to school: an observational evaluation in five US communities. J Phys Act Health. 2014;11(4):729-33. DOI: https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0322.

35. Viana FAN, Maia UMC, Morgan DAR. Programa saúde na escola (PSE): o olhar sobre a participação da educação física escolar. Redfoco. 2017;4(1):11-23. DOI: https://doi.org/10.59776/2358-243X.2017.687

Recebido em 07/03/2025
Aprovado em 05/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

saúde
EM DEBATE

El derecho a la salud de los trabajadores y trabajadoras de salud en los países de Latinoamérica y el Caribe: ¿lejos de alcance?

The right to health of health care workers in Latin America and Caribbean countries: Far from reaching?

Michelle Guillou Maudet[1], Mario Parada-Lezcano[2]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710490E

RESUMEN El objetivo del artículo es analizar las evidencias, y la falta de ellas, sobre la salud ocupacional de los trabajadores/as de salud, comparadas con otros sectores de actividad, identificando, en las políticas y normativas de 11 países de Latinoamérica y el Caribe, los componentes existentes de protección, compensación y prevención de riesgos laborales y proponer un abordaje enfocado en la epidemiologia social. Se analizan las estadísticas de accidentes y enfermedades profesionales por sector de actividad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); los resultados del estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre los efectos de la pandemia por covid-19 en la salud mental del personal sanitario; evidencias sobre la mortalidad por suicidio en personal de salud, comparada con la población general; datos de la OIT sobre la ratificación de los convenios de protección de salud de los trabajadores/as y la cobertura efectiva. Se discuten las implicancias del derecho a la salud aplicado a los trabajadores/as de salud bajo el enfoque de la epidemiologia social. Finalmente, se proponen las dimensiones clave a considerar para la formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud laboral centradas en la salud-enfermedad-atención y cuidados de los trabajadores/as de salud.

PALABRAS CLAVE Trabajadores de la salud. Derecho a la salud. Salud ocupacional.

ABSTRACT *The aim of this paper is to reflect on the evidence, and the lack of it, on the occupational health of health workers, compared with other sectors of activity, identifying, in the policies and regulations of 11 Latin American and Caribbean countries, the existing components of protection, compensation and prevention of occupational hazards and propose an approach focused on social epidemiology. Statistics on work injuries and diseases by sector of activity of the International Labor Organization (ILO) are analyzed; the results of the Pan American Health Organization (PAHO) study on the effects of the covid-19 pandemic on the mental health of health personnel; evidence on mortality by suicide in health personnel, compared with the general population; data from ILO on the ratification of health protection conventions for workers and effective coverage. The implications of the right to health as applied to health workers are discussed under the approach of social epidemiology. Finally, the key dimensions to be considered for the formulation, implementation and evaluation of occupational health and safety policies focused on health-illness-health care for health workers are put forward.*

KEYWORDS *Health care workers. Right to health. Occupational health and safety.*

[1] Organización Panamericana de la Salud – Santiago, Chile.
mguilloum@yahoo.fr

[2] Universidad de Valparaíso, Escuela de Medicina – Viña del Mar, Chile.

Este es un artículo publicado en acceso abierto (Open Access), bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Introducción

La pandemia por covid-19 ha hecho visible el papel primordial del personal sanitario para enfrentarla, recordando a su vez las deficiencias de los sistemas de salud en el ámbito de los recursos humanos. "Para el trabajador de la salud, habrá un 'antes' y un 'después' del covid-19"[1](1).

Esta crisis sociosanitaria significó un alto precio para los trabajadores de salud (TTSS) y ha demostrado un peligroso descuido de su salud, seguridad y bienestar[2]. En 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que cerca de 570.000 TTSS se habían infectado y 2.500 habían muerto por covid-19 en las Américas[3]. En un comunicado de prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Internacional del Trabajo (OIT) del 21 de febrero de 2022, se recordaba que "incluso antes de la pandemia el sector sanitario se encontraba entre los sectores más peligrosos para trabajar"[4](1).

Estos datos relevantes no deben hacer olvidar que la crisis mundial de recursos humanos en salud se conoce desde al menos dos décadas[5]. En las Américas, esta persistente situación ha suscitado una serie de iniciativas de la OPS, hasta convertirse en un eje central de la 'Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud'[6,7]. El personal sanitario es aquel que contribuye al ejercicio del derecho humano a la salud por parte de la población, son determinantes sociales de la salud-enfermedad-atención y cuidados. Una pregunta importante que responder es si ¿están reunidas las condiciones para una plena aplicación de este derecho a los trabajadores/as de salud?

Como parte de los derechos humanos, el derecho a la salud es universal y asiste a todas las personas, independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. El derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud son compromisos jurídicamente vinculantes consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos[8]. Es importante destacar que, aunque se presentan como categorías separadas, los derechos humanos son interdependientes e interrelacionados. La garantía efectiva de los derechos humanos implica reconocer y proteger tanto los derechos sociales como los políticos, ya que ambos son esenciales para el desarrollo pleno y equitativo de las personas y las sociedades.

Los derechos sociales, entre los que se considera el derecho a la salud, son un conjunto de derechos que buscan garantizar condiciones básicas de vida y bienestar para todas las personas en una sociedad. Estos derechos están diseñados para promover la igualdad y prevenir la exclusión social, asegurando que todos tengan acceso a condiciones de vida dignas. Se encuentran consagrados en diversos instrumentos legales y documentos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros tratados internacionales. Además, su implementación a menudo requiere la colaboración y el compromiso del Estado, la sociedad civil y otras instituciones para asegurar que se cumplan de manera equitativa y efectiva.

En Chile, el 'Cabildo Salud un Derecho – Lautaro Fernández Milla', agrupación de personas vinculadas al sector salud, ha elaborado una propuesta de redacción del Derecho a la Salud para los procesos constitucionales que tuvieron lugar en 2021-2022 y 2023 en el país. Habiendo obtenido el apoyo de organizaciones sindicales y comunitarias y la cantidad de firmas requeridas en ambos procesos, esta propuesta fue presentada a los organismos redactores de propuestas Constitucionales. Considera el Derecho a la Salud como

> [...] un derecho humano, fundamental y social, que tiene por fin el disfrute del más alto nivel de salud y bienestar de las personas y comunidades. Se entiende la salud como una construcción social y resultado de las condiciones económicas, políticas, sociales, culturales, educacionales, laborales y de las interrelaciones

de las personas y comunidades, en su entorno natural, cultural, social y laboral[9](103).

Por otra parte, comprender y abordar la determinación social de la salud-enfermedad-atención-cuidados (SEAC) es fundamental para desarrollar políticas y prácticas de salud más efectivas y equitativas, ya que permite abordar las causas subyacentes de las disparidades en salud y promover un enfoque más holístico para mejorar el bienestar de las comunidades en general, y de los TTSS en particular.

La comprensión de las enfermedades como fenómenos socialmente determinados es central para abordar las desigualdades en salud. Esto implica no solo el tratamiento de los aspectos biomédicos y curativos, sino también la identificación y abordaje de las determinaciones sociales de la SEAC, como son las condiciones laborales materiales y simbólicas y las políticas sociales de salud y trabajo. Así, el enfoque de las enfermedades como socialmente determinadas destaca la importancia de intervenciones a nivel político, social, económico y ambiental.

Investigadores latinoamericanos han insistido en que para el bienestar y la equidad se deben entrelazar tres transformaciones complementarias: primero, replantear la SEAC en su complejidad, como objeto multidimensional, sometido a un proceso dialéctico de determinación; segundo, innovar en las categorías y metodologías para su estudio y comprensión y, tercero, una transformación de las proyecciones y relaciones prácticas de las fuerzas sociales movilizadas[10].

Un aspecto central para el análisis de las condiciones de SEAC en los trabajadores es la conceptualización de vulnerabilidad, que está a la base de la presencia o no de condiciones saludables o que enferman en el entorno laboral y en la vida cotidiana. Es así como la vulnerabilidad se visualiza aquí como la intersección de condiciones materiales, políticas, culturales, jurídicas y simbólicas, que orientan los saberes y prácticas en SEAC. Este enfoque permite análisis multidimensionales, para hacer frente a las condiciones sociales adversas, orientando las intervenciones políticas y técnicas[11].

Siguiendo a Porto[12], las poblaciones vulneradas, como pueden considerarse a los trabajadores de salud en muchos escenarios, se encuentran sumergidas en un conjunto de relaciones de poder, involucrando intereses políticos y económicos que expresan disputas entre diferentes sentidos y valores culturales, como por ejemplo, diferentes significados de la SEAC, equidad, bienestar, etc. Se debe reconocer la existencia de los conflictos que emergen en los territorios, para que los análisis de vulnerabilidad o del proceso de vulnerabilización no soslayen la dimensión dialéctica de la historia y sus procesos de construcción social.

El objetivo del artículo es analizar las evidencias, y la falta de ellas, de las principales problemáticas de salud del personal de salud, identificando en las políticas y normativas laborales de países de Latinoamérica y el Caribe (LAC), los componentes existentes de protección de la salud y prevención de riesgos laborales y las propuestas de abordaje integral del derecho humano a la salud aplicado a los TTSS.

Material y métodos

Ensayo que analiza las estadísticas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por sector de actividad, publicadas por la OIT; los resultados del trabajo 'COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)' coordinado por OPS; evidencias sobre la mortalidad por suicidio en personal sanitario, comparadas con la población general; datos de la OIT sobre la ratificación de los convenios sobre la protección de salud de los trabajadores y la proporción de personas efectivamente cubiertas en LAC; resultados de estudio de OPS sobre las normativas vigentes de Recursos Humanos en Salud en 11 países de la región; una discusión de las implicancias del derecho a la salud integral aplicado a los TTSS.

Resultados

Según la información proporcionada por la OIT[13], las actividades de salud y servicios sociales son relevantes en cuanto a las altas incidencias de accidentes del trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP). Las estadísticas disponibles por región o país lo clasifican entre los sectores de mayor riesgo para trabajar en varios países de América y Europa (*tabla 1*). La OIT señala que los datos de AT provienen en cada país de varias fuentes, por lo cual no son estrictamente comparables y que no todos los países informan con regularidad el indicador del número de AT por 100.000 trabajadores protegidos por la seguridad social, desglosado por actividad económica.

Con frecuencia se ubica en el 4º o 3er lugar, detrás de áreas caracterizadas por un alto nivel de accidentabilidad tales como la construcción, la manufactura y el transporte.

Tabla 1. Rango de las tasas de accidentes no fatales del trabajo por 100.000 trabajadores adscritos a la seguridad social. Países seleccionados de América y Europa, por sector de actividad económica con más accidentabilidad. Varios años

Países *	Sectores de actividad económica **	Rango *** año 2018 o 2019	Rango año 2021, 2022 o 2023
Argentina	Construcción	1	1
	Manufactura	2	2
	Transporte	3	3
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*4*
Belice	Construcción	1	1
	Manufactura	2	2
	Transporte	3	3
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*4*
Brasil (2011)	Construcción	3	S/I
	Manufactura	1	S/I
	Transporte	2	S/I
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*S/I*
Colombia	Construcción	2	4
	Manufactura	1	1
	Transporte	4	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	*3*	*3*
Chile	Construcción	3	S/I
	Manufactura	1	S/I
	Transporte	2	S/I
	Comercio mayorista y retail	4	S/I
	Salud Humana y Servicios Sociales	*5*	*S/I*
México	Construcción	2	2
	Manufactura	3	4
	Transporte	1	1
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*3*
Canadá	Construcción	3	3
	Manufactura	1	2
	Transporte	4	4
	Salud Humana y Servicios Sociales	*2*	*1*

Tabla 1. Rango de las tasas de accidentes no fatales del trabajo por 100.000 trabajadores adscritos a la seguridad social. Países seleccionados de América y Europa, por sector de actividad económica con más accidentabilidad. Varios años

Países *	**Sectores de actividad económica ****	**Rango *** año 2018 o 2019**	**Rango año 2021, 2022 o 2023**
Estados Unidos	Construcción	2	4
	Manufactura	4	3
	Transporte	1	1
	Salud Humana y Servicios Sociales	*3*	*2*
Dinamarca	Construcción	1	3
	Manufactura	3	4
	Transporte	2	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*1*
España	Construcción	1	1
	Manufactura	2	2
	Transporte	3	4
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*3*
Francia	Construcción	1	1
	Manufactura	4	3
	Transporte	2	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	*3*	*2*
Irlanda	Construcción	2	S/I
	Manufactura	4	S/I
	Transporte	3	S/I
	Salud Humana y Servicios Sociales	*1*	*S/I*
Italia	Construcción	2	3
	Manufactura	3	4
	Transporte	1	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*1*
Luxemburgo	Construcción	1	1
	Manufactura	3	3
	Transporte	2	2
	Salud Humana y Servicios Sociales	*4*	*4*
Polonia	Construcción	4	4
	Manufactura	1	1
	Transporte	3	3
	Salud Humana y Servicios Sociales	*2*	*2*
Suecia	Construcción	2	2
	Manufactura	4	4
	Transporte	1	1
	Salud Humana y Servicios Sociales	*3*	*3*

Fuente: elaboración propia a partir de las bases estadísticas de la OIT13.
* Países seleccionados según la disponibilidad de datos y el alto rango ocupado por el sector de Salud Humana y Servicios Sociales en la incidencia de accidentes del trabajo no fatales.
** Clasificación de la OIT en 20 actividades económicas.
*** Rango establecido sobre el indicador del número de AT que generan al menos 4 dias de ausencia por 100.000 trabajadores protegidos por la seguridad social.

En Estados Unidos y Canadá, salud se ubicaba en el 3er o 2º rango en 2019 y pasó a ocupar el 1º o el 2º en pandemia y postpandemia. En Argentina, Belice, Brasil, Colombia, Chile y México, la salud se sitúa en el nivel 3, 4 o 5 (Chile) y no subió de rango post pandemia salvo en México. El cambio de nivel entre prepandemia y pandemia se relaciona también con la disminución de las actividades económicas no esenciales durante los confinamientos. En Europa, se muestra la situación de 8 países que presentan una alta incidencia de AT en el sector salud en comparación a las actividades de construcción, transportes y manufactura ubicándola en el rango 3 o 4, mientras en otros países con datos disponibles tales como Bélgica, Suiza, Alemania, Noruega, Finlandia, Portugal, entre otros, las tasas observadas en este sector son más bajas.

Junto con lo anterior, cabe señalar que, en la Unión Europea, la incidencia de los AT no fatales aumentó en un 8% en el sector de salud y servicios sociales entre 2010 y 2019, mientras disminuyó en la casi totalidad del resto de las actividades, incluyendo la construcción y el transporte[14].

Mas allá de los AT, existen múltiples evidencias sobre la problemática de salud mental en los TTSS, siendo ésta visibilizada con mayor intensidad por investigaciones realizadas en pandemia o en los años inmediatamente posteriores.

Por ejemplo, el estudio 'COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study' (HEROES)[15], ejecutado en 2020-2021 en 26 países de distintas partes del mundo, de los cuales 12 son de la región de las Américas (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay) permitió conocer en el personal de salud participante, en mayoría mujeres, que:

- la incidencia del malestar psicológico fue moderada-alta (de un rango de 0 a 32, fluctuó entre promedios de 12 a 19,3 según el país);
- los síntomas depresivos se extendieron entre 14 y 22% de los equipos de salud, los pensamientos suicidas estuvieron presentes entre 5 y 15% de los encuestados en función del país.

Además, la sintomatología coincidente con depresión severa varía entre 3 y 15% del personal de salud encuestado y destaca que menos de un tercio de los TTSS que dijeron necesitar atención psicológica la recibieron.

Por otra parte, el suicidio en el personal de salud ha sido objeto de distintas investigaciones en la última década. Una de las revisiones sistemáticas de mayor envergadura en número de años (1986 – 2019) y regiones del mundo cubiertas (África, Asia, América del Norte, Europa y Pacifico), publicada en 2019[16], confirma que la tasa de suicidio en médicos/as es significativamente superior a la incidencia observada en la población general. Es más alta en mujeres que en hombres, al contrario de lo constatado en población general, y en médicos/as jóvenes o residentes.

La investigación abarcó otras categorías de personal de salud, tales como odontólogos/as y enfermeras/os pero no pudieron ser incluidas en el metaanálisis por su bajo número.

Los países que disponen de registros nacionales de la mortalidad por suicidio y por sector de actividad (tales como Reino Unido, Francia, Estados Unidos, entre otros) corroboran estas evidencias. En Francia por ejemplo, el Centre Epidémiologique d'Etude des Causes de Mortalité publicó en 2017, una tasa nacional de suicidios de 12,3 por 100.000 habitantes, desglosado por sexo, edad y sector de actividad, siendo el sector de salud y acción social el que muestra la incidencia más alta con 34,3 por 100.000[17].

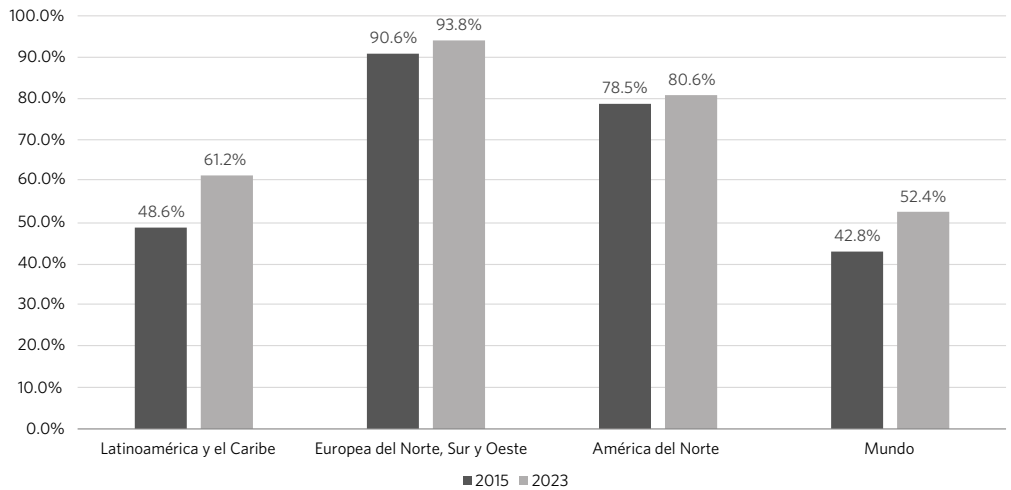
Frente a estas alertas sobre la salud de los TTSS ¿son suficientes las políticas de salud ocupacional y normativas de protección de los riesgos laborales en vigor en los países?

La proporción de población con cobertura efectiva en al menos uno de los 8 componentes de la protección social establecida por la OIT[18], varia en forma importante entre las regiones

del mundo, tal como se puede observar en el *gráfico 1*. Recordemos que las 8 dimensiones (excluyendo salud considerada aparte por la OIT) de la protección social deberían incluir a los niños/as menores de 15 años, niños/as mayores de 15 años, madres con recién nacidos, discapacitados/as severos, cesantes, adultos/as mayores, trabajadores con lesiones de trabajo y personas vulnerables cubiertas por asistencia social[18].

A pesar del progreso constatado entre 2015 y 2023, la región de LAC queda lejos de los niveles alcanzados en América del Norte y Europa, presentando diferencias importantes entre países: 93% en Uruguay, 70% en Chile y 22% en El Salvador (*gráfico 1*).

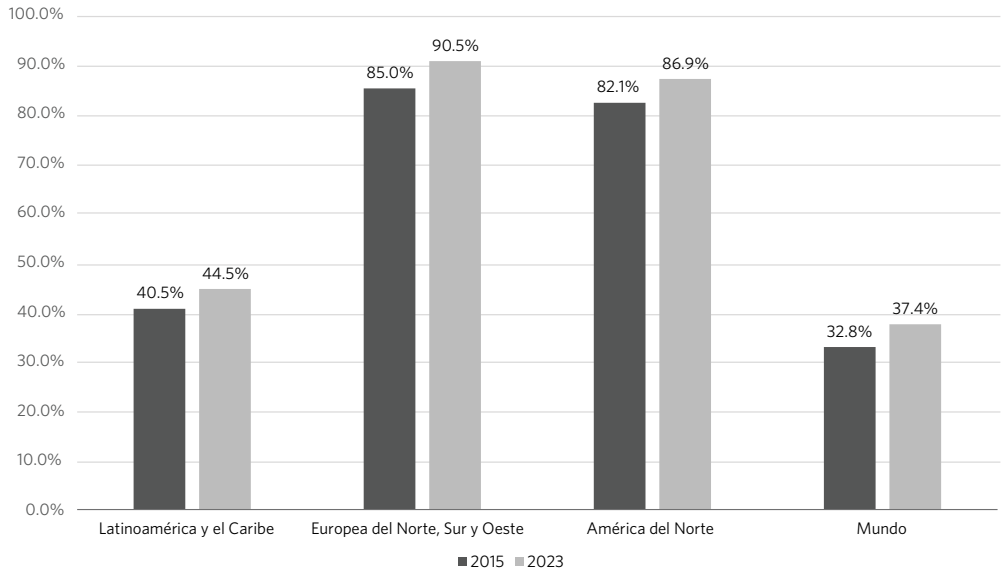
Gráfico 1. Porcentaje de la población cubierta por al menos una (1) prestación de protección social (excluida salud) en algunas Regiones y el Mundo, en 2015 y 2023



Fuente: ILO World Social Protection DASHBOARD[13].

En el *gráfico 2* se observa la cobertura efectiva de una prestación de AT o EP en la población de 15 años y más, quedando de bajo nivel y lento progreso en LAC: 40,5% en 2015 y 44,5% en 2023. Diferencias importantes entre países de la región marcan este indicador: Belice y Uruguay con 71,4% y El Salvador con 30,7%. Esta observación se atribuye en gran parte a la alta proporción de empleos informales en la región, 50% en promedio en 2023 según la OIT, variando fuertemente entre los países, coherente con el carácter principalmente contributivo del financiamiento de estas prestaciones.

Gráfico 2. Porcentaje de la población activa de 15 años y más con cobertura efectiva por accidente de trabajo y enfermedad profesional en algunas Regiones y el Mundo



Fuente: ILO World Social Protection DASHBOARD[13].

El grado de ratificación de los convenios de la OIT sobre la protección de los trabajadores se constituye en un indicador adicional de la relevancia que los países atribuyen a la prevención de riesgos y a la política de salud ocupacional de sus empleados/as, incluyendo a quienes se desempeñan en el sector salud[19] (*tabla 2*). Los Estados miembros tienen la obligación de someter los convenios adoptados por la Conferencia de la OIT a sus autoridades competentes en el plazo de un año.

Tabla 2. Número de países que ratificaron cinco (5) convenios fundamentales y técnicos de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores/as. 2024

	Regiones y número de países			
Convenios OIT	**Latinoamérica y Caribe (33)**	**América del Norte (2)**	**Europa (51)**	**Mundo (187)**
Convenio fundamental N° C155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo	12	0	34	83
Convenio fundamental N° C187 de 2006 sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo	5	1	31	69
Convenio técnico N° C121 de 1964 sobre las prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, modificado en 1980	5	0	14	24
Convenio técnico N° C118 de 1962 sobre la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de seguridad social	9	0	8	38
Convenio técnico N° C149 de 1977 sobre el personal de enfermería	7	0	20	49

Fuente: elaboración propia en base a la información de la plataforma de la OIT Normlex[19].

En comparación a Europa, los países de la región de LAC ratificaron pocos convenios, como también los de América del Norte.

Destaca en particular el Convenio fundamental 187 adoptado en 2006, que invita a los países miembros a adoptar un marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo como parte del trabajo decente, frente al nivel de incidencia de los daños físicos y mentales de salud ocupacional que provocan muertes, lesiones y enfermedades. Sólo 5 países de LAC lo han firmado: Argentina, Belice, Chile, Granada y Santa Lucía. El Convenio obliga a todo miembro que lo ratifique a establecer, de manera participativa, una política, un sistema y un programa nacional de promoción y prevención de los riesgos de salud ocupacionales.

Una revisión de las regulaciones y normativas de Recursos Humanos de Salud (RHS) en Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay, realizada en 2019, actualizada y extendida a Belice, Granada y Jamaica en 2023[20,21], analizó 5 ámbitos de normas en 2019: la consideración del área de RHS en las reformas o políticas nacionales de salud; el mercado laboral; la habilitación para el ejercicio profesional; la formación; y la capacitación. En la actualización de 2023 se agregó la protección de la seguridad y salud de los trabajadores.

Según consta en el informe de 2019 'Social Security Throughout the World' publicado por la administración de la seguridad social de Estados Unidos para las Américas[22], la mayoría de los 11 países estudiados adoptaron sus primeras leyes de protección de los trabajadores en los inicios del siglo XX.

En varios casos las normativas fueron evolucionando, a veces hasta fechas recientes, en algunos casos para agregar o perfeccionar la protección, y en otros para incorporar categorías de trabajadores/as no incluidos/as, tales como los independientes, por ejemplo.

Sin perjuicio de lo anterior, en Colombia, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, República Dominicana y Uruguay, los trabajadores independientes (también llamados 'por cuenta propia') no están incorporados en los sistemas de protección generales y deben recurrir a un aseguramiento voluntario (dato de 2019).

En estos 11 países, las personas empleadas en el sector público disponen de una cobertura de atención para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, quedando pendiente profundizar cuál es la situación de los/as trabajadores contratados/as bajo modalidades de independientes considerando la creciente precarización del trabajo observada en el sector salud[23,24].

El estudio señalado[21] permite conocer la información de ratificación de los convenios de la OIT sobre seguridad y salud de los TTSS en dichos países (*cuadro 1*).

Cuadro 1. Estatus al 2023 de 4 convenios fundamentales y técnicos de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores, y prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en 11 paises de LAC

Países	Convenio fundamental Nº C155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo	Convenio fundamental Nº C187 de 2006 sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo	Convenio técnico Nº C121 de 1964, modificado 1980 sobre la Seguridad Social (prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales)	Convenio técnico Nº C118 sobre la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de seguridad social 1962
Belice	Ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Chile	No ratificado	Ratificado	Ratificado	No ratificado
Colombia	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado

Cuadro 1. Estatus al 2023 de 4 convenios fundamentales y técnicos de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores, y prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en 11 paises de LAC

Países	Convenio fundamental Nº C155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo	Convenio fundamental Nº C187 de 2006 sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo	Convenio técnico Nº C121 de 1964, modificado 1980 sobre la Seguridad Social (prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales)	Convenio técnico Nº C118 sobre la igualdad de trato de nacionales y extranjeros en materia de seguridad social 1962
Costa Rica	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Ecuador	No ratificado	No ratificado	Ratificado	Ratificado
El Salvador	Ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Granada	Ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Jamaica	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Perú	No ratificado	No ratificado	No ratificado	No ratificado
Republica Dominicana	No ratificado	Ratificado	No ratificado	No ratificado
Uruguay	Ratificado	No ratificado	Ratificado	Ratificado

Fuente: elaboración propia en base a la información de la plataforma de la OIT Normlex[19].

Se observa que, entre los 11 países incluidos en la revisión de normas de 2023, Uruguay es el país con mayor número de ratificaciones.

La revisión de regulaciones y normativas de RHS citada permitió constatar que las reformas o nuevas políticas de salud iniciadas antes de 2019 pocas veces se acompañaron de un análisis de sus consecuencias en términos de personal y menos de una Política Nacional de Recursos Humanos que articule las necesidades de salud con los requerimientos en términos de TTSS: cantidad, perfiles de competencias, composición del equipo de salud, condiciones de trabajo y política de salud ocupacional.

Solo 2 países de 8 mencionaron la necesidad de elaborar una política nacional y una planificación de los RHS. En la actualización efectuada en 2023 se constató un avance en este ámbito: las políticas de salud y reformas de los años 2019 hasta 2022 de la totalidad de los países estudiados consideran la problemática de los trabajadores de salud, aunque en la mayoría de los casos, se expresa en forma general.

Brasil no forma parte del estudio antes mencionado. Sin embargo Aguiar y Vasconcellos[25] señalan en 2015 que, si bien en Brasil la salud ocupacional forma parte del Sistema Único de Salud (SUS), la coordinación entre los organismos gestores de la protección de los TTSS en materia de AT y EP y el SUS es insuficiente. Por lo anterior, se ha observado un subregistro de los AT y EP, acentuado por la exclusión de los trabajadores independientes y deficiencias en la gestión de los reportes de datos.

Discusión

Derecho a la salud de los trabajadores/as de salud: ¿una realidad?

Recordemos que el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966[8], define el derecho a la salud de la siguiente manera:

1. Los Estados parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados parte a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a. La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d. La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Además, distintos países de la Región de LAC reconocen en sus respectivas constituciones, y modificaciones sucesivas, que todas las personas tienen el derecho a la salud en los términos señalados anteriormente: entre otros, Bolivia (2019), Brasil (1988), Cuba (1976), Ecuador (2008), Republica Dominicana (2015) y Venezuela (2011).

En Chile, la Constitución vigente desde 1980 plantea un derecho solo referido al acceso a la atención. En la propuesta del Cabildo Salud un Derecho (Chile) antes señalada, se enuncia que es deber prioritario del Estado respetar, promover y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, resguardando las vidas. Por ello, debe considerarse la salud de la población en todas las políticas públicas destinadas a consagrar los demás derechos, debiendo el Estado establecer y mantener un modelo de desarrollo económico y social justo, equitativo, sostenible, sustentable, y en armonía con el ambiente, para posibilitar el buen vivir de las personas, las comunidades y los pueblos.

Los apartados siguientes de la propuesta consideran como elementos centrales, entre otros, la participación, los enfoques de género, inclusión social y respeto de las expresiones, culturas, conocimientos y prácticas de los pueblos originarios y la diversidad de las comunidades[9]. Lamentablemente esta propuesta de cambio constitucional solo fue tomada en cuenta por la Convención Constituyente (primer proceso rechazado) y no por la Comisión Constitucional (segundo proceso no aprobado).

Resulta difícil con los datos mostrados establecer relaciones, incluso indirectas, entre las políticas públicas de trabajo y salud, y de estas con la afectación de TTSS. Sin embargo, se puede señalar que aquellos países con políticas más robustas en cuanto a protección muestran una afectación menor o más leve en la salud de dichos trabajadores.

Una limitación de este ensayo es que no se pudo realizar un análisis comparativo intra e internacional, de manera de poder determinar brechas y desigualdades relevantes en esta materia.

Los trabajadores de salud son parte de la población y como tal legítimamente deben ejercer su derecho a la salud con consideración a las especificidades de su ámbito y condiciones de trabajo, institucionalizando su participación efectiva en la construcción de políticas y estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos tanto en los espacios de formación como en los espacios laborales. Sin embargo, la realidad observada da cuenta de que se está muy lejos de lograr lo que los documentos internacionales recomiendan.

Las evidencias antes señaladas en los resultados muestran que la salud y el bienestar de los TTSS están en riesgo y se puede postular que el personal de salud vive restricciones en el ejercicio de su derecho a la salud.

La forma en la que se ha abordado esta problemática ha quedado fragmentada tanto

a nivel internacional como en los países estudiados, más orientada a la reparación o compensación de daños que a profundizar en las condiciones y las determinaciones que permitirían apuntar a fomentar y mantener la salud, prevenir la enfermedad, logrando una efectiva disminución de la morbilidad y mortalidad laboral, incluyendo a los grandes ausentes de la mayoría de los sistemas actuales de protección de salud ocupacional en la región: los trabajadores de salud precarizados y/o informales.

Existen evidencias, no sólo sobre la morbilidad y mortalidad en los TTSS, sino también en los factores individuales, estructurales y organizacionales involucrados, que son menos numerosas en región de LAC. La investigación HEROES efectuada en pandemia muestra que es necesario y posible avanzar en generar mayor conocimiento en este ámbito.

Los problemas de SEAC están determinados socialmente y se debe incorporar, en el caso de la salud de los trabajadores, las condiciones materiales del trabajo, los procesos laborales, los peligros asociados a la actividad productiva, etc., y dejar de buscar solo riesgos individuales[26].

El sector salud es un área laboral feminizada ya que 70% de los trabajadores de salud son mujeres y por ende se produce de entrada una inequidad de género. Existe evidencia que la carga de trabajo es un indicador importante de la vulnerabilidad femenina a las condiciones de trabajo en la APS y en el entorno familiar[15,27], ya que las cuidadoras profesionales, más afectadas en su salud mental, además están cumpliendo el rol de cuidadoras en sus hogares por lo que este doble rol es una determinación muy relevante a la hora de explicar las estadísticas y las repercusiones sociales de esta inequidad.

En marzo de 2025, la OIT publica, en conjunto con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), el informe 'Seguridad y salud en el trabajo con perspectiva de género. Desafíos y avances en Iberoamérica'[28]. La publicación muestra evidencias de sesgos de género que:

- conducen a infra diagnóstico o retraso del diagnóstico en ciertas patologías, por la forma diferenciada con la que se presentan en mujeres y en hombres;

- generan retrasos en la atención médica a síntomas no específicos en la mujer, y barreras de acceso diferenciadas por género.

- configuran en una mayoría de casos una gestión de la salud y seguridad en el trabajo no sensible al género, cuando existe un impacto diferencial de los riesgos laborales entre hombres y mujeres, incluyendo los riesgos específicos de los periodos de embarazo y lactancia para la salud de la dupla madre/hijo/a, además de la probabilidad más alta de las mujeres de sufrir violencia y acoso en su vida laboral.

- dificultan el reconocimiento de riesgos laborales y enfermedades profesionales propios de sectores que emplean una gran mayoría de mujeres (actividades de cuidados en particular).

El informe incorpora una serie de recomendaciones para integrar la perspectiva de género de manera transformadora en la salud y seguridad en el trabajo en la región.

La epidemiología social supera la mirada de multifactoriedad causal y avanza a la inclusión de los determinantes sociales como la experiencia social de los/as trabajadores/as, complejizando el abordaje de las inequidades en SEAC[29]. Vale decir, investiga explícitamente y no biomédicamente los determinantes sociales, culturales, económicos e históricos de la salud laboral y profesional[30].

Conclusiones

Siguiendo a Lawinsky ML de J, Mertens F, Sousa Passos CJ, et al., concluimos que se debe considerar en la salud – enfermedad – atención y cuidados de los/as trabajadores/as de

la salud, a nivel de formulación, ejecución y evaluación de las políticas específicas para este grupo lo siguiente[31]:

- Producir servicios de salud de manera sostenible sin perjudicar o poner en riesgo la salud del trabajador/a;

- Fomentar los procesos participativos que son relevantes para la salud en el trabajo, para el trabajo y salud;

- Permitir acceso creciente y permanente a instancias democráticas dentro de los servicios de salud;

- Aumentar el número de investigaciones-acciones participativas que nos permitan acceder a conocimientos no positivistas, más complejizadores de la realidad socio sanitaria;

- Respetar las opiniones y necesidades de los/as trabajadores/as con acciones concretas, vale decir dejar de conformarse con la redacción de documentos normativos que se quedan en meras declaraciones de intención.

Esperamos que la información y las reflexiones aquí entregadas sean una contribución al debate informado y complejizador que se está realizando acerca de la especial situación del derecho a la salud en los trabajadores y trabajadoras encargados de dar atención y cuidados a las poblaciones y comunidades.

Colaboradores

Guillou MM (0009-0005-6599-0150)* contribuyó en la concepción del artículo, en la recopilación, análisis e interpretación de datos y en la redacción del manuscrito. Parada-Lezcano M (0000-0003-2526-5972)* contribuyó a la revisión crítica y con comentarios complementarios, y aprobó la versión final del manuscrito. ■

Referencias

1. Dussault G. El trabajador de la salud en tiempos de covid-19. Rev Fac Nac Salud Pública. 2021;39(1):e344252. DOI: https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e344252

2. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad y salud en el trabajo para el personal sanitario. Una nueva guía de la OIT y la OMS insta a reforzar la protección de los trabajadores sanitarios. OIT [Internet]. 2022 feb 21 [acceso en 2025 ene 15]; Noticias. Disponible en: https://www.ilo.org/es/resource/news/una-nueva-gu%C3%ADa-de-la-oit-y-la-oms-insta-reforzar-la-protecci%C3%B3n-de-los

3. Organización Panamericana de la Salud. Noticia de prensa [Internet]. Washington DC: OPS; 2020 sep 2 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19#:~:text=en%20las%20Am%C3%A9ricas-

4. Organización Mundial de la Salud. Una nueva guía de la OIT y la OMS insta a reforzar la protección de los trabajadores sanitarios [Internet]. Comunicado de prensa. Ginebra: OMS, OIT; 2022 feb 21 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.who.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

int/es/news/item/21-02-2022-new-who-ilo-guide-urges-greater-safeguards-to-protect-health-workers

5. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: Overcoming the crisis. Lancet. 2004;364(9449):1984-90. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17482-5

6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 66ª Sesión del comité regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS; 2014 oct 2 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-5-s.pdf

7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud [Internet]. Washington, DC: 2017 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/estrategia-de-recursos-humanos-para-la-salud-universal

8. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Aprobado el 16 diciembre 1966 por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI) [Internet]. [local desconcebido]: UN; 1966 dic 16 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

9. Carabantes J. Cabildo Salud un Derecho. Iniciativa Popular de Norma sobre el Derecho a la Salud. Documentos. Cuad Méd Soc (Chile). 2021;61(4):93-107. DOI: https://doi.org/10.56116/cms.v61.n4.2021.108

10. Breilh J. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. Int J Epidemiol. 2008;37(4):745-50. DOI: https://doi.org/10.1093/ije/dyn135

11. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. Interface (Botucatu). 2018;22(64):177-88. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822

12. Porto M. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. RCCS. 2011;(93):31-58. DOI: https://doi.org/10.4000/rccs.133

13. ILO Stats Data Explorer [Internet]. [local desconcebido]: International Labour Organization; ©1996-2025 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: https://rshiny.ilo.org/dataexplorer19/?lang=en&id=INJ_NFTL_ECO_RT_A

14. European Agency for Safety and Health at Work. Occupational safety and health in Europe: state and trends 2023 [Internet]. Luxemburg: EU-OSH; 2023 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://osha.europa.eu/sites/default/files/OSH_in_Europe_state_trends_report_2023_en.pdf

15. Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) [Internet]. Informe Regional de las Américas. Washington DC: OPS; 2022 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563

16. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2019;14(12):e0226361. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361

17. Centre d'Etudes des Causes de Mortalité d l'Institut National de la Recherche Médicale [Internet]. [local desconcebido]: Inserm CépiDC; ©2025 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://www.cepidc.inserm.fr/

18. Organización Internacional del Trabajo. Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022 [Internet]. Ginebra: OIT; 2022 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_842103.pdf

19. Organización Internacional del Trabajo. Ratificaciones de convenios: datos comparativos 2024 [Internet]. [local desconcebido]: OIT; 2024 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=1000

20. Organización Panamericana de la Salud. Revisión de regulaciones y normativas de Recursos Humanos de Salud, en 8 países de Latinoamérica y el Caribe. [local desconcebido]: Informe final de consultoría, 2020. Consultora: Michelle Guillou. [local desconcebido]: OPS; 2020. En edición para publicación.

21. Organización Panamericana de la Salud. Actualización y Extensión a 3 países adicionales de la Revisión de Regulaciones y Normativas de Recursos Humanos en Salud realizada en 2019. Informe final de consultoría, 2023. Consultora: Michelle Guillou, con la colaboración de Nicolas Arancibia y Daniel Manzano. [local desconcebido]: OPS; 2023. En edición para publicación.

22. International Social Security Association. Social Security Administration of United States. Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2019 [Internet]. Washington DC: ISSA; 2020 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/americas/ssptw19americas.pdf

23. Rodríguez TA, Jarillo SEC, Casas PD. Flexibilización, precarización laboral y burocracia en salud: tres determinantes de desprofesionalización médica. Acta Sci Human Soc Sci. 2020;42(2):e53134. DOI: https://doi.org/10.4025/actascihumansoc.v42i2.53134

24. Contreras RA, Cely CD. Precarización del Trabajo en el sector salud: una consecuencia legal [Internet]. Bogotá: Universidad Libre de Colombia; 2020 [acceso en 2025 feb 20]. Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/6466bb26-0703-4abe-ae75-3d06202e9a71/content

25. Aguiar L, Vasconcellos LC. A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. Saúde debate. 2015;39(106):830-40. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030022

26. Betancourt O. Enfoque alternativo de la salud y seguridad en el trabajo. IESS [Internet]. 2007;1(1):3-16 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/199284895/Enfoque-Alternativo-Rev-IESS?doc_id=199284895&download=true&order=663030870

27. Cezar-Vaz MR, Xavier DM, Bonow CA, et al. Domains of Physical and Mental Workload in HealthWork and Unpaid Domestic Work by Gender Division: A Study with Primary Health Care Workers in Brazil. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(16):9816. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph19169816

28. Organización Internacional del Trabajo; Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Seguridad y salud en el trabajo con perspectiva de género. Desafíos y Avances en Iberoamérica [Internet]. Lima: Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe; 2025 [acceso en 2025 mar 16]. Disponible en: https://www.ilo.org/es/publications/seguridad-y-salud-en-el-trabajo-con-perspectiva-de-genero-iberoamerica

29. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico [Internet]. 2002 [acceso en 2025 mar 16];23(1). Disponible en: https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n1-episocial.htm#:~:text=La%20epidemiolog%C3%ADa%20social%20permite%20incorporar,las%20desigualdades%20afectan%20la%20salud

30. Borrell C. Epidemiología Social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve [Internet]. 2015 [acceso en 2025 feb 20];(32):33-7. Disponível em: https://raco.cat/index.php/QuadernsFDAE/article/view/289650

31. Lawinsky MLJ, Mertens F, Sousa Passos CJ, et al. Enfoque ecosistémico en salud humana: la integración del trabajo y el medio ambiente. Rev Med Soc [Internet]. 2012 [acceso en 2025 mar 16];7(1). Disponible en: https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/636/3373

Recibido en 10/04/2024
Aprobado en 15/09/2025
Conflicto de intereses: inexistente
Disponibilidad de datos: los datos de investigación se incluyen en el propio manuscrito
Apoyo financiero: no hubo

Editor responsable: Maria Lucia Frizon Rizzotto

saúde
EM DEBATE

ENSAIO

O novo modelo de alocação de recursos federais da APS 2024: variação dos repasses nos municípios paulistas

The new PHC 2024 federal resource allocation model: Variation in transfers in municipalities in São Paulo

Giovanna Lago Toccillo[1], Leonardo Carnut[1], Áquilas Mendes[1], Mariana Alves Melo[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710205P

RESUMO Verificou-se quais características do Previne Brasil foram perpetuadas no novo modelo de alocação de recursos da Atenção Primária à Saúde e quais foram as inovações introduzidas pela nova portaria. Consistiu-se em uma análise financeira acerca dos resultados da Portaria nº 3.493/2024, em comparação com o antigo programa Previne Brasil (Portaria nº 2979/2019), nos 645 municípios do estado de São Paulo. Foi realizada uma análise comparativa dos valores médios mensais de recursos federais transferidos em 2022 via Previne Brasil e das parcelas de 2024 (competências: maio a setembro). Dos 645 municípios analisados, 98,5% (635 municípios) tiveram uma variação positiva. Os municípios menos vulneráveis apresentaram perdas médias próximas às dos demais estratos, mas os ganhos médios por município superam de forma expressiva (5 vezes mais) os dos municípios mais vulneráveis. Especificamente, a perda de recursos na área do Aquífero Guarani pode estar diretamente relacionada à maior presença de equipes de Atenção Primária do que de equipes de Saúde da Família. O novo modelo do governo federal apresenta uma combinação de inovações que visam a uma maior coerência com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica e os elementos herdados do modelo Previne Brasil, que ainda refletem uma lógica gerencialista e mercadológica.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento em saúde. Atenção Primária à Saúde. Alocação de recursos em saúde. Sistema Único de Saúde. Economia e organizações de saúde.

ABSTRACT *The authors verified which characteristics of Previne Brasil were perpetuated in the new Primary Health Care (PHC) resource allocation model and which innovations were introduced by the new ordinance. The financial analysis consisted of the results of Ordinance No. 3,493/2024, in comparison with the former Previne Brasil program (Ordinance No. 2,979/2019), in the 645 municipalities of the State of São Paulo. A comparative analysis was carried out of the average monthly amounts of federal resources transferred in 2022 via Previne Brasil and the 2024 installments (periods: May to September). Of the 645 municipalities analyzed, 98.5% (635 municipalities) had a positive variation. The least vulnerable municipalities presented average losses close to those of the other strata, but the average gains per municipality significantly exceed (5 times more) those of the most vulnerable municipalities. Specifically, the loss of resources in the Guarani Aquifer area may be directly related to the greater presence of Primary Care teams than Family Health teams. The new model of the federal government presents a combination of innovations aimed at greater coherence with the principles of the National Primary Care Policy and elements inherited from the Previne Brasil model that still reflect a managerial and market-oriented logic.*

[1] Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP) – Brasil.
giovannatoccillo@hotmail.com

KEYWORDS *Health financing. Primary Health Care. Health care rationing. Unified Health System. Health care economics and organizations.*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

As pesquisas sobre alocação de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS)[1,2] vêm demonstrando que, em 2019, o aprofundamento da política de austeridade fiscal, em consonância com a guinada ideológica para a extrema-direita, provocou mudanças profundas no redirecionamento dos recursos financeiros do sistema em comparação aos governos anteriores.

Em 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979, que trouxe uma série de mudanças na forma de alocação de recursos para a Atenção Primária à Saúde (APS) no País[3]. A partir de 2020, excluem-se o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e o PAB variável – mas com vários incentivos do PAB variável continuando a existir dentro do componente 'incentivo por ações estratégicas' –, e inicia-se o pagamento mediante 3 componentes, sendo eles: a captação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo a ações estratégicas.

Na capitação ponderada, a alocação de recursos é condicionada ao número de pessoas cadastradas, o que, apesar de redirecionar recursos para populações em situação de vulnerabilidade, acaba restringindo a responsabilidade sanitária das equipes, uma vez que prioriza o cadastro de usuários que recebem benefícios como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou aposentadoria de até dois salários-mínimos. Nesse caso, também se ajustavam os valores repassados com base em fatores demográficos, como idade (dando maior peso a crianças menores de 5 anos e idosos acima de 65 anos) e características geográficas dos municípios (rural e urbano, de acordo com metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE). Essa caracterização municipal não compreendia a complexidade e a diversidade dos territórios demográficos. Tinha como foco aspectos relacionados à circulação de pessoas, de modo que a ponderação, por esse prisma, não gerava positivos efeitos distributivos. Embora o objetivo declarado seja aumentar a eficiência dos serviços, na prática, essa estratégia promoveu uma focalização de novo tipo – ou neofocalização –, que não considerava o trabalho da equipe nas ações coletivas de forma ampliada no território, mas direcionava a atenção a atividades específicas voltadas a grupos estabelecidos, sobretudo aos indivíduos mais pobres.

Essa focalização restringia a atuação das equipes, comprometia o caráter integral do cuidado e fragilizava a universalidade do SUS. Ao priorizar apenas determinadas ações e segmentos, reforçava-se uma lógica neoliberal e de caráter mercadológico, voltada ao controle de custos, em detrimento do acesso integral e equitativo à saúde para toda a população, o que enfraquecia a APS como lócus privilegiado do cuidado integral[2,3]. A trajetória histórica dos modelos de alocação na APS sempre foi conduzida por essa tendência: flexibilização de como APS foi sendo implementada pelas políticas de financiamento, limitando-se a um caráter assistencialista e distanciando-a do seu caráter original[4].

O pagamento por desempenho no Previne Brasil era baseado nos resultados dos indicadores alcançados pelas equipes de saúde, abrangendo critérios como relevância clínica, resultados intermediários e globais em saúde, além de monitoramento regular. Esse modelo, recalculado periodicamente e sem garantia de estabilidade financeira, adotava uma lógica privatista que reduzia a concepção de avaliação em saúde a metas quantitativas de consultas e procedimentos. Essa abordagem facilitava a imposição de metas irreais aos profissionais, resultando em desgaste e no reducionismo das ações na APS, comprometendo a qualidade e integralidade do cuidado[5].

Segundo Massuda[1], embora a remuneração dos serviços baseada na avaliação de desempenho tivesse como objetivo incentivar as equipes a aumentar a produtividade para alcançar metas predefinidas, as evidências apontavam para melhorias modestas nos indicadores de processos avaliados e nenhuma

melhoria significativa nos resultados em saúde. Além disso, esse método estava desviando a atenção das equipes dos problemas de saúde que não estavam incluídos nas métricas avaliadas, ou que 'não chegavam ao serviço', pois não se materializavam em 'utilização'. Dessa forma, ao adotar a avaliação de desempenho como critério de financiamento da APS no SUS, existia o risco de os municípios focarem apenas nos indicadores monitorados, alterando o escopo de trabalho esperado pelas equipes de APS, que deveriam estar voltadas para as necessidades de saúde da comunidade[1]. Esse tipo de técnica de 'avaliação' beneficiava municípios com maiores capacidades operacionais de registro de dados e com melhor infraestrutura, ou seja, geralmente, os menos vulneráveis.

O terceiro componente da forma de alocação de recursos anterior (Previne Brasil) era o 'incentivo a ações estratégicas', o qual reforçava a lógica de transferências federais baseadas em programas preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), o que perpetuava um modelo indutor que, em algumas situações, se afastava demasiadamente das reais necessidades de saúde dos municípios. Tal dinâmica limitava a autonomia local na gestão da saúde ao priorizar a adesão às políticas federais em troca de incentivos financeiros, favorecendo um modelo de APS que responde mais a diretrizes federais do que a demandas específicas de saúde do território. Mesmo admitindo que isso não era uma novidade do Previne (e, sim, uma herança do 'PAB-Variável'), perpetuava um ciclo de ineficiência, em que a APS não consegue se adaptar de maneira mais flexível e eficaz aos desafios de saúde locais, prejudicando a qualidade do atendimento e a equidade no acesso aos serviços de saúde[6], especialmente pela extinção do PAB-fixo, recurso não atrelado à existência da prestação de um serviço, portanto, mais livre para ser aplicado com as lógicas originais dos arranjos locais.

No contexto político final do governo Bolsonaro, marcado por políticas de austeridade fiscal e retração dos investimentos em saúde, as limitações impostas pelo Previne Brasil se tornaram ainda mais evidentes, conforme descrito no estudo de Melo[7]. Ao analisar o efeito do Previne nos 5.570 municípios brasileiros, a autora demonstrou que, no decurso da implantação, maiores perdas proporcionais foram acontecendo, ao passo que, no final do ano de 2022, 60% dos municípios brasileiros perdiam recursos para APS com o modelo de alocação realizado pelo Previne, resultado esse, portanto, da progressiva extinção das medidas de 'transição' ou 'excepcionais', com destaque para a transferência *per capita* (medidas semelhantes ao PAB-fixo).

É nessa conjuntura que a pressão crescente da academia, como as investidas políticas da Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES)[8] e o posicionamento da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)[9], ressaltou a necessidade de revisão urgente do modelo de alocação da APS. Essa necessidade foi reconhecida pelo governo Lula, com o início do Governo de Transição, ao final de 2022. Nesse momento, assumiu-se o compromisso de resgatar a centralidade da APS no SUS e promover maior justiça distributiva na alocação de recursos, mas que só foi normatizada no segundo ano do governo Lula 3 (em 2024).

Entretanto, a construção de um novo modelo de alocação foi um processo complexo e demorado, que exigiu mais de um ano de debates, ajustes e negociações, refletindo a complexidade de equilibrar as necessidades locais com a equidade vista do ponto de vista nacional, dentro de um sistema de saúde tão diversificado como o brasileiro. Dessa forma, instituiu-se uma nova metodologia de alocação de recursos para a atenção primária, por meio de uma nova Portaria GM/MS, a nº 3.493/2024, de 10 de abril 2024[10], a qual revogou o Previne Brasil, de acordo com o seu arranjo original, e o substituiu por um novo modelo de alocação de recursos para a APS no Brasil. Contudo, uma pergunta ainda resiste nesse cenário: quais características redistributivas dos recursos financeiros do Previne Brasil sobrevivem após a alteração das

dimensões (componentes) do novo modelo de alocação de recursos para a APS do governo Lula 3 (Portaria nº 3.493/2024)? A resposta para essa pergunta poderá ajudar a refletir sobre quais aspectos dessa nova redistribuição dos recursos são considerados coerentes com o modelo tecnoassistencial para esse nível de atenção.

Material e métodos

Este trabalho consiste em uma comparação descritiva de valores médios transferidos em dois períodos distintos a respeito da Portaria GM/MS nº 3.493/2024, em comparação com o antigo programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019), nos municípios de São Paulo. A nova portaria passa por um período de transição, da data de vigência (parcela 05, de 2024) à parcela 05, de 2025. Extingue a captação ponderada, o componente pagamento por desempenho, componente incentivo às ações estratégicas e a metodologia de classificação rural-urbano do IBGE.

A nova metodologia de classificação municipal é denominada Indicador/Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), criada pela Portaria nº 3.493/2024, e classifica os municípios em 4 estratos, sendo o 1º considerado o mais vulnerável, e o 4º o menos vulnerável, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), definido e calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), e o porte populacional, via dados do IBGE. É importante ressaltar que, segundo a classificação IED, o estado de São Paulo não apresenta municípios classificáveis no Estrato 1.

Com a extinção do Previne Brasil, criam-se 6 novos componentes: 1) componente 'fixo para manutenção das equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP)'; 2) componente 'vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP' (esse componente é uma novidade); 3) componente 'qualidade para eSF, eAP, equipes Multiprofissionais (eMulti) e equipes de Saúde Bucal (eSB)' (cujos indicadores de aferição da qualidade rememoram – com outro nome – os parâmetros metrificados de desempenho do Previne Brasil); 4) componente 'implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras equipes'; 5) componente para 'Atenção à Saúde Bucal' (ambos – 4 e 5 – recompõem a lógica de incentivos por programas específicos, o que existia de maneira tímida do Previne Brasil, mas que, nesse novo modelo, é ampliado – mas rememora o tradicional repasse por 'caixinhas' de indução de alguns programas); e 6) componente '*per capita* de base populacional' (chamado componente '*per capita*' de valor de R$ 5,95 – este não é uma novidade. Na realidade é uma 'herança' do Previne Brasil quando do uso de estratégias de mitigação de perdas de recursos financeiros como 'medidas atenuantes').

Assim como ocorreu no Previne Brasil (na passagem do PAB para o Previne), o novo modelo está, nesse momento, em um 'período de transição' (do Previne para a Portaria nº 3.493/2024), devido à falta de uma estimativa mais clara de seus efeitos no repasse:

> § 1º Os municípios e Distrito Federal que apresentarem redução dos valores dos componentes recebidos no âmbito da APS, em comparação com os valores nominais recebidos nas últimas doze parcelas anteriores a vigência desta Portaria, farão jus, até saírem da situação de perda, a um valor adicional mensal de compensação, correspondente ao valor da redução acrescido de 10%, desde que seja mantido o quantitativo equivalente de eSF e eAP[10].

A portaria estabelece, ainda, que os parâmetros de transição incluem incentivo financeiro do componente 'vínculo e acompanhamento territorial' para as eSF e eAP, que será transferido durante doze meses (a partir da parcela/competência 05/2024), considerando os valores da classificação 'bom', incentivo financeiro do componente de qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti, que será transferido, durante doze meses (a partir da

parcela/competência 05/2024), considerando os valores da classificação 'bom'. Assim sendo, os efeitos analisados neste estudo não podem ser creditados ao componente 'vínculo e acompanhamento territorial' para as eSF e eAP nem para componente 'qualidade para as eSF, eAP, eSB e eMulti', já que, a rigor, eles estão funcionando igualmente para todos os munícipios, o que anula seus efeitos de discriminar diferenças[11].

O foco do estudo são os 645 municípios do estado de São Paulo, onde foi realizada uma análise comparativa dos valores médios mensais de recursos federais transferidos em 2022, via Previne Brasil, e das parcelas de 2024 (competências de maio a setembro) transferidas com base nos parâmetros da nova portaria, segundo regime de caixa. A fonte de dados do Previne Brasil foi retirada da tese de doutorado de Melo[7], enquanto os valores do novo modelo instituído pelo governo Lula 3 foram obtidos por meio dos relatórios de pagamento da APS no site e-Gestor APS[12]. Em seguida, foram consolidados de acordo com a organização dos componentes do novo modelo de alocação orçamentária definidos pela Portaria nº 3.493/24.

A escolha do ano de 2022 como base se justifica pelo fato de que, apesar de o modelo do Previne Brasil não ter sido oficialmente revogado em 2023, ele sofreu alterações significativas através de portarias como a nº 635/2023 (introduzindo novos recursos de cofinanciamento para APS)[13], a nº 960/2023 e a nº 751/2023 (relativas à ampliação recursos para saúde bucal)[14,15], e a nº 610/2023 e a nº 1464/2023 (prorrogando parâmetros de pagamento por desempenho)[16,17]. Para o ano de 2024, o período escolhido começa na parcela de maio desse mesmo ano (competência 05), quando a nova portaria entrou em vigor, e se estende até setembro (competência 09), aproveitando o tempo disponível para o estudo. A comparação foi feita com base nas médias mensais das transferências totais, buscando verificar se houve aumento, redução ou estabilidade nos valores repassados aos municípios. O estudo não abrange os valores transferidos através da destinação por emenda parlamentar devido à sua influência no processo alocativo[18,19], justamente no intuito de verificar apenas o efeito dos critérios do modelo de alocação Lula 3 (Portaria nº 3.493/2024). Os valores foram analisados a preços de 2024, utilizando como índice de correção monetária o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), do IBGE.

É importante considerar que, a rigor, os períodos de análise não são totalmente comparáveis. Por exemplo, a comparação entre o ano de 2022 (12 meses, regime consolidado) e o período de maio a setembro de 2024 (5 meses, início de implantação) pode induzir a erros. Tendo isso em vista, ainda assim, a escolha desse recorte temporal é justificável em função da expectativa técnica das alterações esperadas pelos gestores a respeito das possíveis perdas e de quais são os novos procedimentos redistributivos que esse novo modelo realizaria. Assim, este estudo, metodologicamente falando, é um exercício necessário para compreender a alteração da quantidade de recursos em função dos componentes, e não a quantidade de recursos em função do período de implantação do modelo (meses de competência).

Ainda, é necessário esclarecer que o período de maio a setembro de 2024 é de transição normativa. Isso significa que o modelo está em implantação e, conforme explicado, apresenta componentes ('vínculo e acompanhamento' e 'qualidade') ainda em processo de discussão. Nesse sentido, seus funcionamentos apresentam implicações apenas à lógica ideal (planejada) do modelo, contudo, não incidem nos resultados das transferências realizadas até este momento.

Além disso, é necessário destacar que a utilização da tese de doutorado de Melo como fonte de dados, em detrimento do Fundo Nacional de Saúde, deu-se, principalmente, devido ao fato de que, na tese, os valores de alocação do Previne Brasil já haviam sido separados por componente, por município, por

porte populacional, por tipologia do IBGE, por estimativa populacional em 2022 e pelo número do IBGE de cada município, o que aumentou a eficiência na elaboração do trabalho. Enquanto isso, o site e-Gestor APS foi escolhido como fonte de dados por ser a ferramenta de pesquisa local utilizada pelos próprios gestores municipais para verificação das alocações de recursos federais em saúde em seus municípios.

Os dados da tese de Melo[7] foram acessados e a extração feita para este estudo repousou nas transferências totais do Programa Previne Brasil na tese, visto que o artigo final desta tese ainda não foi publicado. Já o acesso aos dados do e-Gestor APS se deu por meio do seguinte caminho em seu *site*[12]: aba 'Relatórios APS' e 'Financiamento APS', onde, na opção 'Unidade Geográfica', foi selecionado o 'Tipo de Unidade' como 'Município', 'Estados' como 'São Paulo', e 'Municípios' como 'Todos'. Na opção 'Período', 'Selecione o ano', foi selecionado '2024', e, por fim, em 'Selecione as parcelas', foi escolhida cada competência analisada (05 à 09), uma de cada vez, a fim de gerar o relatório final com os dados de cada competência. Para cada competência avaliada, foi criada uma planilha contendo o nome do município, código IBGE, estimativa populacional 2022, tipologia IBGE, IED, componente 'fixo e implantação', componente 'vínculo e acompanhamento', componente 'qualidade', componente 'outras equipes', componente 'saúde bucal', componente '*per capita*', 'compensação' (devido ao período de transição) e o valor total da alocação de recursos federais recebidos de cada município no mês da competência estudada. Com isso, foram criadas as tabelas de comparação entre os valores do Previne Brasil (Portaria nº 2.979/2019) e os valores da Portaria nº 3.493/2024.

Para fins de análise e consolidação, os municípios foram classificados de acordo com o IED, porte populacional, segundo a metodologia do IBGE, macrorregião e região/ Comissão Intergestores Regional (CIR), pela quantidade de eSF e eAP, criadas pela Portaria GM/MS nº 2.539, de 26 de setembro de 2019[20].

Resultados

Com relação aos valores reais repassados aos municípios do estado de São Paulo em 2024, observou-se uma melhora importante em comparação com os recursos recebidos via Previne Brasil. Dos 645 municípios analisados, 98,5% (635 municípios) tiveram uma variação positiva (ou seja, ganham recursos financeiros nesse novo modelo) na média dos repasses mensais, totalizando um aumento real de R$ 109.904,415,13, como mostrado na *tabela 1*. Apenas 1,5% (10 municípios) apresentaram uma variação negativa (ou seja, perderam recursos financeiros nesse novo modelo), com perda de valores pouco significativa.

Tabela 1. Variação positiva e negativa da média mensal recebida pelos municípios do estado de São Paulo em 2024, com valores absolutos e quantidade de municípios

Variação Negativa		Variação Positiva	
Quant. Municípios	**Valores**	**Quant. Municípios**	**Valores**
10 (1,5%)	-R$ 508.129,37	635 (98,5%)	R$ 109.904.415,13

Fonte: elaboração própria com dados da tese de Melo[7], eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

Cabe destacar que, no novo modelo, há previsão de uma transferência compensatória com relação aos volumes recebidos nas doze competências anteriores. De tal maneira, a variação negativa registrada nesses resultados pode refletir a escolha metodológica pela utilização do comparativo de médias mensais de recebimentos.

A análise das variações nos repasses financeiros conforme o IED, criado pela Portaria nº 3.493/24, evidencia dinâmicas importantes sobre a distribuição dos recursos aos municípios do estado de São Paulo. Os resultados mostram que, embora o IED proteja os municípios mais vulneráveis (Estrato 2), garantindo que nenhum deles tenha apresentado perdas financeiras – o que realmente é o desejado –, a concentração absoluta média (ganho médio por município) de recursos adicionais foi maior nos municípios classificados como menos vulneráveis (Estrato 4), como observado na *tabela 2*.

Tabela 2. Classificação dos municípios do estado de São Paulo segundo o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), com variação financeira mensal e média por município em 2024

IED	Total Municípios	Variação Negativa	Quant. Municípios Neg.	Perda Média por Município	Variação Positiva	Quant. Municípios Pos.	Ganho Médio por Município
Estrato 2	3	R$ 0,00	0 (0%)	R$ 0,00	R$ 165.471,85	3 (100%)	R$ 55.157,28
Estrato 3	304	-R$ 235.751,62	5 (1,6%)	-R$ 47.150,32	R$ 17.859.139,23	299 (98,4%)	R$ 59.729,56
Estrato 4	338	-R$ 272.377,74	5 (1,4%)	-R$ 54.475,55	R$ 91.879.804,04	333 (98,6%)	R$ 275.915,33
Subtotal	**645**	**-R$ 508.129,36**	**10 (1,5%)**	**-R$ 50.812,94**	**R$109.904.415,13**	**635 (98,5%)**	**R$ 173.077,82**

Fonte: elaboração própria com dados da tese de Melo[7], eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

Do ponto de vista da média municipal, o ganho médio por município também foi significativamente superior nos municípios do Estrato 4. Esse resultado sugere que a metodologia de alocação de recursos pode, de alguma forma, privilegiar a capacidade operacional ou instalada, característica mais frequente nesses municípios, uma vez que esse estrato inclui uma maior proporção de municípios de grande porte e, consequentemente, maior capacidade de arrecadação, além de haver resultados no IVS que sugerem menor vulnerabilidade. Ademais, o novo modelo está na primeira fase de implantação, o que significa que o peso das transferências recai sobre dois componentes, que, apesar de não estarem sendo contabilizados de acordo com o atingimento real das metas, repousam no número de eSF e eAP homologadas, ou seja, repousam em maior capacidade instalada.

Quando se analisam as perdas, observa-se que a perda média por município é relativamente próxima entre os diferentes estratos que apresentaram variação negativa. Em síntese, os municípios menos vulneráveis (Estrato 4) apresentam perdas médias próximas às dos demais estratos, mas os ganhos médios por município superam de forma expressiva (5 vezes mais) os dos municípios mais vulneráveis (Estratos 2 e 3). Em outras palavras, quando se perde, perde-se mais homogeneamente entre os estratos (o que parece anular o efeito da classificação dos estratos quando se trata de perdas médias). Já quando se ganha, a classificação por estratos discrimina demasiadamente o estrato menos vulnerável (Estrato 4).

Essa desigualdade reflete uma limitação importante no modelo, pois, apesar de não haver prejuízos significativos aos menos vulneráveis, parece não haver uma correspondência direta entre o nível de vulnerabilidade e os repasses financeiros, tanto em termos de volume quanto no número de municípios beneficiados. Assim, embora o novo modelo avance ao proteger os municípios mais vulneráveis de perdas (o que é muito importante), permanece concentrando ganhos médios nos municípios menos vulneráveis (sendo, portanto, iníquo), evidenciando desafios a serem enfrentados para alcance da equidade na alocação dos recursos da APS.

Tabela 3. Classificação dos municípios do estado de São Paulo segundo porte populacional, com variação financeira mensal e média por município em 2024.

Porte Populacional	Total Mun.	Variação Neg.	Quant. Mun. Neg.	Perda Média por Mun.	Variação Pos.	Quant. Mun. Pos.	Ganho Médio por Mun.
1 - Até 20 mil hab.	384 (59,5%)	-R$ 348.479,46	7 (1,8%)	-R$ 49.782,78	R$ 70.891.539,90	377 (98,2%)	R$ 188.041,22
2 - Acima de 20mil até 50mil hab.	118 (18,3%)	-R$ 154.291,13	2 (1,7%)	-R$ 77.145,57	R$ 14.861.985,02	116 (98,3%)	R$ 128.120,56
3 - Acima de 50mil até 100mil hab.	62 (9,6%)	R$ 0,00	0 (0%)	R$ 0,00	R$ 8.272.984,39	62 (100%)	R$ 133.435,23
4 - Acima de 100mil hab.	81 (12,6%)	-R$ 5.358,77	1 (1,2%)	-R$ 5.358,77	R$ 15.877.905,75	80 (98,8%)	R$ 198.473,82
Subtotal	**645 (100%)**	**-R$ 508.129,36**	**10 (1,5%)**	**-R$ 50.812,94**	**R$109.904.415,13**	**635 (98,5%)**	**R$ 173.077,82**

Fonte: elaboração própria, com dados da tese de Melo[7], eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

A *tabela 3* mostra a variação média mensal, agora, por porte populacional dos municípios. Ao analisar a distribuição das perdas e dos ganhos, observa-se que as perdas se concentram nos municípios de menor porte, embora sejam pouco significativas. Os municípios de grande porte apresentam tanto os menores valores absolutos de perda média quanto a menor quantidade de municípios afetados com a variação negativa dentro de sua categoria.

Por outro lado, os ganhos financeiros, em termos absolutos, concentram-se nos municípios de até 20 mil habitantes. Esse fenômeno ocorre, principalmente, devido à predominância desses municípios no estado, que representam, aproximadamente, 60% do total, classificados quanto ao porte populacional em até 20 mil habitantes. Contudo, quando se analisa pela distribuição dos ganhos médios entre as diferentes categorias de porte populacional, é possível perceber que a média é próxima entre os diferentes portes populacionais. Assim como ocorreu no modelo do Previne Brasil, o porte populacional parece apresentar uma correlação positiva mais plausível (quanto maior o porte populacional, maior a quantidade dos recursos recebidos) com as estratégias do novo modelo de alocação, mesmo não se tratando de um 'gradiente perfeito', conforme visto na *tabela 3*.

Durante o período de transição do Previne Brasil para o novo modelo de alocação da APS do governo Lula 3, os municípios passaram a receber recursos vinculados aos componentes 'vínculo e acompanhamento territorial' e 'qualidade eSF, eAP, eSB e eMulti', como se tivessem alcançado, todos eles, a faixa 'bom', uma vez que as regras de apuração dos indicadores relacionados aos componentes ainda não estão publicadas. Isso finda por anular o peso explicativo desse componente. Quando houver o encerramento do período de transição, com a inclusão de critérios baseados em indicadores e produção no cálculo dos repasses, é possível

que as desigualdades estruturais e organizacionais entre os municípios possam se tornar mais evidentes devido a esses componentes. Municípios menores (aproximadamente 85% dos municípios do País têm menos de 50 mil habitantes), que, em geral possuem menos equipes e menor capacidade instalada, tendem a enfrentar desafios significativos para manter os níveis atuais de sustentabilidade financeira.

A classificação conforme as macrorregiões e regiões/CIR traz dados importantes do ponto de vista da regionalização, conforme pode ser visto nas *tabelas 4 e 5*. Os municípios que perderam recursos se encontram divididos em 7 macrorregiões: Araraquara, Campinas, Grande São Paulo, Marília, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Sorocaba, sendo que nenhuma região teve mais que um município com variação negativa.

Todas as regiões analisadas possuem, no mínimo, uma eAP e 14 eSF. No entanto, observa-se uma concentração significativa das equipes, tanto de eSF quanto de eAP homologadas, na macrorregião da Grande São Paulo. Essa macrorregião não apenas abriga o maior número de equipes, mas também é a mais populosa, o que reflete diretamente no volume de recursos recebidos.

De fato, a Grande São Paulo destacou-se como a região com o maior ganho na variação média mensal, totalizando R$ 44.785.025,23. Esse cenário contrasta com o que foi apontado por Melo[7], ao final da implementação do modelo Previne Brasil. Naquela ocasião, os maiores municípios foram justamente os que registraram as maiores perdas. Esse contraste pode ser atribuído às mudanças metodológicas do novo modelo de alocação, que introduziu critérios mais alinhados com as características estruturais e populacionais das macrorregiões, além de considerar a quantidade de equipes e sua distribuição.

A região que apresentou a maior perda de recursos foi Adamantina, localizada na macrorregião de Marília, com uma variação negativa de R$ 146.061,37. Essa região conta com um total de 35 eSF e 5 eAP. Um ponto que chama atenção é a perda de recursos na área do Aquífero Guarani, que pode estar diretamente relacionada à maior presença de eAP nos municípios dessa região.

Diferentemente do modelo do Previne Brasil, que atribuía valores de cofinanciamento proporcionais tanto para eAP quanto para eSF, o novo modelo estabelecido pela Portaria nº 3493/2024 prioriza as eSF. Essa priorização reflete as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[21], que destaca as eSF como a tipologia central para a organização da atenção primária.

No contexto do Previne Brasil, municípios mais vulneráveis tinham seu peso adicional neutralizado pelo volume reduzido de cadastros, o que, muitas vezes, resultava em uma distribuição desigual dos recursos. Já no novo modelo, instituído no governo Lula 3, observa-se um esforço para fortalecer as eSF, promovendo um alinhamento maior com as prioridades estabelecidas pela PNAB. Esse enfoque pode ser considerado um avanço, pois incentiva a consolidação do modelo prioritário da atenção básica, que é mais abrangente e centrado na proximidade e continuidade do cuidado junto às comunidades.

Tabela 4. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Grande São Paulo, Marília e Piracicaba, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total Mun.	População	eSF	eAP	Variação Neg.	Qnt Mun. Neg.	Variação Pos.	Qnt Mun. Pos.
Araçatuba	Central	11	298.249	68	16	R$ 0,00	0	R$ 976.787,25	11
	Consórcios	17	263.703	72	9	R$ 0,00	0	R$ 1.024.180,48	17
	Lagos	12	197.605	66	7	R$ 0,00	0	R$ 953.138,61	12
Subtotal		**40**	**759.557**	**206**	**32**	**R$ 0,00**	**0 (0%)**	**R$ 2.954.106,34**	**40 (100%)**
Araraquara	Central	8	314.890	45	28	-R$ 74.109,32	1	R$ 694.488,10	7
	Centro Oeste	5	137.832	14	12	R$ 0,00	0	R$ 155.023,63	5
	Coração	6	390.525	53	14	-R$ 13.517,27	1	R$ 580.798,26	5
	Norte	5	149.059	31	19	R$ 0,00	0	R$ 433.296,68	5
Subtotal		**24**	**992.306**	**143**	**73**	**-R$ 87.626,59**	**2 (8,4%)**	**R$ 1.863.606,67**	**22 (91,6%)**
Baixada Santista	Baixada Santista	9	1.805.531	325	76	R$ 0,00	0	R$ 4.838.231,86	9
Subtotal		**9**	**1.805.531**	**325**	**76**	**R$ 0,00**	**0**	**R$ 4.838.231,86**	**9 (100%)**
Barretos	Norte	10	285.684	57	18	R$ 0,00	0	R$ 1.032.682,61	10
	Sul	8	142.795	34	12	R$ 0,00	0	R$ 690.685,15	8
Subtotal		**18**	**428.479**	**91**	**30**	**R$ 0,00**	**0 (0%)**	**R$ 1.723.367,77**	**18 (100%)**
Bauru	Bauru	18	644.731	84	61	R$ 0,00	0	R$ 1.578.303,11	18
	Jau	12	324.768	44	22	R$ 0,00	0	R$ 837.129,12	12
	Lins	8	157.929	31	16	R$ 0,00	0	R$ 592.801,05	8
	Polo Cuesta	13	302.784	64	33	R$ 0,00	0	R$ 985.223,72	13
	Vale do Jurumirim	17	303.615	67	12	R$ 0,00	0	R$ 1.028.493,17	17
Subtotal		**68**	**1.733.827**	**290**	**144**	**R$ 0,00**	**0 (0%)**	**R$ 5.021.950,17**	**68 (100%)**
Campinas	Bragança	12	507.438	66	59	R$ 0,00	0	R$ 1.083.642,84	12
	Campinas	18	3.145.315	434	147	-R$ 34.132,99	1	R$ 4.421.227,29	17
	Circuito das Águas	5	131.473	47	7	-R$ 8.863,50	1	R$ 677.264,98	4
	Jundiaí	7	843.633	87	106	R$ 0,00	0	R$ 1.638.544,73	7
Subtotal		**42**	**4.627.859**	**634**	**319**	**-R$ 42.996,49**	**2 (4,8%)**	**R$ 7.820.679,84**	**40 (95,2%)**
Franca	Alta Anhanguera	6	148.066	36	2	R$ 0,00	0	R$ 645.607,16	6
	Alta Mogiana	6	111.606	29	9	R$ 0,00	0	R$ 650.433,55	6
	Três Colinas	10	424.174	38	40	R$ 0,00	0	R$ 963.907,46	10
Subtotal		**22**	**683.846**	**103**	**51**	**R$ 0,00**	**0 (0%)**	**R$ 2.259.948,17**	**22 (100%)**
Grande São Paulo	ABC	7	2.696.530	494	104	R$ 0,00	0	R$ 6.627.685,90	7
	Alto do Tietê	11	2.621.069	258	163	-R$ 80.181,82	1	R$ 3.527.731,44	10
	Franco da Rocha	5	591.562	130	27	R$ 0,00	0	R$ 2.347.659,72	5
	Mananciais	8	1.118.024	134	102	R$ 0,00	0	R$ 2.207.767,68	8
	Rota	7	1.954.889	130	210	R$ 0,00	0	R$ 1.497.246,21	7
	São Paulo	1	11.451.999	1649	415	R$ 0,00	0	R$ 28.576.934,28	1
Subtotal		**39**	**20.434.073**	**2795**	**1021**	**-R$ 80.181,82**	**1 (2,6%)**	**R$ 44.785.025,23**	**38 (97,4%)**

Tabela 4. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Araçatuba, Araraquara, Baixada Santista, Barretos, Bauru, Campinas, Franca, Grande São Paulo, Marília e Piracicaba, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total Mun.	População	eSF	eAP	Variação Neg.	Qnt Mun. Neg.	Variação Pos.	Qnt Mun. Pos.
Marilia	Adamantina	10	130.843	35	5	-R$ 146.061,37	1	R$ 507.448,69	9
	Assis	13	240.868	45	16	R$ 0,00	0	R$ 828.032,87	13
	Marilia	19	382.161	105	7	R$ 0,00	0	R$ 1.717.193,21	19
	Ourinhos	12	224.302	36	22	R$ 0,00	0	R$ 783.087,43	12
	Tupã	8	125.835	31	12	R$ 0,00	0	R$ 413.548,56	8
Subtotal		**62**	**1.104.009**	**252**	**62**	**-R$ 146.061,37**	**1 (1,7%)**	**R$ 4.249.310,77**	**61(98,3%)**
Piracicaba	Araras	5	334.950	44	24	R$ 0,00	0	R$ 594.117,44	5
	Limeira	4	357.916	53	3	R$ 0,00	0	R$ 627.356,00	4
	Piracicaba	11	605.080	78	52	R$ 0,00	0	R$ 1.331.258,25	11
	Rio Claro	6	256.792	36	11	R$ 0,00	0	R$ 616.624,56	6
Subtotal		**26**	**1.554.738**	**211**	**90**	**R$ 0,00**	**0**	**R$ 3.169.356,25**	**26**

Fonte: elaboração própria, com dados da tese de Melo[7], eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

Tabela 5. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Presidente Prudente, Registro, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto, Sorocaba, Taubaté e Total, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total Mun.	População	eSF	eAP	Variação Neg.	Qnt Mun. Neg.	Variação Pos.	Qnt Mun. Pos.
Presidente Prudente	Alta Pta	12	132.622	45	15	R$ 0,00	0	R$ 905.188,81	12
	Alta Sorocabana	19	412.630	88	44	R$ 0,00	0	R$ 1.875.797,18	19
	Alto Capivari	5	56.401	18	2	R$ 0,00	0	R$ 303.894,20	5
	Extremo Oeste	5	88.009	29	4	R$ 0,00	0	R$ 490.342,93	5
	Pontal	4	63.454	31	1	R$ 0,00	0	R$ 508.542,91	4
Subtotal		**45**	**753.116**	**211**	**66**	**R$ 0,00**	**0 (0%)**	**R$ 4.083.766,03**	**45 (100%)**
Registro	Vale do Ribeira	15	277.852	107	7	R$ 0,00	0	R$ 1.796.871,18	15
Subtotal		**15**	**277.852**	**107**	**7**	**R$ 0,00**	**0 (0%)**	**R$ 1.796.871,18**	**15**
Ribeirão Preto	Aquífero Guarani	10	893.031	84	135	-R$ 75.090,12	1	R$ 1.282.617,98	9
	Horizonte Verde	9	413.702	42	33	R$ 0,00	0	R$ 675.261,31	9
	Vale das Cachoeiras	7	135.941	35	7	R$ 0,00	0	R$ 648.239,39	7
Subtotal		**26**	**1.442.674**	**161**	**175**	**-R$ 75.090,12**	**1 (3,9%)**	**R$ 2.606.118,66**	**25 (96,1%)**
São João da Boa Vista	Baixa Mogiana	4	627.380	52	41	R$ 0,00	0	R$ 1.134.219,41	4
	Mantiqueira	8	268.362	61	8	R$ 0,00	0	R$ 785.289,26	8
	Rio Pardo	8	206.531	36	21	R$ 0,00	0	R$ 583.330,39	8
Subtotal		**20**	**1.102.273**	**149**	**70**	**R$ 0,00**	**0 (0%)**	**R$ 2.502.839,07**	**20 (100%)**

Tabela 5. Distribuição dos municípios do estado de São Paulo nas macrorregiões de Presidente Prudente, Registro, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto, Sorocaba, Taubaté e Total, com características populacionais, tipologia de equipes e variação financeira mensal em 2024

Macrorregião	Região/CIR	Total Mun.	População	eSF	eAP	Variação Neg.	Qnt Mun. Neg.	Variação Pos.	Qnt Mun. Pos.
São José do Rio Preto	Bonifácio	11	101.427	25	10	R$ 0,00	0	R$ 594.488,77	11
	Catanduva	19	298.381	75	34	R$ 0,00	0	R$ 1.688.072,52	19
	Fernandópolis	13	114.856	46	4	-R$ 60.916,34	1	R$ 876.449,78	12
	Jales	16	102.341	33	3	R$ 0,00	0	R$ 489.004,97	16
	Rio Preto	20	765.491	147	26	-R$ 5.358,77	1	R$ 2.671.922,13	19
	Sta Fé	6	74.894	15	0	R$ 0,00	0	R$ 242.057,29	6
	Votuporanga	17	198.031	72	12	R$ 0,00	0	R$ 1.410.640,52	17
Subtotal		**102**	**1.655.421**	**413**	**89**	**-R$ 66.275,10**	**2 (2%)**	**R$ 7.972.635,97**	**100 (98%)**
Sorocaba	Itapetininga	13	496.205	92	39	R$ 0,00	0	R$ 1.435.280,75	13
	Itapeva	15	273.248	79	8	R$ 0,00	0	R$ 1.646.583,11	15
	Sorocaba	20	1.780.501	156	110	-R$ 9.897,88	1	R$ 2.860.799,58	19
Subtotal		**48**	**2.549.954**	**327**	**157**	**-R$ 9.897,88**	**1 (2,1%)**	**R$ 5.942.663,44**	**47 (97,9%)**
Taubaté	Alto Vale	8	1.086.313	161	87	R$ 0,00	0	R$ 2.268.290,91	8
	Circuito da Fé e Vale Histórico	17	454.993	86	19	R$ 0,00	0	R$ 1.457.052,13	17
	Litoral Norte	4	344.383	100	3	R$ 0,00	0	R$ 1.410.259,39	4
	Vale do Paraíba e Região Serrana	10	620.034	84	54	R$ 0,00	0	R$ 1.178.335,26	10
Subtotal		**39**	**2.505.723**	**431**	**163**	**R$ 0,00**	**0**	**R$ 6.313.937,68**	**39**
Total		**645**	**44.411.238**	**6849**	**2625**	**-R$ 508.129,37**	**10 (1,5%)**	**R$ 109.904.415,11**	**635 (98,5%)**

Fonte: elaboração própria, com dados da tese de Melo[7], eGestor APS. Dados deflacionados IPCA a preços de 2024.

Discussão

A comparação entre o modelo de alocação de recursos para a APS do Previne Brasil e o novo modelo instituído pela Portaria nº 3.493/2024 mostra uma significativa superação no que se refere às perdas financeiras enfrentadas pelos municípios. No Previne Brasil, um número expressivo de municípios apresentou variação negativa, evidenciando a dificuldade do modelo anterior em promover uma distribuição minimamente igualitária dos recursos[7]. Isso pode estar relacionado à pertinência dos indicadores usados para operacionalizar a vulnerabilidade no Previne Brasil. Mango e Carnut[22] compilaram dados de estudos que avaliavam os critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Previne Brasil. Entre seus principais achados, os autores afirmam que a compreensão de vulnerabilidade trazida pelo Previne era fortemente individualizante, focalizadora e favorecia a inserção da lógica de cobertura universal e carteira de serviços, apresentando limites quanto à sua pertinência na traducibilidade da vulnerabilidade. Já no novo modelo do governo Lula 3 (Portaria nº 3.493/2024), houve uma drástica redução no número de municípios que registraram perdas.

Esse avanço pode ser atribuído à introdução de elementos compensatórios e à reformulação da metodologia de cálculo, que agora incorpora uma compreensão mais ampla dos aspectos da vulnerabilidade social e, ainda, o porte populacional, por meio do IED.

Se no Previne Brasil havia uma proposta de alocação para a APS orientada por uma perspectiva focalizadora, neosseletiva e de caráter mercadológico[23], no novo modelo do governo Lula 3, o IED redistribui o recurso, mas de uma forma ambivalente. Por um lado, cumpre um importante papel ao proteger os municípios mais vulneráveis de perdas financeiras absolutas, refletindo um reconhecimento das desigualdades existentes e uma tentativa de promover maior segurança financeira para municípios com maior vulnerabilidade social, especialmente em regiões com menor capacidade instalada e arrecadativa, conforme os dados acima sugerem.

No entanto, ao analisar os resultados práticos do IED, percebe-se que sua aplicação não reorienta os recursos de maneira plenamente equânime[24], conforme afirma seu nome. Em vez disso, o índice contribui para uma redistribuição que pode ser considerada, inclusive, iníqua. Se há algum resquício de equidade nesse índice, só pode ser em seu sentido reduzido a uma perspectiva neoclássica[25] e utilitarista[26], herdado das mudanças recentes proporcionadas pelo Previne Brasil, que entendem a 'equidade' como mais próxima da 'focalização de recursos'[23], compreensão muito alinhada, por certo, aos avanços neoliberais no campo da saúde. De fato, o novo modelo do governo Lula 3, segundo os dados analisados neste estudo, não gerou focalização de recursos no estado de São Paulo, mas privilegia a capacidade operacional instalada.

Isso pode ser verificado da seguinte maneira: mesmo com pouquíssimos municípios perdendo recursos (1,5%), a redistribuição dos recursos financeiros acompanha, em grande medida, o porte populacional e não o nível de vulnerabilidade do estrato em que se encontra o grupo de municípios. Esse paradoxo indica que, embora a consideração da vulnerabilidade social seja um componente central na fórmula do IED, o porte populacional exerce um peso desproporcional na definição dos valores repassados, favorecendo os municípios maiores.

Em uma revisão integrativa da literatura de caráter mundial sobre as dimensões essenciais das metodologias de alocação equitativa de recursos financeiros em saúde, Carnut, Mendes e Leite[27] encontraram que, em todos os estudos revisados, as implicações éticas relativas à equidade devem ser operacionalizadas. É nesse sentido que se deve entender quais indicadores são mais relevantes/sensíveis à equidade a partir de cada situação locorregional. Diante disso é que a dinâmica do novo modelo de alocação do governo Lula 3 sugere que o 'porte populacional' funciona como um indicador mais sensível ao desenvolvimento local, discriminando de forma mais precisa as diferenças entre os municípios, e, por isso, é o possível indicador a ser considerado ao se operacionalizarem critérios de alocação equitativa. No entanto, se não se atentar ao peso do porte populacional como dimensão que apresenta correlação positiva com a média de ganho de recurso, é possível que a preponderância do 'porte populacional' possa ofuscar as necessidades reais dos municípios menores e mais vulneráveis, perpetuando iniquidades na alocação de recursos. Importante destacar que não houve ampliação dos recursos *per capita* nesse novo modelo, que é fundante na alocação de recursos em saúde e utilizado em outros sistemas universais de saúde, de acordo com os autores.

Logo, embora o IED represente um avanço em termos de mitigação de perdas absolutas, sua capacidade de promover uma redistribuição verdadeiramente equitativa ainda é limitada, apontando para a necessidade de aprimoramento da metodologia para alcançar maior justiça social[28] na alocação de recursos para a saúde. O papel da equidade na distribuição de recursos em sistemas universais de saúde tem sido uma preocupação

internacional. Em uma recente revisão sistemática sobre o modelo de alocação de recursos no National Health Service inglês, Picolli e Mendes[29] encontraram que a maioria dos artigos incluídos apresentou aspectos acerca de como os modelos de alocação refletem a equidade no acesso aos serviços. Outro estudo sobre o modelo de alocação de recursos no National Health Service escocês demonstra que a busca de justiça social não é apenas uma questão técnica, mas uma opção política em sistemas universais, e a fórmula de alocação necessita refletir esses valores em seu aprimoramento[30], especialmente no que tange ao refino da equidade[20].

Outro aspecto importante dos achados se refere às perdas médias substantivas na região do Aquífero Guarani. As perdas financeiras nessa região podem estar associadas à maior presença de eAP, o que revela uma característica importante do novo modelo de alocação de recursos do governo Lula 3: ele não necessariamente induz à perda, porém, o modelo desincentiva a manutenção e a priorização desse tipo de equipe. Diferentemente do modelo anterior (Previne Brasil), que equiparava os valores de cofinanciamento entre as eAP e as eSF, o novo modelo da Portaria nº 3.493/2024 atribui maior peso às eSF, alinhando-se à diretriz da PNAB, que reposiciona as eSF como prioritárias. Na revisão de Diniz e Bulgareli[31], as autoras já demonstravam que, para que essa ampliação das eSF fosse efetivada, havia a necessidade de aumentar a alocação financeira pelo ente federal e garantir alocação pelo ente estadual, a fim de que houvesse sustentabilidade da APS nos próximos anos, priorizando esse nível de atenção como ordenadora do sistema local. Pelos dados apresentados do efeito do novo modelo do governo Lula 3 neste estudo, pelo menos o caráter indutivo das eSF parece ser verificável.

Essa mudança de prioridade pode ser vista como uma estratégia de indução de políticas públicas, orientando os municípios a fortalecerem as eSF. Contudo, é importante observar que essa transição exige planejamento e suporte técnico, especialmente em regiões onde as eAP desempenham um papel significativo no acesso à saúde. Nesse contexto, a questão central não é apenas se o modelo desincentiva ou induz a perdas, mas como ele pode oferecer suporte adequado para a transição sem comprometer a assistência à população local.

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas no contexto de análise do novo modelo de alocação de recursos financeiros para a APS. Em primeiro lugar, a impossibilidade de avaliar plenamente as dimensões vinculadas aos componentes de desempenho e vínculo, que foram preenchidas com a classificação 'bom' durante o período de transição, configura uma análise parcial do modelo, restringindo-se a uma avaliação preliminar de sua operacionalização. Além disso, os resultados apresentados são específicos para o estado de São Paulo, o que inviabiliza sua generalização para outras unidades federativas, considerando as diferentes realidades de cada território e da organização dos serviços de saúde de outros estados. É importante destacar que a análise foi realizada em um momento específico do período de transição, o que implica que os resultados podem sofrer alterações significativas à medida que o modelo amadureça e que novas diretrizes sejam implementadas. Assim, os achados devem ser interpretados à luz dessas limitações, reforçando a necessidade de análises longitudinais e em outros territórios para maior compreensão de suas induções na APS.

Trata-se, ainda, da primeira investigação que avalia, de maneira sistemática, as induções da Portaria nº 3.493/2024 em âmbito municipal, oferecendo subsídios importantes para a discussão sobre equidade na alocação de recursos. O estado de São Paulo, além de ser o estado mais rico da federação, é quem concentra o maior volume de recursos financeiros destinados à saúde, o que torna seus resultados altamente representativos para compreender a operacionalização do modelo

em contextos de grande complexidade econômica e administrativa. Essa escolha permite, também, explorar as particularidades de um território que, apesar de sua riqueza, apresenta desigualdades marcantes entre municípios, refletindo desafios estruturais encontrados em outras regiões do País. Para garantir a precisão dos resultados, foi utilizada uma metodologia de cálculo rigorosa, com dados ajustados pela inflação, permitindo uma avaliação realista das variações nos recursos financeiros transferidos aos municípios. Essa abordagem possibilita distinguir de forma nítida as perdas e os ganhos, não apenas considerando os valores nominais repassados, mas também ajustando-os ao poder de compra real dos recursos no período analisado.

A presente pesquisa abre caminhos para uma agenda de estudos futuros que explorem de forma mais abrangente as induções do novo modelo de alocação da APS. Um primeiro passo seria analisar o modelo como um todo, contemplando os indicadores de qualidade assim que forem definidos e implementados, permitindo compreender se e como esses indicadores alteram o padrão de distribuição de recursos identificado neste estudo. Além disso, seria fundamental investigar em que medida essas alterações promovem ou reforçam a equidade na alocação de recursos entre os municípios. Outra vertente essencial de pesquisa seria examinar os efeitos do modelo em estados com características distintas, especialmente aqueles que apresentam maior proporção de municípios de pequeno porte e classificados no estrato 1 do IED (que o estado estudado não contempla), dado que essas localidades enfrentam os maiores desafios de vulnerabilidade e capacidade instalada.

Conclusões

Segundo os dados analisados, o novo modelo de alocação para a APS (Portaria nº 3.493/2024) apresenta algumas inovações na composição de suas dimensões, que são dignas de um esforço técnico-metodológico para incutir o princípio da equidade em sua proposta de redistribuição dos recursos. A primeira é o IVS associado ao porte populacional, que introduz critérios mais alinhados às desigualdades sociais e econômicas dos territórios, substituindo a tipologia rural-urbana do modelo anterior (Previne Brasil). Esse avanço permite uma melhor adequação dos recursos às necessidades locais, promovendo, teoricamente, maior equidade na distribuição dos recursos. Além disso, o modelo incorpora um mecanismo de compensação que considera os valores efetivamente recebidos pelos municípios nos períodos anteriores, somando 10% à diferença. Essa medida, conforme visto nos dados analisados, protege os municípios das situações de perda de recursos que havia no modelo anterior (Previne Brasil) e, ainda, evita descontinuidades abruptas na alocação (em função do acréscimo de diferença de 10%).

A segunda inovação na composição de suas dimensões (componentes) se refere ao aumento da proporção dos repasses federais realizado por meio de um novo componente: o de 'vínculo e acompanhamento', em detrimento do componente 'fixo' do mesmo modelo (Portaria nº 3.493/2024). Isso é uma permanência da vinculação de recursos repassados pela lógica de desempenho, perpetuando o foco em metas específicas e indicadores, em vez de considerar a estrutura de oferta instalada. Em que pese que esse componente não teve influência na análise realizada neste artigo (pelo fato de que todos os municípios receberam o mesmo valor do estrato 'bom' – já que os indicadores ainda não tinham sido pactuados), a persistência da lógica é uma herança do antigo componente 'pagamento por desempenho', que existia no Previne. Essa indefinição dos parâmetros de cálculo do componente 'vínculo e acompanhamento', juntamente com a indefinição do parâmetro de cálculo do componente 'qualidade', gera incertezas sobre as reais induções do novo modelo na organização e no financiamento da APS.

Essas alterações e permanências na composição das dimensões (componentes) do novo modelo têm consequências na forma de indução das ações no nível local.

Algumas alterações podem ser consideradas positivas. Primeiro: a diminuição do valor alocado às eAP é o primeiro exemplo disso. Essa diminuição do valor, em contraste com os valores repassados às eSF, findou por priorizar as eSF em detrimento das eAP. Isso está em consonância com o enfoque da PNAB, que reconhece as eSF como o modelo prioritário de organização da APS no Brasil. Segundo: essa mudança foi acompanhada por uma ampliação dos recursos destinados às eSF, reforçando a relevância dessas equipes na estruturação dos serviços e na cobertura territorial. Terceiro: outra importante inovação foi fato de que, no novo modelo, a classificação da vulnerabilidade tem como base o 'município' e não apenas no 'indivíduo' (como era no Previne e como ainda ocorre na metodologia de cálculo do componente de 'vínculo e acompanhamento territorial'). Isso ajuda a retirar o peso do cadastro dos indivíduos no cálculo dos repasses, o que tende a beneficiar municípios com menor capacidade instalada ou que apresentam dificuldades institucionais locais relacionadas ao ato de cadastrar sua população (que não era cadastrada no Previne).

Por fim, algumas permanências da lógica indutora do Previne Brasil ainda se fazem presentes no novo modelo. Primeiro: a alocação de recursos do nível federal às eAP foi mantido, embora em menor proporção, preservando uma estrutura que ainda se sustenta em municípios com essa tipologia de equipe – não induzindo o caráter substitutivo preconizado pela PNAB/2006. Segundo: a lógica de pagamento baseada no atingimento de indicadores de desempenho foi mantida no componente 'vínculo e acompanhamento', esperando por ser posta em prática no momento político oportuno. O mesmo se aplica ao componente 'qualidade', que também espera uma regulamentação futura que estabeleça os indicadores para mensuração desse componente. Essas métricas, se relacionadas majoritariamente a procedimentos e consultas, reproduzirão a permanência de um enfoque gerencialista (que já estava no Previne).

Em síntese, o novo modelo de alocação de recursos para a APS no governo Lula 3 apresenta uma combinação de inovações que visam a uma maior coerência com os princípios da PNAB e elementos herdados do modelo Previne Brasil, que ainda refletem uma lógica gerencialista e mercadológica. Enquanto o novo modelo avança ao priorizar as eSF e introduzir critérios mais equitativos na distribuição de recursos, ainda mantém elementos que reproduzem desigualdades e limitam a superação de barreiras estruturais. O equilíbrio entre essas características será determinante para avaliar a efetividade do modelo na consolidação de uma APS mais justa e alinhada aos princípios do SUS.

Colaboradores

Toccillo GL (0009-0004-8297-4593)*, Carnut L (0000-0001-6415-6977)*, Mendes Á (0000-0002-5632-4333)* e Melo MA (0000-0003-2187-1203)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc saúde coletiva. 2020;25(4):1181-88. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020

2. Mendes Á, Carnut L, Melo M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. Saude Soc. 2023;32(1):e210307pt. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 nov 13 [acesso em 2024 ago 20]; Edição220; Seção I:109. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html

4. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2018;42(Esp 1):224-43. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115

5. Mendes KMC, Carnut L, Guerra LDS. Cenários de práticas na Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a neoseletividade induzida pelo "Programa Previne Brasil". J Manag Prim Health Care. 2022;14:e002. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v14.1186

6. Mendes Á, Carnut L. Crise do Capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, Saúde Pública e Atenção Primária. Rev Soc Bras Econ Polit [Internet]. 2020 [acesso em 2024 ago 21];57(2020-2020):174-210. Disponível em: https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636

7. Melo MA. Críticas à nova forma de alocação dos recursos federais para a Atenção Primária em Saúde – Programa Previne Brasil – no Sistema Único de Saúde (SUS): análise dos municípios brasileiros (2019-2022) [tese na Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2024 [acesso em 2025 out 27]. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1Joa6AHiAGmW7KZSEs8IHoYv6j0m6azgE/view

8. Pimenta A, Mendes Á, Lages C, et al. Uma alternativa para superação do Programa Previne Brasil: propostas para alocação de recursos federais para APS [Internet]. Brasília, DF: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2023 [acesso em 2024 ago 21]. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2023/07/Proposta-Modelo-Aloc-AB-em-2023_Versao-09-2023-30-06-2023-VF.pdf

9. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Nota Abrasco sobre as propostas de mudança na PNAB em Saúde. Abrasco [Internet]. 2019 set 29 [acesso em 2024 ago. 20]; Posicionamento Abrasco. Disponível em: https://abrasco.org.br/nota-abrasco-sobre-as-propostas-de-mudanca-na-politica-nacional-de-atencao-basica-em-saude/

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde e define diretrizes para o financiamento da Atenção Primária. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2024 abr 11 [acesso em 2024 ago. 21]; Edição 70; Seção I:30-2. Disponível em: https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811

11. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota conjunta SAPS/CONASS/CONASEMS 01/2024: Orientações sobre a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, que instituiu a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. [Local desconhecido]: Conasems; 2024 [acesso em 2024 ago. 21]. Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/orientacoes/nota-tecnica-conjunta-saps-conasems-conass-novo-financiamento-aps-versao-final-saps-03072024-1720464797.pdf

12. e-Gestor Atenção Primária à Saúde [Internet]. [Local desconhecido]: Ministério da Saúde, SAPS; @2025 [acesso em 2024 ago 21]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/

13. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui incentivo financeiro federal para o custeio de ações e serviços de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 maio 23 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

14. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 960, de 18 de julho de 2023. Institui incentivo financeiro federal de custeio das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jul 19 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960_18_07_2023.html

15. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 751, de 20 de junho de 2023. Altera o valor do incentivo financeiro federal de custeio das ações de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 jun 21 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0751_20_06_2023.html

16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 610, de 18 de maio de 2023. Estabelece a prorrogação de parâmetros do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 maio 19 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0610_18_05_2023.html

17. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.464, de 5 de outubro de 2023. Altera a Portaria GM/MS nº 635/2023 no âmbito do Programa Previne Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 out 6 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1464_05_10_2023.html#:~:text=Altera%20a%20Portaria%20GM%2FMS,%C3%A2mbito%20do%20Programa%20Previne%20Brasil

18. Carnut L, Andre ECG, Mendes NA, et al. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. Saúde debate. 2021;45(129):467-80. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202112917

19. Vieira FS, Dias L. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. Rev Saúde Pública. 2022;56:123. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004465

20. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2539, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 set 27 [acesso em 2024 set 12]. DOI: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html

21. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 2436, 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2024 set 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

22. Mango P, Carnut L. Critérios de vulnerabilidade socioeconômica do Previne Brasil para a alocação de recursos na Atenção Primária: uma revisão integrativa – resultados preliminares. J Manag Prim Health Care. 2024;16(Esp):e015. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v16.1414

23. Couto JGA, Mendes A, Carnut L. Revisão crítica dos argumentos "oficiais" da nova alocação de recursos

federais para Atenção Primária. J Manag Prim Health Care. 2023;15:e009. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1293

24. Vieira da Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad Saúde Pública. 2009;25(2):S217-S226. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004

25. Silva MSM, Carnut L, Filippon J. O modelo hegemônico de alocação de recursos e a escola de pensamento de economia de saúde de York: aproximações para a compreensão de uma estratégia liberalizante. J Manag Prim Health Care. 2023;15(Esp):e034. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1337

26. Lima PRM, Davi J. Aproximações críticas ao conceito de equidade presentes nos documentos da Cepal e do Banco Mundial. Temporalis. 2017;17(34). DOI: https://doi.org/10.22422/2238-1856.2017v17n34p127-152

27. Carnut L, Mendes Á, Leite MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. Saúde debate. 2020;44(126):902-18. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012624

28. Porto SM. Justiça Social, Eqüidade e Necessidade em Saúde [Internet]. In: Vianna SM, Piola SF. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: Ipea; 1995 [acesso em 2024 dez 10]. p. 123-140. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/0cdc3da1-839e-44f4-9ac6-f1326c9f4fa4/content

29. Piccoli SG, Mendes Á. Modelos de alocação de recursos financeiros para a Atenção Primária à Saúde no National Health Service Inglês [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2024. DOI: https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2025/05/1--TCC-Simone-1.pdf

30. Rola RCF, Carnut L, Filippon J. Alocação de recursos financeiros em saúde no sistema de saúde da Escócia: uma revisão integrativa para se refletir sobre o caso brasileiro [monografia na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2022 [acesso em 2024 dez 10]. Disponível em: https://ecopolsaude.com.br/wp-content/uploads/2023/01/1-Renata-Rola.pdf

31. Diniz JM, Bulgareli JV. Alocação de recursos financeiros para a atenção primária à saúde: uma revisão Integrativa [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2024. DOI: https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1349

Recebido em 27/01/2025
Aprovado em 28/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli Iola Gurgel Andrade

saúde
EM DEBATE

ENSAIO

O papel das plataformas tecnológicas no Brasil como estratégia para preparação e resposta a pandemias

The role of technology platforms in Brazil as a strategy for pandemic preparedness and response

Cássia Dias Pereira[1], Janine Boniatti[1], Manoel Sebastião da Costa Lima Júnior[2], Wim Maurits Sylvain Degrave[3]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710315P

RESUMO A pandemia de covid-19 evidenciou a necessidade de infraestruturas laboratoriais e tecnologias robustas e integradas para oferecer respostas rápidas a emergências sanitárias. As plataformas tecnológicas, ou core facilities, centralizam equipamentos caros e sofisticados e contam com equipes altamente qualificadas. Durante a pandemia, desempenharam papel essencial no desenvolvimento e no aprimoramento de diagnóstico molecular, análise genômica e suporte à vigilância epidemiológica e à pesquisa sobre a história natural da doença. Este trabalho discute a importância das instalações da Rede de Plataformas Tecnológicas da Fiocruz durante a crise sanitária. Semelhante ao ocorrido em outros países, as atividades das core facilities foram rapidamente reorganizadas em suporte à emergência sanitária, substituindo temporariamente as demandas normais de suporte à pesquisa, fortemente reduzidas devido às estratégias de isolamento. Na Fiocruz, as plataformas de genômica, de bioinformática e de PCR se juntaram rapidamente às iniciativas da Rede e Laboratórios de Vigilância, permitindo um monitoramento eficiente da evolução viral e da identificação de variantes, e otimizando protocolos de diagnóstico e análises genômicas rápidos e precisos. As plataformas demonstraram ter um papel estratégico para o enfrentamento a emergências em saúde pública por meio da expertise, conjunto de infraestruturas permanentes e operacionais, e agilidade frente à demanda voluminosa de análises.

PALAVRAS-CHAVE Tecnologias. Diagnóstico molecular. Saúde pública. Bioinformática. Genômica.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic highlighted the need for robust and integrated laboratory infrastructures and technologies to offer rapid responses to health emergencies. Technology platforms, or core facilities, centralize expensive and sophisticated equipment and rely on teams with high technical expertise. They played, during the pandemic, an essential role in the development and improvement of molecular diagnosis, genomic analysis, support for epidemiological surveillance and research into the natural history of the disease. This work discusses the importance of the Fiocruz Technology Platforms Network during the health crisis. Similar to what happened in other countries, core facility activities were quickly reorganized in support of the health emergency, temporarily replacing normal research support demands, which were heavily reduced due to isolation strategies. At Fiocruz, the genomics, bioinformatics and PCR platforms quickly joined the Surveillance Network and Reference Laboratories initiatives, allowing efficient monitoring of viral evolution and the identification of variants, optimizing fast and accurate diagnostic protocols and genomic analyses. They demonstrated a strategic role in dealing with public health emergencies, due to their expertise, set of permanent and operational infrastructures, and rapid mobilization to meet the voluminous demands for analysis.*

KEYWORDS *Technologies. Molecular diagnosis. Public health. Bioinformatics. Genomics.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas (VPPCB) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *cassia.pereira@fiocruz.br*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A pandemia do Sars-CoV-2 colocou à prova a capacidade de vigilância e de mobilização dos sistemas de saúde por meio de atendimento, diagnóstico e vacinação em grande escala, para todas as regiões do mundo. Existe consenso que novas pandemias ocorrerão, com uma frequência provavelmente aumentada, devido às mudanças climáticas, à expansão contínua de grandes monoculturas pecuárias próximas a populações de espécies animais sensíveis a diversas infecções virais, e à invasão de biomas, resultando em desequilíbrios ecológicos que favorecem a emergência e a disseminação de patógenos e reforçam a importância crítica de políticas de uma só saúde[1] (*One Health*).

No Brasil, a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental compõem o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), que, por sua vez, é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro[2]. O Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), desempenha papel crucial na coordenação e na assessoria técnica ofertada para os estados e o Distrito Federal na implantação e na manutenção da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública[2]. Essa rede é essencial para o diagnóstico, o monitoramento e o controle de doenças, além de colaborar com a vigilância em saúde pública.

Além disso, o MS e a CGLAB se encarregam da promoção da saúde, dentre outras atribuições, realizando ações de educação permanente e de formação dos profissionais de saúde, especialmente aqueles ligados à vigilância epidemiológica. Essa promoção inclui o fortalecimento de competências para garantir uma resposta mais rápida e eficaz a surtos, epidemias e outros problemas de saúde pública. Resumidamente, a vigilância epidemiológica é organizada em torno de Laboratórios Centrais de Referência (Lacen), especializados em diagnósticos de um conjunto de agentes patogênicos[2].

O sistema deve ser capaz de identificar novos agentes infecciosos, qualificar e quantificar o agente e alimentar gestores de saúde pública com informações precisas e atuais para decisões adequadas. Adicionalmente, diversos laboratórios de pesquisa em Instituições de Ciência e Tecnologia (ICT) são credenciados como Centros de Referência Nacional ou Regional, auxiliando os órgãos de vigilância nacionais no monitoramento da circulação de agentes infecciosos da sua especialidade por meio de esclarecimento de casos inusitados, e dando suporte à coordenação de ações de saúde para controle de surtos e epidemias. O acompanhamento da circulação de variantes dos agentes infecciosos, como as variantes de interesse (VOI), as variantes de monitoramento (VUM) e os variantes de preocupação (VOC), é imprescindível porque pode apresentar variações antigênicas, de virulência, de especificidade ou tropismo celular, ou de resistência a fármacos com possível impacto direto para a saúde pública. Para a maioria dos agentes infecciosos conhecidos e com circulação mais ampla, há *kits* e sistemas de detecção disponíveis comercialmente no mercado internacional, padronizados e com certificado de qualidade.

Muitas ações foram conduzidas pelo MS durante a pandemia de Sars-CoV-2 com o intuito de acelerar a aquisição e a distribuição desses reagentes e *kits* e de promover as testagens e a divulgação dos dados do período por meio dos 'Boletins epidemiológicos' emitidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS)[3,4]. Entretanto, durante pandemias, o sistema de vigilância se depara com a necessidade de comprar, distribuir e usar testes de diagnóstico em grande escala no mercado internacional, enfrentando escassez, preços altos, concorrência acirrada e logística difícil. Frequentemente, houve

necessidade de adaptar testes já existentes devido à evolução regional dos agentes por meio de modificações genéticas, demandando muita pesquisa e desenvolvimento acelerado. Também há necessidade de reunir especialistas das diferentes ICT do país para compartilhar, analisar e interpretar dados de forma a se tornar informação e conhecimento de relevância para a população, além de diretrizes e recomendações para o sistema de saúde.

Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu um programa denominado *Preparedness for Emergencie*, prevendo mecanismos de alerta precoce, abertura de dados e sistemáticas de detecção, notificação e resposta a emergências de saúde[5]. Entende-se que a preparação e a vigilância incluem, também, gerenciamento de riscos por meio da avaliação de cenários e possíveis respostas de prevenção e mitigação, em níveis nacionais e subnacionais, em comunidades, ambientes rurais e urbanos, em populações vulneráveis ou de risco especial[5].

Muitos países incluem sistemas de notificação compulsória, alimentando a vigilância epidemiológica e os laboratórios de referência com informações e amostras clínicas necessárias à confirmação do diagnóstico e caracterização de patógenos. Por exemplo, no Brasil, a Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, determinou como obrigatória a notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnósticos para detecção da covid-19 realizados por laboratórios da rede pública, da rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. Embora, na prática, não se tenham incluído os autotestes comprados em farmácias[6], tais medidas passam a ser imprescindíveis para que se possa efetuar uma vigilância adequada, de articulação rápida e resposta priorizada, com o intuito de diminuir o impacto de agravamentos na população.

Somadas às redes locais de vigilância, muitas estruturas organizacionais, não apenas de ICT mas também em entidades privadas, estabeleceram-se e se alinharam em diversos momentos da pandemia, contribuindo positivamente para o sistema de saúde. Em janeiro de 2020, o surto de covid-19 foi declarado como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, três meses depois, foi classificado como pandemia pela OMS[7]. No Brasil, no início de fevereiro, foi considerada 'Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional' (Espin), tendo o primeiro caso de covid-19 sido confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo (SP) e, em menos de um mês, foi declarado que a transmissão do novo coronavírus era de caráter comunitário em todo o território nacional[7,8].

De acordo com o monitoramento on-line de covid-19 no Brasil[9], mais de 715 mil mortes foram contabilizadas até fevereiro de 2025. Esse cenário coloca à luz a necessidade de fortalecimento nacional em ciência, tecnologia e produção de insumos voltados para saúde. Há muitos argumentos para isso, a começar pela dificuldade de se obterem insumos, reagentes, *kits*, fármacos e vacinas importadas quando há grande demanda mundial e, em uma pandemia, a situação epidemiológica regional e local e, com frequência, as variantes do agente etiológico são específicas. Adicionalmente, a história natural da doença pode ser bastante diferente devido a fatores tais como composição genética da população, sazonalidades, frequência de comorbidades, políticas específicas de cuidados com idosos e fatores ambientais, dentre outros. Assim, a busca de soluções para mitigar ou prevenir a disseminação precisa atentar para essas especificidades, e o desenvolvimento de insumos, *kits* e vacinas deve receber atenção e recursos para garantir equidade e soluções específicas[10].

O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e de Inovação (Ceis) para o SUS tem como missão envolver a integração de diversos setores da economia nacional voltados para a produção de bens e serviços relacionados à saúde e à inovação[11,12]. A preparação para pandemias deve ser vista como uma política de Estado, na qual o fortalecimento da vigilância epidemiológica e a implantação de

respostas rápidas dependem da coordenação entre setores.

A Cúpula Global de Preparação para Pandemias (Global Pandemic Preparedness Summit – GPPS), que aconteceu no Rio de Janeiro, Brasil, em julho de 2024, foi um evento orientado pela ciência com o objetivo de impulsionar a preparação e a resposta a pandemias, de modo a combater futuros surtos de doenças infecciosas de forma mais ágil e equitativa. Os procedimentos, resultados e recomendações da Cúpula contribuem para tomadas de decisões pelos líderes mundiais em esforços de preparação para pandemias. Um dos principais destaques desse encontro foi a importância de investimentos sustentáveis na vigilância global de doenças e na Missão dos 100 Dias para vacinas, diagnósticos e terapias[13]. Um plano abrangente de vigilância sanitária é crucial, integrando também a mobilização das ICT.

Somados a esse cenário político-sanitário, a constante evolução e o avanço científico e tecnológico têm como decorrência a aplicação da análise genômica viral durante surtos, substituindo métodos tradicionais por uma abordagem mais ágil e em tempo quase que real. O avanço do sequenciamento genômico, facilitado pela diminuição de custos e pelo aumento da capacidade de geração de dados e da capacidade computacional, tornou-se essencial para que a microbiologia clínica possa detectar patógenos, apoiar o controle de infecções e auxiliar investigações epidemiológicas[14]. Ademais, a capacidade analítica prospectiva, por meio de sequenciamento metagenômico, permite localizar e identificar agentes infecciosos desconhecidos não apenas em amostras clínicas, mas também em amostras ambientais, como água, esgoto ou excretas de animais, enquanto a transcriptômica permite analisar a interação patógeno-célula do hospedeiro[15].

O contraste entre as epidemias da Sars (2002-2003) e da covid-19 ilustra essa transformação. Enquanto a genômica viral foi limitada durante a epidemia de Sars, com apenas 31 genomas virais disponíveis após três meses, na pandemia da covid-19, o sequenciamento metagenômico permitiu identificar rapidamente o patógeno e compartilhar informações de genomas virais, impulsionando o desenvolvimento de testes diagnósticos e estratégias de controle. Em apenas seis meses, mais de 60.000 genomas completos de Sars-CoV-2 foram analisados e depositados em banco de dados acessíveis, mostrando a capacidade expandida do sequenciamento para monitorar e entender a disseminação viral em tempo real. O portal da Rede Genômica[16] demonstra a evolução de covid-19 no Brasil com clareza.

O crescente reconhecimento do potencial do sequenciamento genômico na saúde pública tem incentivado investimentos nessa tecnologia. No entanto, os altos custos de instalação, manutenção e atualização, a necessidade de equipe capacitada e de bioinformática associada e o trabalho operacional envolvido exigem uma compreensão clara dos benefícios esperados, do uso eficaz dos dados genômicos e das formas de impactar positivamente a saúde e as políticas públicas. Além disso, os equipamentos e as tecnologias envolvidas precisam receber manutenção constante, necessitam operar em tempo praticamente integral e demandam uma estratégia de atualização contínua.

Durante a pandemia de covid-19, as plataformas tecnológicas (*core facilities*) em ICT contribuíram de forma significativa para o enfrentamento do cenário pandêmico, trazendo conhecimento técnico-científico, análise de dados, capacitação e otimização de recursos. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo discutir a experiência da Rede de Plataformas Tecnológicas (RPT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com foco específico nas áreas de genômica, bioinformática e PCR em tempo real, durante a pandemia de covid-19, evidenciando o impacto dessas estruturas, previamente organizadas em rede, para o enfrentamento à crise sanitária no Brasil.

Material e métodos

Rede de Plataformas Tecnológicas da Fiocruz

Este trabalho relata uma experiência e teve como suporte uma revisão bibliográfica não sistemática, realizada entre janeiro e fevereiro de 2025. A revisão, não exaustiva, foi realizada na plataforma Web of Science (WoS), que inclui diversas bases de dados, e priorizou artigos originais, revisões e documentos oficiais relevantes para o tema de 2015 a 2024, em português, inglês e espanhol. Excluíram-se os documentos duplicados, arquivos sem acesso a textos completos e os considerados sem relação direta com o assunto abordado. Os dados tais como ano, país, tipo de estudo, objetivos, resultados e conclusão foram organizados em planilha. A análise seguiu uma abordagem crítica e interpretativa, agrupando as referências em artigos, documentos oficiais tais como relatórios, *sites* eletrônicos (internet), portarias, manuais e guias. Por ser uma revisão não sistemática, não foram utilizadas ferramentas de metassíntese ou fluxogramas.

A RPT da Fiocruz foi criada em 2004 e conta com 16 áreas tecnológicas que se desdobram em 82 plataformas distribuídas em nove estados brasileiros, exemplificando a relevância dessas estruturas multiusuárias (*core facilities*) no Brasil. Atualmente, a RPT integra laboratórios de alta complexidade que disponibilizam e compartilham equipamentos e conhecimento técnico especializado, não só para o uso de pesquisadores internos à instituição, mas também para usuários externos, de instituições públicas e privadas e de empresas.

Tecnologias

Para a análise, foram consideradas, principalmente, atividades de mobilização de tecnologias tais como sequenciamento genômico, bioinformática e PCR em tempo real da RPT. Essas plataformas desempenharam papel fundamental e direto na vigilância das diversas fases da pandemia devido a seu uso na realização de diagnósticos e na pesquisa, atuando principalmente na identificação das variantes circulantes durante o período pandêmico mais crítico. Ainda, tão importante quanto, outras tecnologias nos estudos da história natural da doença são fundamentais como microscopia, citometria, bioensaios, proteômica, nanotecnologia, dentre outras. Com este cenário fica clara a importância e relevância de estruturas robustas que possam disponibilizar o acesso com esta variedade de grupos tecnológicos para preparação no enfrentamento de situações de crise sanitária.

Resultados e discussão

A chegada da pandemia evidenciou os pontos fortes e as vulnerabilidades no sistema de saúde no mundo e no Brasil. Os desafios extraordinários para o sistema público de saúde exigiram respostas significativas em pouco tempo, que incluíram, dentre outras ações, a) avaliação dos riscos durante a pandemia envolvendo prognósticos epidemiológicos, identificação de grupos de risco especiais, construção de regramento para distanciamento social, comportamento em espaços públicos – áreas de circulação, escolas, hospitais e pontos de atendimento –, metodologias de descontaminação, formulação de políticas públicas; b) desenvolvimento e aprimoramento de diagnóstico molecular em grande escala, principalmente com PCR em tempo real, organização de postos de diagnósticos, até mesmo em formato *drive-thru*, e desenvolvimento de testes alternativos tais como testes rápidos de detecção de antígenos; c) organização de atendimento clínico e desenvolvimento de melhores metodologias e protocolos de tratamento ou mitigação; d) estudo de história natural da doença covid-19 com o objetivo de melhorar os tratamentos e outros meios de combate à infecção viral e seus agravantes e comorbidades; e) desenvolvimento e avaliação

de vacinas por meio de ensaios clínicos; f) comunicação e informação sobre a pandemia e todos os seus aspectos para a população, inclusive o combate a notícias e informações falsas, quer sejam erradas ou maliciosamente falsas; e g) organização de aspectos inovadoras da sociedade para lidar com a pandemia tais como trabalho remoto, ampliação dos sistemas de entrega de compras em casa etc.

A participação da Fiocruz nesses diversos campos de enfrentamento à pandemia foi notória. Como evidência, podem ser citados os macropontos a) imunização e equidade para a população brasileira, desde pesquisa e desenvolvimento até a produção de vacinas; b) vigilância em saúde relacionada à epidemia da covid-19; c) cuidado e atendimento médico, ou seja, assistência hospitalar à população; d) informação, comunicação e divulgação à sociedade; f) educação especialmente focada na covid-19; g) alianças globais para promoção da equidade em saúde; h) ações de inclusão voltadas a populações em estado de vulnerabilidade; e i) inovação em gestão institucional para superar os desafios impostos pela pandemia[17].

Concentramo-nos neste ensaio em alguns aspectos onde a participação da RPT foi de importância crucial, seja no aporte de conhecimento, na disponibilização de equipamentos e equipes, na contribuição para a análise de dados ou na mobilização de tecnologias complexas e suporte à pesquisa e desenvolvimento. O objetivo é o de contribuir para a melhoraria da vigilância genômica e da capacidade diagnóstica, para a busca de compreensão e mitigação de inúmeros aspectos da história natural da doença e para a formulação de políticas públicas mais adequadas ao longo das diferentes fases da pandemia. Observou-se que a vigilância genômica do vírus foi crucial para a rápida tomada de decisões pelos órgãos de saúde, suportadas pela altíssima qualidade dos sequenciamentos.

Embora todos os sistemas de saúde tenham enfrentado desafios comuns tais como a necessidade de expandir rapidamente leitos hospitalares e implantar campanhas de vacinação em massa, os impactos específicos variaram de acordo com o grau de preparação e com as políticas de saúde de cada país. Nações europeias e o Canadá, por exemplo, mostraram a importância de sistemas de saúde universais bem estruturados para enfrentar crises globais, enquanto nos Estados Unidos e no Brasil destacaram-se os efeitos de desigualdades estruturais na saúde pública[18]. A pandemia evidenciou que sistemas resilientes, com capacidade de resposta rápida e coordenação centralizada, são fundamentais para mitigar os impactos de crises sanitárias[19].

O modelo de organização de infraestruturas complexas compostas por equipes especializadas está presente, com variações, em muitas instituições no mundo[20] e tem como um dos principais objetivos oferecer suporte à pesquisa[21], ao desenvolvimento de projetos e tecnologias ou, simplesmente, o de servir como espaço de pesquisa compartilhada entre diversos grupos ou, ainda, como unidade de prestação de serviços tecnológicos.

Além desses objetivos, estratégias para uma organização, uma Rede de Plataformas – *Core Facilities* – contribuem para seleção, capacitação e retenção de talentos, interação com outros ICT, conquista de recursos externos para projetos especializados ou para aquisição ou renovação de infraestruturas e para nuclear novas tecnologias e áreas de conhecimento, multiplicando, assim, os investimentos originais[21]. Soma-se a isso a benéfica participação da Rede em iniciativas nacionais e internacionais com troca de experiências técnicas e de gestão, a exemplo das redes *Core for Life* e a Association of Biomolecular Resource Facilities (ABRF), entre outras[21,22].

No Brasil, no início da pandemia em 2020, houve em todas as ICT uma reorganização da pesquisa. Essa reorganização se deu especialmente pelas necessidades imediatas de isolamento, seguidas de longos períodos de 'confinamento' e, consequentemente, ensejando uma diminuição drástica de demandas por análises em todas as plataformas, incluindo a

RPT da Fiocruz. Esse cenário foi evidenciado ao redor do mundo conforme a pandemia avançava em diferentes países[23], o que levou a uma redução rápida das atividades rotineiras de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D)[24]. Por outro lado, muitas instituições passaram a ter um papel crucial no enfrentamento à pandemia e no suporte sanitário ao sistema de saúde do país. Para isso, toda a comunidade científica institucional precisou se reinventar para atender a demandas que surgiam diariamente e impactavam diferentes áreas.

De forma similar, rapidamente ficou evidenciado que a organização da RPT da Fiocruz poderia contribuir para o enfrentamento a esse cenário de forma ágil e ordenada, por já possuir estrutura inicial estabelecida e robusta, bem como equipes capacitadas. As plataformas de PCR em tempo real foram acionadas com a incumbência de dar suporte à Rede de Vigilância institucional via execução em grande escala de análises de amostras clínicas para o diagnóstico molecular do vírus. Nesse contexto, a dificuldade detectada imediatamente disse respeito à biossegurança, tanto para operação intensiva e presencial de laboratórios e equipamentos como também para o recebimento de amostras e seu processamento com extração de RNA e PCR em tempo real propriamente dito.

Para superar esse desafio, a Comissão Técnica de Biossegurança Institucional (CTBio-Fiocruz) atuou para o estabelecimento de protocolos e guias que atendessem a todos os requisitos de segurança para operacionalização das plataformas. De forma similar, inúmeras consultas às comissões de biossegurança de diferentes institutos nacionais e internacionais foram lançadas para contribuir com a segurança de todos os procedimentos adotados, bem como para o uso correto de dispositivos, vestimentas e protocolos de descontaminação para salas de aula, espaços laboratoriais e hospitalares e equipamentos compartilhados[25-27]. Na Fiocruz, técnicos do setor de manutenção colaboraram também para avaliar procedimentos de descontaminação e desenvolveram, inclusive, dispositivos com UV-C para descontaminação de espaços físicos, quartos hospitalares e equipamentos.

Com o avanço da pandemia de covid-19 e o surgimento de variantes virais em circulação, a necessidade de reforçar o sistema de vigilância era iminente. Naquele momento, as plataformas de genômica da RPT da Fiocruz se organizaram sob a liderança da Rede de Vigilância Institucional. Estabeleceu-se, então, a Rede de Vigilância Genômica da Fiocruz[16], que contribuiu, de forma contundente, com o esforço nacional de pesquisa para a caracterização do genoma do Sars-CoV-2, causador da covid-19, no País. Além disso, realizava-se o importante trabalho de acompanhar a evolução das linhagens virais e o mapeamento e avaliação do impacto funcional das mutações genéticas. Novamente, conhecimento técnico e estrutura laboratorial de ponta foram requeridos para estabelecer as rotinas de sequenciamento viral. Também foram necessários frequentes ajustes do conjunto de *primers* para atingir cobertura completa do genoma de variantes. Além disso, houve o desenvolvimento de *pipelines* de bioinformática para analisar e anotar as sequências obtidas. Dessa forma a qualidade dos dados permite interpretar os resultados com precisão e depositar as informações em banco de dados internacional[28].

Tais dados estão disponíveis on-line[16] na forma de infográfico, onde é possível acompanhar a constante evolução das linhagens do Sars-CoV-2 no Brasil. Esse vírus possui uma simplicidade genética quando comparado a outros micro-organismos tais como bactérias e fungos, sendo, assim, classificado em linhagens por pequenas diferenças em seu material genético. A disponibilização e a divulgação desses dados em tempo real se dão graças à colaboração de pesquisadores brasileiros de Redes de Vigilância Genômica em diversos ICT e Lacen, e, também, à Iniciativa Global de Compartilhamento de Dados Genômicos (GISAID)[29].

Na Fiocruz, havia cinco plataformas de genômica denominadas NGS (do inglês, *Next Generation Sequencing*) em operação no início

da pandemia e um Laboratório de Referência com capacidade para NGS. Ao longo do primeiro ano, cinco plataformas regionais adicionais foram criadas, instaladas e capacitadas. Após a pandemia, o conjunto de infraestruturas continua atuando em vigilância viral (Mpox, Sars, Influenza e Arbovírus) e algumas plataformas estão no processo de ampliação de vigilância para estudo de bactérias, como, por exemplo, *M. tuberculosis* e resistência a fármacos. Três plataformas estão em formação ou ampliação para estudos de genoma humano em câncer e em doenças genéticas ou raras. Atualmente, dez plataformas dão suporte mais genérico a projetos de pesquisa e desenvolvimento em saúde, biodiversidade e biotecnologia[30].

Naturalmente, com a evolução da pandemia, os esforços de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (P&D&I) nos laboratórios de pesquisa foram sendo retomados. Com a retomada, também as rotinas de operações das plataformas, em parte importantes, inclusive, para desenvolver pesquisas clínicas e biológicas sobre a covid-19. Essas atividades incluíram a busca de novos fármacos e estudos epidemiológicos. Houve também a retomada do espectro completo de serviços analíticos da Rede de Plataformas com proteômica, citometria, microscopia e bioensaios, dentre outros[31,32].

Com o avanço dos protocolos e os resultados oriundos do sequenciamento genético, veio a necessidade do suporte para obtenção, armazenamento e tratamento dos dados com segurança e qualidade. De forma geral, assim que uma amostra é sequenciada e os metadados apropriados são coletados, a análise bioinformática criteriosa é essencial, aliando poder computacional com a expertise de análise, interpretação e programação de algoritmos e interfaces. Adicionalmente, a guarda das amostras clínicas e de pesquisa impõe um desafio importante. Muitas instituições, assim como a Fiocruz, instituíram biobancos específicos para esse fim[33].

Fica evidente que a pandemia trouxe às instituições a necessidade de se reinventarem para adequar suas atividades e, consequentemente, suas entregas. Para a pesquisa da Fiocruz, o impacto foi proporcional a todo o avanço alcançado durante esse período. Durante a pandemia, a organização das plataformas tecnológicas no âmbito da RPT demonstrou a importância dessa estrutura e os benefícios que o investimento público ordenado em estruturas de *core facilities* pode agregar para a ciência, para o desenvolvimento e para a independência do país, especialmente em momentos de crise.

A experiência da Fiocruz por meio da RPT alinha-se a iniciativas internacionais que também mobilizaram infraestrutura científica durante a pandemia de covid-19. No Reino Unido, por exemplo, o consórcio COG-UK (COVID-19 Genomics UK)[34] destacou-se pela rápida geração e compartilhamento de dados genômicos, contribuindo significativamente para a detecção de variantes do vírus. De modo semelhante, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos reforçaram parcerias com laboratórios públicos e privados por meio do projeto SPHERES[35] para acelerar o monitoramento genômico. Na África do Sul, a KwaZulu-Natal Research Innovation and Sequencing Platform (KRISP) desempenhou papel central na detecção precoce da variante Beta, evidenciando a importância de capacidades locais robustas em bioinformática e genômica[36]. Já na Índia, o consórcio INSACOG (Indian SARS-CoV-2 Genomics Consortium) também foi criado para integrar laboratórios de pesquisa e vigilância sanitária, com foco na detecção e rastreamento de variantes[37].

Em nível internacional, a OMS atuou como articuladora do compartilhamento de dados por meio de plataformas como o GISAID, fomentando a colaboração científica global. Essas experiências, assim como a da Fiocruz, demonstram como o fortalecimento de redes de *core facilities*, associado a estratégias de vigilância genômica, foi fundamental para orientar decisões de saúde pública em tempo real durante a pandemia.

Entretanto, nem todo o investimento deve ser realizado apenas em equipamentos e

tecnologias, mas também na capacitação e ampliação do conhecimento. É imprescindível que haja incentivo à formação de pessoas[38], à divulgação científica e à interação com os setores de gestão da saúde pública nas esferas municipal, estadual e nacional.

Igualmente, há necessidade de interação com os setores de gestão da pesquisa nos ICTs. Nesse contexto, a Inteligência Artificial (IA) pode desempenhar papel estratégico no fortalecimento de estruturas tais como a RPT da Fiocruz, especialmente em contextos de resposta a emergências sanitárias. Ferramentas baseadas em IA podem automatizar e acelerar a análise de grandes volumes de dados tais como sequências genômicas, contribuindo para o monitoramento em tempo real de variantes virais. Além disso, algoritmos de aprendizado de máquina podem ser utilizados para prever surtos, identificar padrões epidemiológicos e otimizar a alocação de recursos laboratoriais. Essas aplicações já são amplamente utilizadas para diferentes iniciativas na instituição, à exemplo do 'InfoGripe'[9]. A integração de IA também pode apoiar a operacionalização de atendimento de usuários da RPT, bem como processos de gestão tais como as aquisições. Todo este cenário de IA pode ser canalizado para que se amplie a capacidade de resposta da infraestrutura científica nacional frente a pandemias e momentos de crises sanitárias.

Em retrospectiva, todas as plataformas de genômica da Fiocruz, durante o período de pandemia, passaram a integrar a Rede de Vigilância Genômica da Fiocruz, quando cinco centros adicionais foram instituídos. Todos continuam atuando nessa Rede de Vigilância, demonstrando que a iniciativa de integração se tornou robusta e definitiva.

Considerações finais

A pandemia de covid-19 reforçou a importância das *core facilities* na resposta a emergências sanitárias. A integração de sequenciamento genômico, bioinformática e PCR em tempo real permitiu o monitoramento eficaz da evolução viral e a implantação de estratégias de contenção. O fortalecimento das *core facilities* requer investimentos sustentáveis, colaboração entre instituições e políticas públicas que garantam infraestrutura adequada. A organização dessas plataformas dentro de redes compartilhadas, como a RPT da Fiocruz, é um modelo eficiente para garantir sua utilização plena na segurança sanitária do país.

Uma rede de Plataformas – *Core Facilities* – traz, não apenas, grandes benefícios para uma instituição como também demonstra ser uma estrutura de grande relevância estadual, regional e nacional por concentrar capacidade analítica e tecnológica de suporte a projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Além disso, essas estruturas possuem *know-how* e relevância para atuarem como pulmão de expansão e velocidade de respostas coordenadas em tempos de emergências, mostrando, assim, serem essenciais como elementos de preparação, razão pela qual devem ser incluídas como infraestruturas críticas de enfrentamento, de resiliência e de reposta.

Após um período que acometeu mais de 700 mil vidas no Brasil, evidencia-se que o fortalecimento das *core facilities* é crucial para garantir uma resposta ágil e eficaz a futuras emergências em saúde pública, sendo necessário investimento contínuo em infraestrutura e capacitação de pessoal. Adicionalmente, destaca-se a necessidade de estratégias nacionais de enfrentamento, criando políticas de Estado que fortaleçam a resposta científica e tecnológica do país, além da integração dessas infraestruturas nos planos de preparação para pandemias.

Agradecimentos

Aos integrantes das Plataformas de PCR, Genômica e Bioinformática, da RPT Fiocruz, da Rede de Vigilância Genômica e à Fundação Oswaldo Cruz.

Colaboradores

Pereira CD (0009-0003-6000-5903)* contribuiu para concepção, bucas de dados, edição e revisão do manuscrito. Boniatti J (0000-0003-0510-9323)* contribuiu para busca de dados, edição e revisão do manuscrito. Lima Júnior MSC (0000-0003-0146-7123)* contribuiu para revisão final do manuscrito. Degrave WMS (0000-0003-3533-4580)* contribuiu para concepção, busca de dados, escrita e revisão final do manuscrito. ■

Referências

s1. World Health Organization. CEPI and WHO urge broader research strategy for countries to prepare for the next pandemic. WHO [Internet]. 2024 ago 1 [acesso em 2025 abr 26]; News. Disponível em: https://www.who.int/news/item/01-08-2024-cepi-and-who-urge-broader-research-strategy-for-countries-to-prepare-for-the-next-pandemic

2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.031, de 23 de setembro de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2004 set 23 [acesso em 2025 abr 26]; Edição 185; Seção I:79-80. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2031_23_09_2004.html

3. Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz. InfoGripe. COVID-19 – Balanço de dois anos da emergência em saúde pública de importância internacional e nacional. NLM (Medline); 2022.

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Vigilância laboratorial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.

5. World Health Organization. Preparedness for emergencies. WHO [Internet]. 2025 [acesso em 2025 abr 26]; Our work in emergencies. Disponível em: https://www.who.int/europe/emergencies/our-work-in-emergencies/preparedness

6. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 mar 12; Edição 49; Seção I:185-7.

7. Moura-Corrêa MJ, Campos AS, Amaral ICC, et al. Exposição ocupacional ao Sars-CoV-2: investigação das condições de saúde/segurança dos trabalhadores essenciais para subsidiar ações de mitigação de risco da Covid-19. Saúde debate. 2023;47(139):758-75. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202313903

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância integrada da covid-19, influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 25 abr 26]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/guia-vigilancia-integrada-da-covid-19-influenza-e-outros-virus-respiratorios-de-importancia-em-saude-publica/view

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Coronavírus Brasil [Internet]. 2025 [acesso em 2025 abr 26]. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Bio-Manguinhos, Fundação Oswaldo Cruz. Bio-Manguinhos/Fiocruz é selecionado como hub da OMS para vacina de mRNA contra Covid-19. Fiocruz [Internet]. 2021 [acesso em 2025 abr 26]. Disponível em: www.bio.fiocruz.br

11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Avanços e desafios no complexo industrial em produtos para a saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 abr 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avancos_desafios_complexo_industrial_produtos_saude.pdf

12. Bastos DSA, Gadelha CAG. A contribuição da logística para o fortalecimento da produção nacional e para o acesso universal no âmbito do SUS. Saúde debate. 2022;46(Esp 8):171-86. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E813

13. Ministério da Saúde (BR). Cúpula Global de Preparação para Pandemias 2024 – Relatório de resultados. Ministério da Saúde [Internet]. 2024 ago 6 [acesso em 2025 abr 26]; Notícias. Disponível em: https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/cupula-global-de-preparacao-para-pandemias-2024

14. Organização Pan-Americana da Saúde. Sequenciamento genômico do SARS-CoV-2. Guia de implementação para máximo impacto na saúde pública. 8 de janeiro de 2021. Brasília, DF: OPAS; 2021.

15. Castrignano SB, Nagasse-Sugahara TK. The metagenomic approach and causality in virology. Rev Saúde Pública. 2015;49. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005475

16. Rede Genômica. Fiocruz. Genomahcov – Fiocruz [Internet]. 2025 [acesso em 2025 mar 11]. Disponível em: https://www.genomahcov.fiocruz.br/

17. Fundação Oswaldo Cruz. Balanço de Gestão: Atuação da Fiocruz na Pandemia da Covid-19 – 2020-2022. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2022.

18. Organisation for Economic Co-operation and Development. Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021. Paris: OECD; 2021.

19. Organisation for Economic Co-operation and Development. Saúde ambiental e fortalecendo a resiliência a pandemias. Paris: OECD; 2020.

20. Meder D, Morales M, Pepperkok R, et al. Institutional core facilities: prerequisite for breakthroughs in the life sciences: Core facilities play an increasingly important role in biomedical research by providing scientists access to sophisticated technology and expertise. EMBO Rep. 2016;17(8):1088-93. DOI: https://doi.org/10.15252/embr.201642857

21. Zwick ME. Organizing core facilities as force multipliers: strategies for research universities. J Biomol Tech. 2021;32(1):36-41. DOI: https://doi.org/10.7171/jbt.21-3202-002

22. Core For Life [Internet]. [local desconhecido]: VIB; ©2025 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: https://coreforlife.sites.vib.be/en

23. Rappoport JZ, Larsen DD, Abrams B, et al. Reopening during the unprecedented: The Association of Biomolecular Resource Facilities Community Coronavirus Disease 2019 Pandemic Response. Part 2: Efforts to Effectively Ramp Up Core Facility Activities. J Biomol Tech. 2021;32(4):3fc1f5fe.87a00931. DOI: https://doi.org/10.7171/3fc1f5fe.87a00931

24. Kigenyi J, Mische SM, Porter DM, et al. Preparing for the unprecedented: The Association of Biomolecular Resource Facilities (ABRF) Community Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic Response Part 1: Efforts to Sustainably Ramp Down Core Facility Activities. J Biomol Tech. 2020;31(4):119-124. DOI: https://doi.org/10.7171/jbt.20-3104-002

25. Aspland AM, Douagi I, Filby A, et al. Biosafety during a pandemic: shared resource laboratories rise to the challenge. Cytometry A. 2021;99(1):68-80. DOI: https://doi.org/10.1002/cyto.a.24280

26. Back JB, Martinez L, Nettenstrom L, et al. Establishing a biosafety plan for a flow cytometry shared resource laboratory. Cytometry A. 2022;101(5):380-6. DOI: https://doi.org/10.1002/cyto.a.24524

27. Dietzel S, Ferrando-May E, Fried H, et al. A Joint Action in Times of Pandemic: The German BioImaging Recommendations for Operating Imaging Core Facilities During the SARS-Cov-2 Emergency. Cytometry A. 2020;97(9):882-6. DOI: https://doi.org/10.1002/cyto.a.24178

28. Silva AF, Silva Neto AM, Aksenen CF, et al. ViralFlow v1.0 - a computational workflow for streamlining viral genomic surveillance. NAR Genom Bioinform 2024;6(2):lqae056. DOI: https://doi.org/10.1093/nargab/lqae056

29. GISAID – hCov19 Variants [Internet]. [local desconhecido]: Freunde von GISAID e.V.; ©2008-2025 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: https://gisaid.org/hcov19-variants/

30. Rede de Plataformas Tecnológicas da Fiocruz [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; ©2025 [acesso em 2025 jan 1]. Disponível em: https://plataformas.fiocruz.br

31. Souza SB, Cabral PGA, Silva RM, et al. Phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical study: a study on the safety and clinical efficacy of AZVUDINE in moderate COVID-19 patients. Front Med (Lausanne). 2023;10:1215916. DOI: https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1215916

32. Pinho CT, Vidal AF, Negri Rocha TC, et al. Transmission dynamics of SARS-CoV-2 variants in the Brazilian state of Pará. Front Public Health. 2023;11:1186463. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1186463

33. Marodin G, Braathen Salgueiro J, Luz Motta M, et al. Diretrizes nacionais para biorrepositório e biobanco de material biológico humano. Rev Assoc Med Bras. 2013;59(1):72-7. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-42302013000100014

34. UK Research and Innovation. A UK-wide collaborative network for SARS-CoV-2 genomics, research and training UK SARS-CoV-2 genome sequencing: Present | Past [Internet]. [Local desconhecido]: UK Research and Innovation; 2023 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20230505083137/https://www.cogconsortium.uk/

35. Centers for Disease Control and Prevention. SPHERES [Internet]. 2020 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: https://www.cdc.gov/advanced-molecular-detection/php/spheres/index.html

36. Giandhari J, Pillay S, Wilkinson E, et al. Early transmission of SARS-CoV-2 in South Africa: An epidemiological and phylogenetic report. Int J Infect Dis. 2021;103:234-41. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.11.128

37. Khairnar K, Tomar SS. COVID-19 genome surveillance: A geographical landscape and mutational mapping of SARS-CoV-2 variants in central India over two years. Virus Res. 2024;344:199365. DOI: https://doi.org/10.1016/j.virusres.2024.199365

38. Lippens S, Audenaert D, Botzki A, et al. How tech-savvy employees make the difference in core facilities. EMBO Rep. 2022;23(6):e55094. DOI: https://doi.org/10.15252/embr.202255094

Recebido em 26/02/2025
Aprovado em 16/05/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas

Editora responsável: Raquel Abrantes Pêgo

saúde
EM DEBATE

REVISÃO

Estudos de avaliação em promoção da saúde na atenção primária: uma revisão de escopo

Evaluation studies on health promotion in primary care: A scoping review

Izaltina Adão[1], Dais Goncalves Rocha[2], Luiza Rahmeier Fietz Rios[1], Claudia Flemming Colussi[3]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710344P

RESUMO Este estudo investigou avaliações de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) em sistemas públicos. A busca foi conduzida em oito bases de dados e literatura cinzenta, seguindo as diretrizes do PRISMA-ScR e do JBI Manual for Evidence Synthesis. A seleção seguiu um processo duplo-cego, com análise independente de títulos e resumos, seguida da leitura completa dos textos. Foram identificados 2.726 estudos, dos quais 517 foram excluídos por duplicidade, 2.179 na triagem inicial e 22 após leitura integral, resultando na inclusão de oito artigos publicados entre 2013 e 2022, em português, inglês e espanhol. Cinco utilizaram métodos qualitativos, dois abordagens mistas, e um utilizou método quantitativo. As avaliações abordaram programas específicos, como amamentação, prevenção do diabetes, atividade física, assistência nutricional e saúde bucal. Os estudos analisaram diferentes dimensões: três avaliaram apenas o processo, dois focaram nos resultados, enquanto os demais combinaram estrutura, processo e/ou resultado. O estudo revelou que, embora as avaliações abordem dimensões estruturais, processuais e de resultados, destacando a necessidade de fortalecer a capacidade individual e comunitária, os benefícios das intervenções em promoção da saúde variam. Entretanto, a escassez de estudos avaliativos de promoção da saúde na APS evidencia uma lacuna de conhecimento significativa.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa em sistemas de saúde pública. Estudo de avaliação. Revisão de escopo.

ABSTRACT *This study investigated health promotion evaluations of Primary Health Care (PHC) in public systems. The search was conducted across eight databases and gray literature, following the PRISMA-ScR guidelines and the JBI Manual for Evidence Synthesis. The selection process was double-blind, with an independent analysis of titles and abstracts, followed by a full-text review. A total of 2,726 studies were identified, of which 517 were excluded due to duplication, 2,179 during the initial screening, and 22 after full-text review, resulting in the inclusion of eight articles published between 2013 and 2022, in Portuguese, English, and Spanish, from four countries. Five studies used qualitative methods, two applied mixed approaches, and one used quantitative method. The evaluations focused on specific programs, such as breastfeeding, diabetes prevention, physical activity, nutritional assistance, and oral health. The studies analyzed different dimensions: three assessed only the process, two focused on outcomes, while the others combined structure, process, and/or outcomes. The study revealed that although evaluations address structural, process, and outcome dimensions highlighting the need to strengthen individual and community capacity, the benefits of health promotion interventions vary. However, the scarcity of evaluative studies on health promotion in PHC highlights a significant knowledge gap.*

KEYWORDS *Health promotion. Primary Health Care. Public health systems research. Evaluation study. Scoping review.*

[1] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Florianópolis (SC), Brasil. *izaltinaadao@gmail.com*

[2] Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde (FS), Departamento de Saúde Coletiva (DSC) – Brasília (DF), Brasil.

[3] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública (DSP) – Florianópolis (SC), Brasil.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A promoção da saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)[1], é um processo de capacitação com participação comunitária, baseado no empoderamento e na ação social[2]. Vai além do enfoque técnico[3] ao fortalecer capacidades para lidar com os determinantes da saúde. Com abordagem ampla e integrada, busca melhorar o bem-estar geral, e não apenas tratar doenças. Atua sobre os macrodeterminantes sociais, reconhecendo as desigualdades como construções históricas que exigem ações interdisciplinares e intersetoriais[4].

A complexidade da promoção da saúde reflete tanto a amplitude de seus objetivos quanto a diversidade dos contextos em que se insere[4]. Nesse sentido, a pesquisa em promoção da saúde busca produzir conhecimento e promover a transformação social, guiada por um sólido quadro ético[5]. O conhecimento proveniente de obras científicas em constante evolução contribui para aprimorar a prática profissional, delineando abordagens para avaliação de intervenções específicas, populações-alvo e contextos programáticos[6].

A avaliação na promoção da saúde é um processo meticuloso que busca esclarecer as características distintivas de intervenções envolvendo a análise detalhada de ações e interações entre diversos agentes[7]. Métodos lineares não se aplicam a esses programas, e estabelecer relações causais para fenômenos sociais é um desafio[8]. Avaliar políticas e iniciativas intersetoriais requer abordagens inovadoras, especialmente metodologias qualitativas que considerem contextos culturais. Os princípios de investigação devem orientar tanto métodos quantitativos quanto qualitativos[8].

A promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para a reestruturação do modelo de atenção, priorizando abordagens baseadas nos determinantes sociais da saúde[9]. Embora haja várias iniciativas de monitoramento e avaliação na APS, muitas adotam uma abordagem normativa, usando indicadores convencionais de processo e resultado[10]. Isso contrasta com a complexidade da avaliação das intervenções em promoção da saúde, destacando a necessidade de considerar os contextos de implementação e compreender o significado da participação nas ações[11]. A avaliação de iniciativas de promoção da saúde deve utilizar modelos quanti-qualitativos que abranjam a participação dos envolvidos e a amplitude das práticas, indo além dos indicadores tradicionais de morbimortalidade ou produção de serviços[12].

A condução de revisões de escopo e sistemáticas emerge como uma etapa de primordial relevância no arcabouço metodológico, essencial para a determinação de métodos de intervenção. Nesse contexto, duas revisões foram identificadas, abordando diferentes facetas da promoção da saúde. Uma revisão de escopo[13] focalizou especificamente intervenções relacionadas ao uso exclusivo de álcool e tabaco, enquanto uma revisão sistemática[14] explorou a promoção da saúde na saúde pública, embora não tenha se concentrado na avaliação de intervenções. A análise dessas revisões revelou a carência de evidências referentes ao objeto da presente investigação.

Identificando, portanto, uma lacuna na literatura no que tange às revisões de estudos avaliativos de promoção da saúde na APS, decidiu-se realizar uma revisão de escopo. Esta revisão concentra-se na investigação de estudos de avaliação da promoção da saúde na APS de sistemas públicos. O propósito é fornecer uma perspectiva mais abrangente do conhecimento existente, mapear a literatura atual, analisar a condução da pesquisa nesse campo, identificar lacunas de conhecimento e sugerir direções para pesquisas futuras. Dessa forma, visa-se a contribuir para o avanço do entendimento e da prática da promoção da saúde nesse contexto específico.

Material e métodos

As revisões de escopo representam uma modalidade refinada de síntese de conhecimento,

sendo caracterizadas por uma abordagem sistemática que mapeia de maneira abrangente as evidências relacionadas a um tema específico. Esse método não apenas identifica os principais conceitos, teorias e fontes pertinentes, mas também delineia minuciosamente as lacunas existentes no corpo de conhecimento[15,16].

Durante a fase inicial da investigação, constatou-se a ausência de artigos de revisão sistemática ou de escopo relacionados à avaliação da promoção da saúde na atenção primária no banco de dados Cochrane. Adicionalmente, foram realizadas buscas em repositórios de protocolos, como PROSPERO (The Internacional Prospective Register of Systematic Reviews Administered by the University of York's Centre for Reviews and Dissemination) e OSF (Open Science Framework), sem que qualquer registro contemplasse estudos avaliativos referentes a intervenções gerais de promoção da saúde na atenção primária ou em serviços públicos de saúde. Diante dessa lacuna, optou-se pelo desenho da Revisão de Escopo (ScR), a qual se destacou entre outros tipos de revisões, por entendermos que, embora valiosas por si só, as revisões de escopo também se mostram úteis como precursoras de revisões sistemáticas[17].

Esta revisão de escopo foi baseada no JBI Manual for Evidence Synthesis[18], e o relatório seguiu as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)[16].

Protocolo e registro

Foi elaborado um protocolo fundamentado nas diretrizes para Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P)[19], juntamente com a lista de verificação PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)[16]. O referido protocolo foi registrado na OSF em 31 de julho de 2023, DOI: 10.17605/OSF.IO/DWVS4.

Critério de elegibilidade

PARTICIPANTES, CONCEITO E CONTEXTO

O acrônimo PCC (População, Conceito e Contexto) foi empregado para formular a questão de pesquisa: 'Quais são os estudos de avaliação conduzidos sobre promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde?'. Nessa formulação, a População refere-se às intervenções de promoção da saúde; o Conceito abrange estudos de avaliação; e o Contexto se relaciona à APS em serviços públicos de saúde. A APS é reconhecida como um lócus privilegiado para a implementação de estratégias de promoção da saúde que englobam não apenas ações voltadas aos fatores de risco, mas, também, iniciativas relacionadas ao empoderamento, participação social e outros aspectos[20].

Os critérios de inclusão proporcionam diretrizes essenciais para a compreensão da proposta pelos revisores, desempenhando um papel crucial como guia nas decisões dos próprios revisores quanto às fontes a serem incorporadas à revisão de escopo[15]. Essa metodologia estabelece uma estrutura robusta para delimitação e análise criteriosa dos estudos, facilitando uma abordagem sistemática na identificação, avaliação e síntese de evidências relevantes na área da promoção da saúde na atenção primária.

TIPOS DE ESTUDOS

Os critérios de inclusão foram delineados para abranger estudos avaliativos, sejam qualitativos ou quantitativos, que apresentassem dados primários relacionados a intervenções de promoção da saúde na atenção primária, dentro do contexto do sistema público de saúde. Não houve restrição quanto ao idioma ou ao período de publicação. Foram considerados apenas estudos que empregassem metodologia de avaliação.

Os critérios de exclusão englobaram estudos centrados em doenças transmissíveis,

investigações voltadas para assistência ou intervenção clínica, ensaios clínicos randomizados, estudos quase experimentais, pesquisas de coorte, bem como estudos que não especificaram o tipo de intervenção. Também foram excluídos projetos e protocolos de pesquisa que não forneceram resultados avaliativos tangíveis.

Fontes de informação e busca

As autoras contaram com a colaboração de uma bibliotecária na concepção da estratégia de busca, que incluiu termos MeSH, DeCS, palavras-chave e sinônimos. A sintaxe inicial do modelo foi formulada em 13 de abril de 2023 para a base de dados PubMed. Em seguida, essa sintaxe de busca foi adaptada de forma personalizada para cada base de dados, levando em consideração suas particularidades.

As seguintes bases bibliográficas foram empregadas na estratégia de busca eletrônica, realizada em 16 de junho de 2023: PubMed/Medline, Cinahl/Ebsco, Cochrane Library, Embase/Elsevier, Lilacs, SciELO, Scopus, Web of Science/Clarivate Analytics. Pesquisas suplementares foram conduzidas na literatura cinza, abrangendo o ProQuest Dissertations & Theses Global e o Google Scholar.

Para aprimorar a estratégia de busca, uma complementação foi aplicada durante a etapa de seleção dos estudos incluídos. Nesse processo, as referências textuais desses estudos foram minuciosamente analisadas visando à possível inclusão manual de bibliografias que não haviam sido inicialmente contempladas na seleção final.

Seleção das fontes de evidência

Todos os estudos recuperados das bases de dados e da literatura cinza foram importados para o gerenciador de referências on-line Mendeley Cite v1.64.0 e, posteriormente, carregados no Rayyan® (Qatar Computing Research Institute), onde os estudos duplicados foram identificados e excluídos. Um teste piloto foi realizado por duas autoras responsáveis por essa fase do estudo, utilizando os primeiros cinco artigos. No Rayyan®, adotou-se o método duplo-cego, e a seleção ocorreu em duas etapas. Na primeira, duas revisoras analisaram independentemente os títulos e resumos de todas as referências identificadas. Na segunda fase, essas mesmas revisoras procederam à leitura completa dos textos, e os critérios de inclusão e exclusão nortearam a etapa de seleção dos estudos. Quando houve discordância, uma terceira revisora atuou como mediadora, e as decisões foram alcançadas por meio de discussões até que se chegasse a um consenso. Os estudos que não preencheram os critérios de elegibilidade foram excluídos.

Os dados coletados incluíram autor, data de publicação, localização, tipo de estudo e método, população, descrição e duração da intervenção, e desfechos identificados, conforme apresentado nos *quadros 1 e 2*.

Resumo descritivo

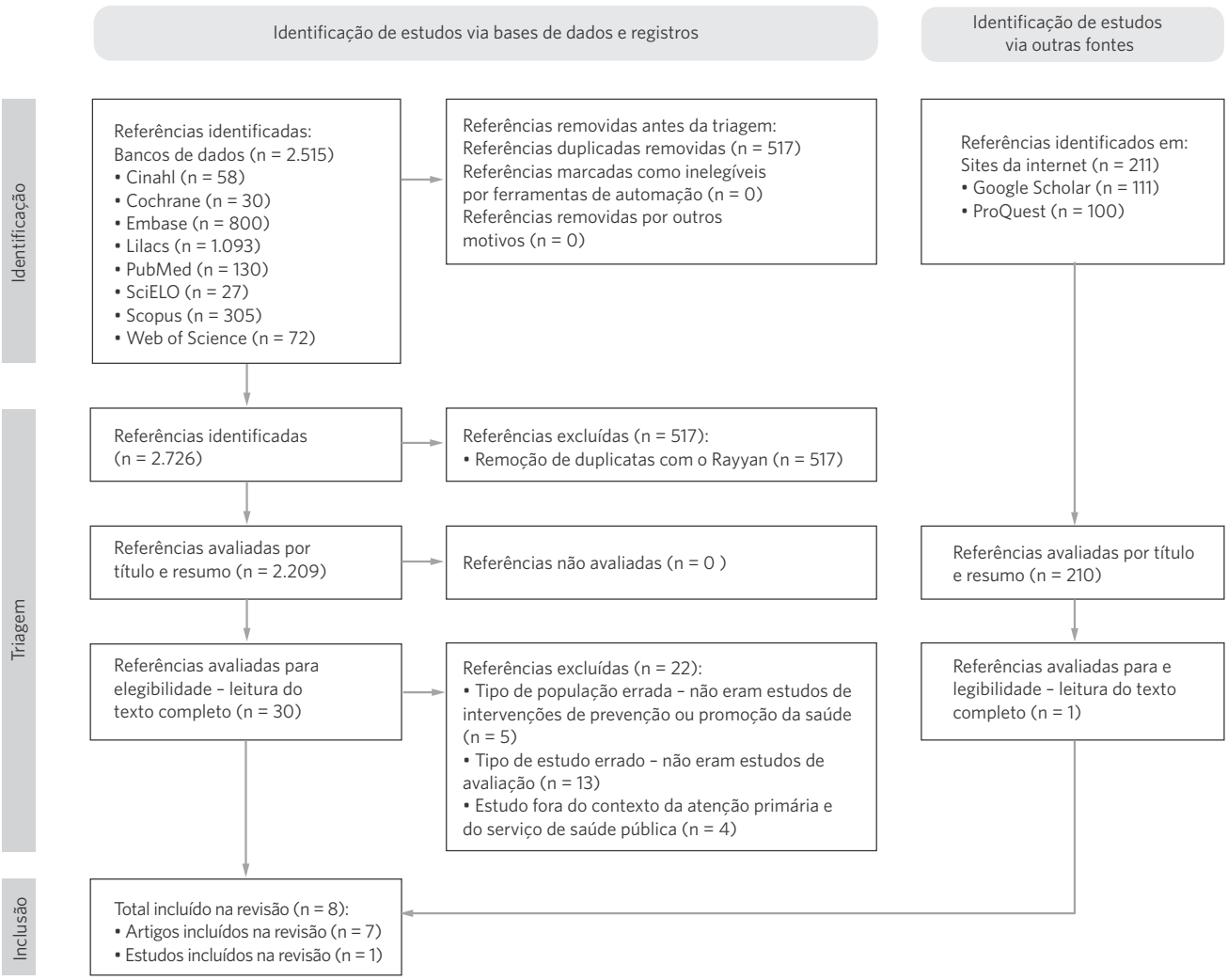
Um resumo qualitativo foi conduzido para agrupar e comparar os dados dos estudos incluídos. O principal resultado desta análise indicou que, de forma geral, as intervenções de promoção da saúde foram benéficas para os usuários, e, em algumas ocasiões, a implementação não atingiu plenamente as expectativas estabelecidas. Foi evidenciada a influência do contexto na implementação da estratégia, destacando a associação entre contextos mais favoráveis e níveis mais avançados de implementação. Os resultados secundários evidenciaram a complexidade do campo da pesquisa em promoção da saúde, ressaltando a necessidade de instrumentos de avaliação para assegurar a qualidade e utilidade dos resultados. Além disso, enfatizou-se a importância da integração entre academia, serviços de saúde e comunidade como sendo fundamental para impulsionar pesquisas alinhadas às demandas do campo da saúde.

Resultados

Seleção das fontes de evidência

Após a exclusão das 517 referências duplicadas, restaram 2209 estudos. Destes, 2179 foram excluídos durante a fase inicial de seleção com base em títulos e resumos. Após a avaliação dos textos completos, 22 estudos foram excluídos, resultando na inclusão de oito estudos (*figura 1*), sendo que sete foram provenientes de bases de dados convencionais, e um da literatura cinza. Nenhuma obra adicional foi identificada nas listas de referências. Os estudos incorporados foram avaliações publicadas em inglês, espanhol e português.

Figura 1. Diagrama do processo de identificação e seleção de estudos via bases de dados, registros e outras fontes



Fonte: elaboração própria, adaptada de PRISMA-ScR[16].

Característica das fontes de evidência

Oito estudos foram incorporados nesta revisão, apresentando publicações nos idiomas inglês (n=4), espanhol (n=1) e português (n=3). Entre esses estudos, cinco foram conduzidos no Brasil[21-25], um na China[26], um na Espanha[27] e outro na Inglaterra[28]. As publicações abrangem o período de 2013 a 2022 (*quadro 2*).

Resultado das fontes individuais de evidência

Os dados completos referentes às características individuais dos estudos selecionados estão apresentados no *quadro 1*.

Quadro 1. Resultados das fontes individuais de evidências (n = 8) – PRISMA-ScR

Autor	Tipo de estudo	População	Desfechos identificados
Barreto[25]	Avaliação do processo e efeitos da implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.	48 mães de menores de 2 anos e 85 trabalhadores das unidades de saúde.	Melhoria das condições de nutrição e alimentação dos menores de dois anos de idade e da organização dos serviços relacionados às práticas de aleitamento materno e alimentação complementar nas unidades de saúde participantes do estudo.
Guarda et al.[24]	Avaliação do grau de implementação do Programa Academia da Saúde.	Trabalhadores e gestores da Estratégia Saúde da Família do município.	O baixo nível de implementação do Programa Academia da Saúde, especialmente relacionado à articulação multiprofissional e à difícil articulação com outros setores ou atores sociais, mostra a necessidade de reorganização das ações.
Morera Llorca, Niclos Esteve e Egea Ronda[27]	Estudo de avaliação qualitativa do programa de grupos de caminhada do centro de saúde.	12 participantes do programa de caminhada do centro de saúde, com idade entre 61 e 78 anos.	Benefícios percebidos: físicos, emocionais e sociais. Vantagens do grupo: inclusão, adesão e motivação. Divulgação: conhecimento da atividade, visibilidade. Atitudes levantadas: avaliação geral, disciplina, motivação, adesão. Sugestões de melhoria: ampliação de horários, diversificação. Participação: assimetria de gênero. Papel dos monitores: capacidade de liderança, dinamização da atividade. Condições do percurso: traçado, alternativas, segurança.
Neves, Zangirolani e Medeiros[23]	Avaliação da assistência nutricional prestada a adultos com excesso de peso.	28 participantes composto por gestores e profissionais da saúde.	O excesso de peso não resulta principalmente de abordagens na Atenção Primária e Secundária, mas, sim, de práticas prescritivas que, muitas vezes, não são eficazes na promoção da autonomia dos usuários.
Penn et al.[28]	Avaliação da fase de implementação do Programa de Prevenção de Diabetes do Serviço Nacional de Saúde (NHS) na Inglaterra.	Grupos de 15 a 20 adultos, na Inglaterra, com idade superior a 18 anos, com hiperglicemia não diabética, identificados por meio dos cuidados primários e dos exames de saúde do NHS Health Checks.	O NHS oferece uma intervenção comportamental baseada em evidências para a prevenção do DM2 em adultos com alto risco.

Quadro 1. Resultados das fontes individuais de evidências (n = 8) – PRISMA-ScR

Autor	Tipo de estudo	População	Desfechos identificados
Silveira Filho et al.[21]	Avaliação do potencial de efetividade de estratégias de Promoção da Saúde Bucal na APS.	1.819 cirurgiões dentistas atuantes em equipes de 26 capitais e do Distrito Federal.	Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas entre as unidades geopopulacionais analisadas. As regiões Sudeste e Sul demonstram desempenhos superiores em estratégias de Promoção da Saúde Bucal (PSB) em comparação com outras regiões do Brasil.
Venâncio et al.[22]	Avaliação da implantação da Rede Amamenta Brasil, na atenção básica.	Pacientes, líderes e equipe dos Centros de Saúde. Foram considerados três níveis de análise (federal, estadual e municipal). No âmbito municipal, o foco foi em três municípios, totalizando 35 UBS.	A promoção do aleitamento materno na atenção básica apresenta implementação variada, de 18% a 100% nos municípios, influenciada pelo contexto organizacional.
Zhong et al.[26]	Avaliação da implementação do programa de apoio para o manejo e autogerenciamento do diabetes na Província de Anhui, China.	264 participantes maiores de 15 anos, com diabetes tipo 2, residentes em uma das subcomunidades por mais de 1 ano e sem deficiência física ou mental, e profissionais dos CHSCs. Em cada uma das 3 cidades da Província de Anhui, 2 subcomunidades foram designadas aleatoriamente.	Avaliações qualitativas indicaram aceitação positiva do programa entre pacientes, líderes e equipe dos Centros de Saúde. A implementação foi bem-sucedida em 2 das 3 subcomunidades, com a terceira falhando devido à falta de recursos de pessoal.

Fonte: elaboração própria, adaptado de PRISMA-ScR[16].

Síntese de resultados

Entre os oito estudos selecionados, cinco adotaram métodos qualitativos[22,24,26-28], sendo que dois destes desenvolveram modelo teórico, modelo lógico e matriz de julgamento[22,24]. Dois estudos apresentaram a combinação de abordagens quantitativas e qualitativas[23,25], proporcionando uma compreensão mais abrangente dos processos e resultados[29], enquanto um estudo utilizou exclusivamente métodos quantitativos[21].

Quadro 2. Síntese dos resultados (n = 8) – PRISMA-ScR

Autor	Data e Local	Métodos	Descrição da intervenção	Duração da intervenção	Desfechos
Barreto[25]	2018, Brasil	Pesquisa avaliativa, com abordagens quantitativa e qualitativa. Utilizaram-se questionários elaborados pelos pesquisadores, fundamentados no documento de Análise de Implantação da Rede Amamenta Brasil e no Projeto Amamentação e Municípios. Não menciona as etapas de desenvolvimento e a validação do instrumento avaliativo. A participação dos atores envolvidos na intervenção no desenvolvimento do modelo de avaliação não é mencionada.	Avaliação do processo e efeitos da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em uma unidade de saúde.	5 meses (junho a novembro de 2017).	Aumento do número de registros do e-SUS; aumento na proporção de visitas domiciliares, apoio para amamentar e orientações em Alimentação Complementar após a implantação da Estratégia. Foram identificados efeitos positivos após quatro meses da implementação da estratégia, a saber: envolvimento dos profissionais nas oficinas, na compreensão da importância do aconselhamento em aleitamento materno e alimentação complementar saudável e no preenchimento de dados no sistema de informação pactuado e vigente.
Guarda et al.[24]	2021, Brasil	Estudo avaliativo com abordagem normativa, elaborado modelo teórico, lógico e matriz de análise de julgamento. Este modelo de avaliação elaborado foi validado em oficinas de consenso com experts. O instrumento de coleta de dados foram questionários desenvolvidos a partir dos indicadores da matriz validada. A participação dos atores envolvidos na intervenção no desenvolvimento do modelo de avaliação não é mencionada.	Avaliação das dimensões de estrutura e processo relacionadas ao processo de trabalho de implementação do Programa Academia da Saúde.	2 meses (novembro de 2017 a janeiro de 2018).	O baixo nível de implementação do Programa Academia da Saúde, especialmente relacionado à articulação multiprofissional e à difícil articulação com outros setores ou atores sociais, mostra a necessidade de reorganização das ações. O programa está parcialmente implementado (intermediário). A pontuação mais alta foi na dimensão estrutura, a mais baixa na dimensão processo.
Morera Llorca, Niclos Esteve e Egea Ronda[27]	2022, Espanha	Estudo avaliativo descritivo qualitativo com perspectiva predominantemente fenomenológica, por meio de grupos focais de participantes do Programa de Caminhada em Grupo. O instrumento de coleta foi um questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores fundamentados na literatura. Não menciona as etapas de desenvolvimento e a validação do instrumento avaliativo. A participação dos atores envolvidos na intervenção no desenvolvimento do modelo de avaliação não é mencionada.	Realizaram-se entrevistas de 90 minutos, seguindo um roteiro semiestruturado com um moderador e dois observadores. As sessões buscaram criar um ambiente de diálogo para explorar diferentes perspectivas sobre o programa, sendo gravadas e transcritas na íntegra.	Não consta.	Os participantes identificaram benefícios na saúde física: melhora dos parâmetros biológicos, maior mobilidade e menor medo de quedas; benefícios emocionais: liberação de tensões, aumento da autoestima, sentimentos de alegria; e benefícios sociais: estabelecimento de novas relações e reforço das existentes.
Neves, Zangirolani e Medeiros[23]	2017, Brasil	Avaliação qualitativa e quantitativa da assistência nutricional com realização de censo em 28 serviços de Atenção Básica e 4 serviços de Atenção Secundária à Saúde. O instrumento de coleta foi um roteiro semiestruturado baseado em outro já existente. Não menciona as etapas de desenvolvimento e a validação do instrumento avaliativo. A participação dos atores envolvidos na intervenção no desenvolvimento do modelo de avaliação não é mencionada.	Avaliação da assistência nutricional prestada a adultos com excesso de peso pelos serviços de Atenção Primária e Secundária à Saúde.	Realizado entre 2013 e 2015.	O diagnóstico nutricional e a promoção da saúde ocorrem apenas em casos de excesso de peso associado a outras doenças. O sistema de referência e contrarreferência e as colaborações intersetoriais foram ineficazes. Nos serviços de Atenção Secundária, o atendimento nutricional focou no tratamento clínico com abordagens tradicionais de educação nutricional. Fatores limitantes para a promoção do cuidado integral incluíram ações improdutivas e falta de diálogo efetivo entre os serviços de Atenção Primária e Secundária.

Quadro 2. Síntese dos resultados (n = 8) – PRISMA-ScR

Autor	Data e Local	Métodos	Descrição da intervenção	Duração da intervenção	Desfechos
Penn et al.[28]	2018, Inglaterra	Avaliação qualitativa da fase de implementação do Programa de Prevenção do Diabetes do Serviço Nacional de Saúde (NHS) na Inglaterra. Foram utilizadas a análise documental, entrevistas e grupos focais. O instrumento de coleta foi um roteiro semiestruturado desenvolvido pelos pesquisadores, construído com base na literatura científica e refinado a partir do feedback de stakeholders. Os pacientes participaram da revisão dos materiais da intervenção destinados aos usuários do serviço, assim como de questionários elaborados.	Intervenção comportamental intensiva com metas de perda de peso, dieta e atividade física.	9 meses.	O NHS oferece uma intervenção comportamental eficaz baseada em evidências para a prevenção do DM2 em adultos com alto risco. Além disso, a implementação do Programa apresentou resultado positivo.
Silveira Filho et al.[21]	2016, Brasil	Avaliação quantitativa do potencial de efetividade de estratégias de Promoção da Saúde Bucal na APS. O instrumento de avaliação foi a ferramenta de Avaliação da Efetividade de Estratégias de PSB, pois se trata do instrumento validado no E.N.PRO. SA. O referencial para a construção da Ferramenta (matriz de indicadores de avaliação) foi sustentado em um modelo teórico que enfatiza o estado da arte quanto aos pilares e valores da Promoção da Saúde. A participação dos atores envolvidos na intervenção no desenvolvimento do modelo de avaliação não é mencionada.	Avaliação da efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal, composta de 23 indicadores, reunidos em três dimensões: saúde bucal, políticas públicas saudáveis e desenvolvimento humano e social.	Não consta.	As estratégias de PSB identificadas no estudo foram heterogêneas, com melhores resultados favorecendo as regiões do Sul-Sudeste e desvantagens para as pessoas que vivem nas capitais do Centro-Norte-Nordeste do Brasil. Nos resultados, não é possível verificar quais dimensões, subdimensões e indicadores foram bem avaliados ou estão aquém do esperado.
Venâncio et al.[22]	2013, Brasil	Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, abordagem qualitativa da Rede Amamenta Brasil, na atenção básica. Houve a elaboração de modelo teórico e lógico e matriz de análise e julgamento, fundamentados em documentos oficiais e portarias. Realizou-se análise documental, entrevistas e grupos focais. Não foi explicitado o instrumento de coleta de dados utilizado. Apesar de o modelo de avaliação ter sido construído com base na normativa, não são mencionadas as etapas de desenvolvimento/validação do instrumento de coleta de dados utilizado. A participação dos atores envolvidos na intervenção no desenvolvimento do modelo de avaliação não é mencionada.	Elaboração de modelo teórico, lógico e definição de indicadores e categorias referentes ao contexto organizacional e grau de implementação. Técnicas de coleta: análise documental, grupo focal e entrevistas. Definição de critérios para julgamento.	19 meses (de março de 2009 a dezembro de 2010).	A promoção do aleitamento materno não está totalmente implementada na atenção básica. Diferentes contextos organizacionais foram identificados, com níveis de implementação variando de 18% a 100% nos municípios. A influência do contexto na implementação da estratégia foi observada, destacando a relação entre contextos mais favoráveis e níveis mais avançados de implementação.

Quadro 2. Síntese dos resultados (n = 8) – PRISMA-ScR

Autor	Data e Local	Métodos	Descrição da intervenção	Duração da intervenção	Desfechos
Zhong et al.[26]	2015, China	Avaliação qualitativa da implementação do programa de apoio para o manejo e autogerenciamento do diabetes dos Centros de Serviços de Saúde Comunitários (CHSCs) na Província de Anhui, China. A implementação foi analisada a partir dos registros e formulários dos CHSCs. As vantagens, desvantagens e barreiras de implementação foram avaliadas por meio de grupos focais e entrevistas com lideranças comunitárias e de unidades de saúde, apoiadores pares e pacientes ao final do Programa de Apoio entre Pares (PLSP). Não menciona as etapas de desenvolvimento e a validação do instrumento avaliativo. A participação dos atores envolvidos na intervenção no desenvolvimento do modelo de avaliação não é mencionada.	Líderes e equipe dos CHSCs colideraram reuniões educacionais e discussões quinzenais, promoveram cuidados regulares, organizaram atividades informais de promoção da saúde (como grupos de caminhada e tai chi) e ofereceram suporte individual aos participantes por meio de contatos casuais.	18 meses, (de junho de 2009 a dezembro de 2010).	Houve a aceitação positiva do programa entre pacientes, líderes e equipe dos CHSCs. A implementação foi bem-sucedida em duas das três comunidades, com uma terceira enfrentando dificuldades devido à escassez de recursos de pessoal. Vantagens relatadas incluíram o suporte entre pares como uma ponte entre os CHSCs e seus pacientes. Análises mostraram benefícios significativos em conhecimento, autoeficácia, IMC, pressão arterial sistólica, diastólica e glicose no sangue. Após a avaliação, o programa foi estendido para outras comunidades.

Fonte: elaboração própria, adaptado de PRISMA-ScR[16].

Nota: para os estudos incluídos nesta revisão de escopo, não se aplica o grupo controle. Assim, ele foi removido, e a população envolvida nos estudos está apresentada no *quadro 1*.

Discussão

A análise dos estudos evidencia que as intervenções de promoção da saúde, embora tragam benefícios relevantes aos usuários, ainda enfrentam desafios quanto à sua plena implementação. A diversidade metodológica empregada, com predominância de abordagens qualitativas e combinações com métodos quantitativos, reflete a complexidade do campo e favorece interpretações mais abrangentes dos fenômenos investigados. A análise qualitativa, crucial para explorar subjetividades e detalhes subliminares, exige rigor na otimização de técnicas, garantindo a credibilidade das pesquisas[30].

A sistematização do método na elaboração dos instrumentos de avaliação não foi observada em muitos dos estudos analisados. Além disso, a natureza participativa no processo de construção, discussão e validação do modelo de avaliação das intervenções de promoção da saúde não foi evidenciada nos estudos analisados. Essas são importantes limitações identificadas. Embora haja diferentes formas de realizar estudos avaliativos, a robustez dos resultados de uma pesquisa está diretamente relacionada com o instrumento utilizado[31]. É preciso que os instrumentos de avaliação sigam um processo adequado de desenvolvimento e validação[32]. Conforme Coluci, Alexandre e Milani[31], para melhorar a qualidade dos instrumentos utilizados, os pesquisadores devem seguir etapas e métodos sistematizados. A literatura científica aponta que os instrumentos de avaliação devem apresentar boas qualidades psicométricas[31,33-35], como confiabilidade e validade[34].

Outro aspecto que merece consideração é a natureza participativa no processo de construção, discussão e validação do modelo de avaliação das intervenções de promoção da saúde. No que se refere ao desenho da pesquisa, o envolvimento dos atores que implementam e gerenciam as intervenções permite o diálogo entre a teoria da intervenção e as convicções, experiências e conhecimentos daqueles que estão envolvidos na sua execução prática[36,37]. Tal aspecto não foi adequadamente evidenciado nos estudos analisados.

No que se refere aos participantes da pesquisa, os estudos incluídos contemplaram diferentes perfis de stakeholders: alguns envolveram, simultaneamente, usuários e profissionais de saúde[22,25,26], enquanto outros se concentraram exclusivamente em usuários[27,28] ou em profissionais de saúde[21,23,24]. A abordagem inclusiva, envolvendo ambos os grupos, visa a proporcionar uma compreensão mais abrangente das intervenções, ampliando a perspectiva e a relevância das análises realizadas. O engajamento colaborativo entre profissionais técnicos e cidadãos desempenha um papel significativo na promoção da saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Esse envolvimento é crucial para a formulação e implementação de estratégias direcionadas não apenas a atender às necessidades da população, mas, também, a abranger o contexto em que essa população está inserida[38].

A diversidade geográfica e cultural presente em estudos realizados em países como Brasil[21-25], Espanha[27], Inglaterra[28] e China[26] desempenha um papel crucial na importância dos contextos para a implementação e avaliação de programas de promoção da saúde. Cada país possui características únicas, desde diferenças socioeconômicas até particularidades culturais e sistemas de saúde distintos. Essa diversidade pode ter implicações significativas nos resultados dos programas, pois as intervenções podem ser percebidas e respondidas de maneiras diversas em diferentes contextos[11]. Portanto, é essencial adotar abordagens contextualizadas que levem em conta as especificidades de cada contexto social, econômico e político, promovendo um diálogo entre as diferentes áreas envolvidas na pesquisa sobre promoção da saúde[5].

A predominância de publicações originárias do Brasil[21-25] nos estudos incluídos pode ser atribuída à significativa iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro, a partir do ano 2000, direcionada à consolidação das práticas de monitoramento e avaliação na APS. Adicionalmente, a partir de 2017, dispositivos de autoavaliação foram incorporados como componentes da transferência de recursos financeiros, condicionados ao desempenho e à qualidade dos serviços[39]. A implementação de práticas institucionais de monitoramento e avaliação por equipes locais impulsionou a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) no País, desempenhando um papel vital na redução das desigualdades em saúde[40]. Nesse contexto, há um amplo consenso no Brasil quanto ao reconhecimento da fundamental importância da APS e da ESF para a efetiva implementação da promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[41].

Os artigos incluídos foram publicados no período entre 2013 e 2022. Notavelmente, observa-se um contínuo crescimento nas publicações relacionadas à avaliação de estratégias de promoção da saúde, conforme evidenciado pelo expressivo número de trabalhos encontrados na fase inicial desta revisão (n = 2.209). O aumento de publicações sobre avaliação da promoção da saúde reflete uma mudança paradigmática na abordagem da saúde pública[42]. A transição de um modelo predominantemente curativo para um enfoque proativo na prevenção de doenças e promoção da saúde tem incentivado a pesquisa nessa área. O aumento das doenças crônicas e a compreensão dos determinantes sociais da saúde ressaltaram a necessidade de estratégias mais alinhadas às demandas populacionais[43-45].

Os estudos analisados evidenciaram o protagonismo acadêmico nas avaliações realizadas[21,23,24,28]. Apesar disso, quatro estudos apresentaram uma conexão entre a academia e os serviços de saúde[22,25-27], com participação de profissionais vinculados aos serviços de saúde avaliados. Essa integração revela-se fundamental para impulsionar pesquisas mais alinhadas às demandas e desafios do campo da saúde. A integração entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade tem o potencial de promover a reflexão e a redefinição das práticas investigadas e promotoras da saúde[46].

A emissão de um juízo de valor é um importante elemento para definir a natureza de uma avaliação. Este juízo qualitativo, fundamentado

em critérios preestabelecidos e conhecimentos específicos, é fundamental para o processo avaliativo, variando conforme a natureza do objeto em análise[47]. Durante a fase de elegibilidade, a exclusão de uma quantidade considerável de estudos (n = 13) revelou que muitos deles se autodenominavam como avaliação, mas não apresentavam modelos avaliativos, indicadores ou emissão de julgamento de valor. Portanto, não atenderam aos critérios estabelecidos para estudos de avaliação (*figura 1*). Essa abordagem questionável na condução das avaliações pode comprometer a qualidade e utilidade dos resultados, destacando a importância de uma abordagem mais criteriosa na condução e no relato desses estudos.

Entre os oito estudos analisados, cinco[22,24-26,28] tiveram como objetivo avaliar a implementação de estratégias de promoção da saúde. Quatro estudos[22,25,26,28] demonstraram níveis satisfatórios de implementação, e apenas um indicou uma implementação parcial do programa[24], justificada por desafios significativos na dimensão do processo. Enquanto alguns estudos destacam melhorias significativas na implementação[25,26] e/ou nos desfechos de saúde[26-28] associados às intervenções, outros ressaltam desafios substanciais e limitações[23,24] nessas estratégias. Esses resultados limitantes abarcam questões nos processos relacionados à articulação multiprofissional e à integração com outros setores ou atores sociais[24]. Além disso, o desafio associado à falta de colaboração intersetorial também foi evidenciado[23], resultando em ações improdutivas e na ausência de diálogo entre os serviços de atenção primária e secundária. A necessidade de reorganização das práticas existentes é um ponto comum entre três estudos[21,24,26], especialmente quando os estudos identificam baixo nível de implementação[24] e/ou desafios estruturais na execução dos programas avaliados[21,24,26].

Entre os estudos incluídos na revisão, três concentraram suas avaliações exclusivamente no processo[22,23,25], dois exclusivamente nos resultados[21,28], um avaliou estrutura e processo[24], outro abordou estrutura e resultado[26], enquanto o último se concentrou no processo e no resultado[27]. Estudos donabedianos propõem a avaliação da qualidade nas dimensões de estrutura, processo e resultado e reforçam que uma boa estrutura facilita um processo eficiente, aumentando as chances de resultados positivos na saúde das pessoas[48-50]. Contudo, embora esse modelo seja amplamente reconhecido e útil para a análise da qualidade em serviços assistenciais, sua aplicação à avaliação de intervenções de promoção da saúde exige cautela. A promoção da saúde pressupõe ações intersetoriais, participação social e abordagens que transcendam o setor saúde, envolvendo determinantes sociais, ambientais, econômicos e culturais[51]. Essas características demandam enfoques avaliativos ampliados, capazes de captar interações complexas entre setores e dimensões não restritas à lógica assistencial.

Os estudos presentes na análise focalizam tipos específicos de programa de promoção da saúde, abrangendo áreas como estratégias de amamentação[22,25], prevenção do diabetes[26,28], atividade física[24,27], assistência nutricional[23] e saúde bucal[21]. A variedade de programas ressalta a complexidade da promoção da saúde, moldada pelas estratégias das organizações executoras, pelo contexto sociopolítico e pelo ambiente de implementação. Essa diversidade de influências justifica várias perspectivas de avaliação, desde o impacto na melhoria das condições de saúde até a capacidade de instigar processos de mudança social que afetem os determinantes da saúde[52]. Contudo, a fragmentação das avaliações sobre intervenções específicas acaba por não representar a totalidade das iniciativas de promoção da saúde.

Ao avaliar a promoção da saúde, é essencial considerar o desenvolvimento da capacidade individual e comunitária para lidar com os fatores que influenciam a saúde. A avaliação de eficácia, por exemplo, busca determinar se uma intervenção atinge seus objetivos, abordando não somente aspectos técnicos, mas, também, questões filosóficas sobre saúde, os direitos dos cidadãos e a responsabilidade

social dos envolvidos[51], conforme delineado nos princípios orientadores da promoção da saúde de empoderamento e participação social[2].

Nesse contexto, o desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde na APS é essencial para reestruturar o modelo de atenção à saúde e implementar abordagens baseadas nos determinantes sociais da saúde. Isso ressalta a relevância da promoção da saúde como estratégia integradora de conhecimentos interdisciplinares no cuidado individual e coletivo[9].

Limitações

No contexto geral deste estudo de revisão de escopo, algumas limitações foram identificadas. Uma delas é a heterogeneidade dos estudos analisados. Embora muitos estudos tenham se autodenominado como estudos de avaliação, uma parcela significativa deles se tratava de estudos epidemiológicos, como ensaios clínicos randomizados, estudos quase experimentais e de coorte. Além disso, nos estudos incluídos, não foi realizado um julgamento de valor quanto à natureza das intervenções, se eram de fato direcionadas à promoção da saúde ou à prevenção de doenças. Essas nuances ressaltam a necessidade de uma análise mais cuidadosa e específica na interpretação dos resultados. Por se tratar de uma revisão de escopo, não foi analisada a qualidade dos estudos com base no risco de viés. Apesar de ter sido desenvolvida uma estratégia de busca abrangente, alguns estudos relevantes podem não ter sido incluídos, especialmente aqueles publicados em línguas diferentes das abrangidas (português, inglês e espanhol).

Conclusões

Os resultados desta análise ressaltam a importância da avaliação das intervenções de promoção da saúde, não apenas para identificar seus resultados e impactos, mas, também, para aprimorar sua implementação ao longo do tempo. Destaca-se a complexidade desse campo de pesquisa e a necessidade de abordagens mais integrativas e padronizadas na elaboração e uso de instrumentos de avaliação.

A integração entre academia, serviços de saúde e comunidade, por meio da colaboração entre diferentes atores – como profissionais de saúde, pesquisadores acadêmicos e membros da comunidade –, é crucial para remodelar o modelo de atenção à saúde, com foco nos determinantes sociais da saúde, fortalecendo tanto o cuidado individual quanto o coletivo. Essa integração emerge como um fator primordial para desenvolver, implementar e impulsionar intervenções e pesquisas adaptadas e contextualizadas, capazes de atender de forma eficaz às necessidades específicas de cada população.

Esta revisão de escopo permitiu acessar o volume de estudos disponíveis e examinar sua condução, o que evidenciou uma escassez de estudos avaliativos sobre promoção da saúde na APS. Revelou-se que muitos estudos se autodenominavam como avaliação, porém, não empregavam modelos avaliativos, indicadores ou julgamentos de valor, enfatizando a importância de um processo avaliativo fundamentado em conhecimentos específicos e critérios preestabelecidos.

Além disso, a revisão destacou outra lacuna de conhecimento com relação aos estudos de avaliação sobre promoção da saúde na APS. Ao tentar responder à pergunta de pesquisa 'Quais são os estudos de avaliação conduzidos sobre promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde?', observou-se que a maioria dos estudos incluídos, embora voltados à promoção da saúde, concentraram-se em avaliações de dimensões de estrutura, processos e/ou resultados, sem considerar o desenvolvimento da capacidade individual ou comunitária para enfrentar os fatores que afetam a saúde, conforme delineado nos princípios orientadores da promoção da saúde de empoderamento e participação social.

Diante disso, ressalta-se a necessidade premente de pesquisas futuras transcenderem

essas abordagens segmentadas, explorando estratégias mais abrangentes de promoção da saúde e utilizando instrumentos de avaliação com modelos avaliativos e matriz de análise de julgamento.

Colaboradoras

Adão I (0000-0002-5721-2560)* contribuiu para concepção da ideia original do estudo, seleção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Rocha DG (0000-0003-1103-5930)* contribuiu para a revisão crítica do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. Rios LRF (0000-0002-2843-5159)* contribuiu para seleção, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final a do manuscrito. Colussi CF (0000-0002-3395-9125)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Primeira Conferência internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Ottawa: OMS; 1986.

2. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface (Botucatu). 2003;7(12):101-22. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100008

3. Czeresnia DO. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia DO, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz: 2009. p. 43-57.

4. Bodstein RCA. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. B Téc Senac. 2009;35(2):6-15.

5. Potvin L, Jourdan D. Health promotion research has come of age! Structuring the field based on the practices of health promotion researchers. Glob Health Promot. 2021;28(4):26-35. DOI: https://doi.org/10.1177/17579759211044077

6. Windsor R. Evaluation of Health Promotion and Disease Prevention Programs. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.

7. Potvin L, Mcqueen DV. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas. New York: Springer New York; 2009.

8. Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Ciênc saúde coletiva. 2004;9(3):521-9. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300002

9. Prado NMBL, Santos AM. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. Saúde debate. 2018;42(Esp 1):379-95. DOI: https://doi.org/10.1590/0103--11042018S126

10. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família? Saúde debate. 2014;38(Esp):69-82. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Organização Pan-americana da Saúde; Ministério da Saúde; Centro de estudos, pesquisa e documentação em cidades saudáveis. Monitoramento e avaliação em promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.

12. Lopes ALM, Silva SA, Castro DFA, et al. Avaliação de programas, serviços e tecnologias na perspectiva da promoção da saúde: uma reflexão teórica. Rev Bras Promoc Saude. 2013;26(4):590-94. DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2013.p590

13. Kania A, Patel AB, Roy A, et al. Capturing the complexity of evaluations of health promotion interventions: A scoping review. Can J Program Eval. 2013;27(1):65-91. DOI: https://doi.org/10.3138/cjpe.027.003

14. Jackson N, Waters E. Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. Health Promot Int. 2005;20(4):367-74. DOI: https://doi.org/10.1093/heapro/dai022

15. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):141-6. DOI: https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050

16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73. DOI: https://doi.org/10.7326/m18-0850

17. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. BMC Med Res Methodol. 2018;18(143):1-7. DOI: https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

18. Salmond S, Bennett MJ. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. 2024. DOI: https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01

19. Shamseer L, Moher D, Clarke M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (prisma-p) 2015: Elaboration and explanation. BMJ (Online). 2015;349(21):7647. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.g7647

20. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde debate. 2014;38(Esp):52-68. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005

21. Silveira-Filho AD, Moysés SJ, Kusma SZ, et al. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2016;19(4):851-65. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040014

22. Venâncio SI, Martins MCN, Sanches MTC, et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. Cad Saúde Pública. 2013;29(11):2261-74. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00156712

23. Neves JA, Zangirolani LTO, Medeiros MAT. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. Rev Nutr. 2017;30(4):511-24. DOI: https://doi.org/10.1590/1678-98652017000400010

24. Guarda FRB, Carneiro RCB, Silva RN, et al. Analysis of the degree of implementation of Health Academy Program in a Brazilian midsize town. Cad Saúde Pública. 2021;37(6):e00075020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00075020

25. Barreto MS. Estudo avaliativo sobre o processo e efeitos da implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito municipal [dissertação]. São Paulo: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018. 139 p.

26. Zhong X, Wang Z, Fisher EB, et al. Support for Diabetes Management in Primary Care and Community Settings in Anhui Province, China. Ann Fam Med. 2015;13(1):50-8. DOI: https://doi.org/10.1370/afm.1799

27. Llorca MM, Niclos-Esteve M, Egea-Ronda A. Paseos grupales. Evaluación cualitativa, más allá de los números. Rev Comunidad. 2022;24(3):6-12. DOI: https://doi.org/10.55783/comunidad.240302

28. Penn L, Rodrigues A, Haste A, et al. NHS Diabetes Prevention Programme in England: formative evaluation of the programme in early phase implementation. BMJ Open. 2018;8:e019467. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019467

29. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Ciênc saúde coletiva. 2000;5(1):187-92. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016

30. Guerra C, Brasil CCP, Martín-Cilleros MV, et al. Pesquisa qualitativa: um olhar sempre voltado à excelência dos estudos. NTQR. 2022;15:e773. DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.15.2022.e773

31. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciênc saúde coletiva. 2015;20(3):925-36. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013

32. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 4th ed. Los Angeles: SAGE Publications Inc; 2017.

33. Loch MR, Lemos EC, Jaime PC, et al. Development and validation of an instrument to evaluate interventions in relation to Health Promotion principles. Epidemiologia e Servicos de Saude. 2021; 30(3): 1–10.

34. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(3):e2020627. DOI: https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000300005

35. Pilatti LA, Pedroso B, Gutierrez GL. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. Rev Bras Ensino Ciênc Tecnol. 2010;3(1):81-91. DOI: http://dx.doi.org/10.3895/S1982--873X2010000100005

36. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. Saúde debate. 2017;41(Esp):167-79. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042017S13

37. Guerra S, Albuquerque AC, Marques P, et al. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. Cad Saúde Pública. 2022;38(3):e00115021. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00115021

38. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Ciênc saúde coletiva. 2004;9(3):627-41. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300015

39. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. Saúde debate. 2018;42(Esp 1):289-301. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119

40. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate. 2018;42(Esp 1):208-23. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114

41. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. Ciênc saúde coletiva. 2014;19(11):4313-22. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11232014

42. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciênc saúde coletiva. 2008;13:2029-40. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007

43. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9664):1099-1104. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6

44. Kawachi I, Subramanian SV. Social epidemiology for the 21st century. Soc Sci Med. 2018;196:240-5. DOI: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.034

45. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. Social Epidemiology. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2014.

46. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: MS; 2018.

47. Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. Saúde Transform Soc. 2012;3(1):92-100.

48. Massaro AF, Basso JF, Adão I, et al. Atenção primária à saúde: avaliação de indicadores de estrutura e de processo em um município de pequeno porte. Rev Adm Saúde. 2020;20(81):e254. DOI: http://dx.doi.org/10.23973/ras.81.254

49. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83(4):691-729. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

50. McCullough K, Andrew L, Genoni A, et al. An examination of primary health care nursing service evaluation using the Donabedian model: A systematic review. Res Nurs Health. 2023;46(1):159-76. DOI: https://doi.org/10.1002/nur.22291

51. Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. Guía de Evaluación Rápida. Cali: Cadetes, Universidad del Valle; 2004.

Recebido em 17/03/2025
Aprovado em 15/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira

saúde
EM DEBATE

REVISÃO

O cenário da fitoterapia na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise

The scenario of phytotherapy in Primary Health Care in Brazil: An analysis

Betania Barros Cota[1], Tatiana Chama Borges Luz[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710102P

RESUMO A implantação da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) foi incentivada por políticas públicas há mais de 17 anos. Esta revisão mapeou e analisou criticamente publicações sobre a fitoterapia na Atenção Primária à Saúde, desde a implementação das políticas nacionais de plantas medicinais e práticas integrativas (PNPMF e PNPIC), identificando padrões e lacunas de conhecimento. As buscas, realizadas entre outubro e dezembro de 2023, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e internet, incluíram 32 artigos, de 2006 a 2023. Os estudos foram avaliados pelos critérios Strobe e Coreq e organizados em seis eixos temáticos. A maioria dos estudos ocorreu em municípios do Sul do Brasil, com enfoque na visão dos profissionais de saúde e qualidade média acima de 67%. Os achados revelam escassez de pesquisas sobre financiamento, institucionalização e gestão estratégica e logística; carência de capacitação profissional; baixa oferta de serviços no SUS; dados heterogêneos sobre práticas, prescrição e falta de acompanhamento de usuários. Embora percepções positivas predominem entre profissionais e usuários, persistem lacunas quanto ao conhecimento de riscos, interações medicamentosas e políticas públicas. Ressalta-se que a consolidação da fitoterapia no SUS requer, além de análise crítica governamental, suporte educativo, estratégias mais horizontais e abrangentes.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Fitoterapia. Plantas medicinais. Medicamento fitoterápico. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The implementation of phytotherapy in the Unified Health System (SUS) has been encouraged by public policies for over 17 years. This review mapped and critically analyzed publications on phytotherapy in Primary Health Care, since the implementation of the national policies on medicinal plants and integrative practices (PNPMF and PNPIC), identifying patterns and knowledge gaps. Searches were conducted between October and December 2023 in Virtual Health Library (BVS), PubMed, and internet, including 32 articles published from 2006 to 2023. The studies were evaluated using the STROBE and COREQ criteria and organized into six thematic axes. Most studies were conducted in municipalities in Southern Brazil, focusing on the perspectives of health professionals, and presented an average quality above 67%. The findings reveal a scarcity of research on funding, institutionalization, and strategic and logistical management; a lack of professional training; limited supply of services in SUS; heterogeneous data on practices, prescription, and the absence of user follow-up. Although positive perceptions predominate among professionals and users, gaps remain regarding knowledge of risks, drug interactions, and public policies. It is emphasized that consolidation of phytotherapy in SUS requires, in addition to critical governmental analysis, educational support and more horizontal and comprehensive strategies.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Phytotherapy. Plants, medicinal. Phytotherapeutic drugs. Unified Health System.*

[1] Instituto René Rachou (Fiocruz Minas), Fundação Oswaldo Cruz – Belo Horizonte (MG), Brasil.
betania.cota@fiocruz.br

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF (Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006) foram institucionalizadas há mais de 17 anos com objetivo de garantir acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, além de incentivar a implantação de opções terapêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS)[1-3]. Dados dos sistemas de informação em saúde do SUS revelam que, entre 2017 e 2019, as plantas medicinais e a fitoterapia, tanto na condição de atividades ou procedimentos coletivos quanto de atendimentos individuais, figuraram entre as três práticas integrativas mais oferecidas na Atenção Primária à Saúde (APS), indicando uma demanda pela população[4].

O acesso à fitoterapia pelo SUS na APS pode se dar por serviços de Farmácias Vivas e de Manipulação, Hortos de Plantas Medicinais, Indústria de Medicamentos. A fitoterapia, uma das 29 Práticas Integrativas e Complementares oferecidas pelo SUS, pode ser disponibilizada de diversas formas: como planta fresca (*in natura*), planta seca ('droga vegetal'), fitoterápicos manipulados (preparados em farmácias autorizadas pela vigilância sanitária) e fitoterápicos industrializados (produzidos e comercializados mediante registro na Anvisa/Ministério da Saúde)[3].

A Farmácias Viva, instituída no SUS pela Portaria nº 886/2010 do Ministério da Saúde e regulamentadas pela RDC nº 18/2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, foi idealizada para promover o acesso à fitoterapia, englobando desde o cultivo até a dispensação, e respeitando as particularidades territoriais[5,6]. As Farmácias Vivas oferecem plantas frescas, secas e produtos manipulados, mas enfrentam obstáculos, desde a autorização de funcionamento, devido a conflitos no cadastro nacional de atividades econômicas, até questões de validade e controle de qualidade dos produtos e pela escassez de informações sobre espécies nativas no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira[7]. Uma avaliação situacional de Farmácias Vivas observou que essas apresentam dificuldades, como falta de recursos financeiros e mão de obra qualificada, além de incentivo por parte do Ministério da Saúde para continuidade e implantação de novos estabelecimentos[6].

Um total de 12 medicamentos fitoterápicos está presente na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que são financiados pelo componente básico da Assistência Farmacêutica (AF)[8]. Estudo recente identificou predomínio de aquisição de fitoterápicos industrializados e de compras pelas regiões Sul e Sudeste do País. Embora a inclusão de fitoterápicos na Rename seja concebida como um meio de apoio e orientação para o seu uso, evidências indicam que esse processo ainda se depara com uma série de adversidades e complicações para os municípios[9].

Ademais, a indústria de medicamentos fitoterápicos do Brasil não se desenvolveu significativamente na última década, apesar das políticas públicas vigentes e da vasta biodiversidade brasileira. Diversos fatores têm contribuído para esse cenário, incluindo o rigor regulatório e sanitário[10], entraves jurídicos e administrativos e a concorrência com produtos não regularizados. Outrossim, a necessidade de garantir a qualidade das plantas cultivadas no País, a falta de padronização entre as etapas da cadeia produtiva, problemas com fornecedores e a carência de pesquisas clínicas para a aprovação dos fitoterápicos têm impactado negativamente as inovações tecnológicas nesse setor[11]. Por outro lado, o desempenho do mercado de medicamentos isentos de prescrição, que inclui a maioria dos fitoterápicos, cresceu em faturamento em quase 40% entre 2020 e 2022. Nesse período, tanto o faturamento quanto o número de embalagens comercializadas de fitoterápicos aumentaram[12]. Esses fatos sugerem que as empresas desse setor têm grande potencial de crescimento como fornecedoras do SUS.

A fitoterapia tem sido implantada em vários municípios do País, porém, de modo desafiador para os tomadores de decisão e profissionais de saúde devido às dificuldades relacionadas ao seu financiamento, operacionalização e capacitação de profissionais[7]. Este trabalho visa a mapear e analisar criticamente as evidências sobre a fitoterapia na APS no SUS desde a implementação das políticas nacionais (PNPMF e PNPIC), identificando padrões e lacunas de conhecimento.

Material e métodos

Pergunta norteadora para seleção dos estudos

Esta revisão de escopo foi conduzida usando o referencial metodológico do Instituto Joanna Briggs, utilizando a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) na definição da pergunta norteadora para a seleção dos estudos[13]. A População incluiu gestores, profissionais e usuários da APS do SUS. O Conceito abrangeu gestão e implementação, uso, práticas e conhecimentos e percepções relacionadas à fitoterapia descritas em estudos publicados após a promulgação das políticas relacionadas a partir de 2006. O Contexto foi a APS no Brasil.

Ao integrar os elementos do PCC com os objetivos do estudo de mapear e criticar as evidências sobre a fitoterapia no País na APS desde a implementação das políticas nacionais, a pergunta de pesquisa da revisão foi definida como: 'Quais são as evidências científicas disponíveis sobre a institucionalização, a implementação, o financiamento, a força de trabalho, o uso, bem como os conhecimentos e percepções relacionados à fitoterapia entre usuários e profissionais da APS no SUS no Brasil desde a publicação das políticas nacionais, e quais padrões e lacunas de conhecimento podem ser identificados?'. Essa pergunta orientou a seleção, extração e categorização dos dados, assegurando que as evidências fossem analisadas de forma integrada.

Critérios de elegibilidade

Foram incluídos estudos primários transversais, qualitativos, de intervenção e relatos de experiência e estudos de avaliação publicados no período de 2006 a 2023. Os artigos científicos que integram esta revisão estão nos idiomas português e inglês, de acesso público e foram publicados a partir de 2006, ano da criação da PNPMF (Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006)[1], considerada um marco histórico no País. Foram utilizadas para a pesquisa as referências com informações sobre plantas medicinais e fitoterápicos na saúde básica, de acordo com a pergunta norteadora.

Não foram incluídos estudos secundários como revisões, livros e capítulos de livros. Esta revisão considerou apenas estudos conduzidos em nível municipal, excluindo aqueles realizados em uma única Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família.

Estratégias de busca

Uma busca prévia da literatura possibilitou a compilação de palavras-chave. Essas palavras foram usadas para localizar os vocabulários controlados a partir do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). A estratégia 2 de busca na base de dados do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi construída a partir da linguagem natural presente nos artigos selecionados.

As estratégias de busca foram realizadas em periódicos indexados em base de dados e adaptadas de acordo com as especificidades de cada um, mantendo-se a similaridade da combinação dos descritores por meio dos operadores booleanos (OR e AND).

A primeira busca foi realizada em três bases de dados, do mês de outubro a dezembro de 2023: BVS, U.S. National Library of Medicine (PubMed) e Google Acadêmico.

As estratégias de busca finais foram:

• BVS: Estratégia 1: "plantas medicinais" OR "medicamento fitoterápico" OR "fitoterapia" OR "medicina integrativa" AND "Atenção Primária à Saúde"; Estratégia 2: "Atenção Primária à Saúde" AND "plantas medicinais" OR "medicamentos fitoterápicos" OR "fitoterapia" AND "situação" OR "cenário" OR "panorama" OR "diagnóstico" OR "implantação" OR "implementação".

• PubMed: ("plants, medicinal" OR "Herbal Therapy") AND "Complementary Therapies" AND "primary health care".

• Google: "Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Healthcare" OR "Atenção Primária" OR "Primary Care".

Seleção dos estudos

Após leitura dos títulos e resumos, alguns estudos foram excluídos por não estarem alinhados com o objetivo da pergunta norteadora. Quando a descrição do estudo não era clara a partir do resumo, o artigo completo foi recuperado para leitura parcial ou integral, a fim de verificar se abordava adequadamente a questão de pesquisa.

Os artigos elegíveis foram lidos na íntegra para definir a sua inclusão ou não na revisão. Posteriormente, somente os estudos classificados no Qualis/Capes até B3 na área da saúde coletiva (2017-2020) foram selecionados. Para diminuir o risco de viés de seleção, os artigos foram analisados duas vezes pelo mesmo pesquisador antes de serem incluídos no processo de leitura final e na elaboração da revisão.

Extração e organização dos dados

Os dados dos artigos selecionados foram extraídos e registrados em planilhas estruturadas no Microsoft Office Excel® desenvolvidas pelos autores, contemplando informações como informações bibliográficas, objetivos e desenho do estudo, abrangência amostral, participantes (usuários, trabalhadores da saúde), âmbito, local e período de coleta, bem como os principais resultados. A extração dos dados dos artigos foi realizada por um único revisor. A classificação Qualis foi obtida na Plataforma Sucupira para o período de 2017 a 2020, área da saúde coletiva.

Análise dos dados

Os estudos selecionados foram avaliados quanto ao relato da qualidade metodológica. Para estudos quantitativos, a avaliação foi realizada com base em 12 critérios do *checklist* do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe)[14], incluindo itens como desenho do estudo, período e tipo de coleta, âmbito, critérios de elegibilidade, seleção e características dos participantes, cálculo da amostra, método de análise, limitações e fonte de viés. Para estudos qualitativos, 12 critérios, tais como data e tipo de coleta, fonte de dados, orientação metodológica, método de abordagem, descrição e saturação da amostra, e derivação de temas do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)[15], foram utilizados. Nos estudos de abordagem mista, foram combinados 12 critérios do Strobe e Coreq[14,15], avaliando aspectos como desenho do estudo, método de análise, número de codificadores e limitações.

Cada critério do *checklist* foi avaliado e classificado em três categorias: 'sim', quando o dado estava presente no artigo; 'não', quando o dado estava ausente; e 'não se aplica', nos casos em que a informação não era pertinente, por se tratar de fonte de dados secundária. O escore máximo possível para cada tipo de estudo (quantitativo, qualitativo e misto) foi de 12 pontos, correspondendo a 100%. Após a avaliação individual, os escores atribuídos a cada estudo selecionado foram somados e, posteriormente, transformados em percentuais. Em seguida, calculou-se a média dos percentuais de escore obtidos pelos estudos

de cada tipo (quantitativo, qualitativo e misto).

Os dados extraídos dos artigos foram organizados em uma planilha de Excel contendo informações sobre autoria, objetivos e principais resultados. A seguir, procedeu-se à categorização temática dos achados, realizada de forma indutiva, a partir das convergências e diferenças identificadas entre os estudos[16]. As categorias emergentes foram então agrupadas em eixos temáticos, permitindo mapear como a literatura aborda a implantação da fitoterapia na APS.

Resultados

Principais achados dos estudos selecionados

Foram identificados 1073 artigos em bases de dados BVS, PubMed e Google Acadêmico com as estratégias adotadas. Ao final, 160 publicações foram selecionadas após leitura dos títulos e, quando necessário, dos resumos. Na etapa seguinte, realizou-se a leitura dos resumos, elegendo 55 artigos para leitura na íntegra. A busca resultou na inclusão de 32 artigos de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, entre os quais, 6 foram extraídos da base PubMed, 17 da base da BVS e 9 do Google Acadêmico.

Do total de 32 artigos selecionados para análise (*quadro 1*)[17-48], o maior número de trabalhos foi publicado em 2017 (n = 8), seguido pelos anos de 2018, 2020 e 2022 (n = 4). Quanto à classificação dos periódicos, a maior parte dos estudos foi publicada em revistas avaliadas como B1 (n = 9) e A1 (n = 8) na área de saúde coletiva. Com relação à abrangência, 25 trabalhos foram realizados no nível municipal, 5 no regional, um no nível estadual e um nacional. Aproximadamente 43,8% dos trabalhos selecionados foram desenvolvidos na região Sul, e 25% no Nordeste.

Os trabalhos analisados (*quadro 1*) foram predominantemente caracterizados como pesquisas transversais (n = 30), além de um estudo epidemiológico e um avaliativo. A principal fonte de dados utilizada foi a entrevista face a face (n = 19), seguida por questionários de autopreenchimento (n = 4) e uma combinação de ambos (n = 3). A maioria dos estudos empregou questionários semiestruturados (n = 14), enquanto cinco utilizaram questionários estruturados, três combinaram ambos os tipos, e outros três recorreram a dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

As pesquisas foram majoritariamente realizadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (n = 13), e outras no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (n = 10). Com relação aos participantes, o foco principal esteve nos profissionais de saúde (n = 22), seguidos por usuários (n = 6) e coordenadores, funcionários municipais ou gestores de unidades (n = 3).

Quadro 1. Características dos estudos selecionados de 2006 a 2023, organizados pelo ano de publicação e resultado da avaliação da qualidade metodológica de acordo com o tipo de estudo

ID	Autoria	Ano	Qualis*	Desenho do estudo	Abrangência	Participantes	Fonte da checklist	Resultado avaliação da qualidade metodológica (%)
1	Caboclo et al.[17]	2022	A4	T, D, E	Municipal	Profissional	STROBE	75
2	Diniz et al.[18]	2022	B1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	75
3	Góes et al.[19]	2022	B2	T, D, EC	Municipal	Usuário	STROBE	67
4	Zeni, Gallvao, Sasse[20]	2022	B2	T, PA	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	67
5	Bezerra et al.[21]	2021	A3	T, Obs	Municipal	Profissional	STROBE	75

Quadro 1. Características dos estudos selecionados de 2006 a 2023, organizados pelo ano de publicação e resultado da avaliação da qualidade metodológica de acordo com o tipo de estudo

ID	Autoria	Ano	Qualis*	Desenho do estudo	Abrangência	Participantes	Fonte da checklist	Resultado avaliação da qualidade metodológica (%)
6	Galhoto et al.[22]	2021	B1	T, PC	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	92
7	Vale et al.[23]	2021	B3	T, D	Municipal	Usuário	STROBE	58
8	Barbosa et al.[24]	2020	A1	T, D, E	Nacional	Profissional	STROBE	92
9	Haraguchi et al.[25]	2020	B1	T, D, E, MM	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	75
10	Rodrigues, Campos, Siqueira[26]	2020	B3	T, E	Municipal	Profissional	COREQ	33
11	Soares et al.[27]	2020	A4	T, D	Estadual	Outro Profissional	STROBE	67
12	Savaris et al.[28]	2019	B2	T, Doc, Ret	Municipal	Outro Profissional	STROBE	83
13	Soares et al.[29]	2019	B1	T, D	Municipal	Profissional	COREQ	67
14	Gribner et al[30]	2018	B2	T, Obs	Municipal	Usuário	STROBE	83
15	Lima et al.[31]	2018	A4	T	Municipal	Profissional	STROBE	83
16	Matos et al.[32]	2018	B1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	83
17	Mattos et al.[33]	2018	A1	T	Municipal	Profissional	STROBE	83
18	Caccia-Bava et al.[34]	2017	A1	T	Regional	Profissional	STROBE	75
19	Ceolin et al.[35]	2017	B1	T	Regional	Profissional	COREQ	58
20	Ferreira, Mattos, Oliveira[36]	2017	B3	T, D, E	Regional	Outro Profissional	STROBE, COREQ	67
21	Losso & Freitas[37]	2017	A4	Av	Regional	Profissional	STROBE	100
22	Silva Júnior et al.[38]	2017	B3	T, D, E	Municipal	Profissional	STROBE	50
23	Sousa & Tesser[39]	2017	A1	T, E, EC	Municipal	Município	COREQ	75
24	Szerwieski et al.[40]	2017	B1	T, E, EC	Municipal	Usuário	STROBE	92
25	Zeni et al.[41]	2017	A1	Ep, Obs	Municipal	Usuário	STROBE	83
26	Souza et al.[42]	2016	B3	T, D	Regional	Profissional	COREQ	75
27	Colet et al.[43]	2015	B2	T, D	Municipal	Usuário	STROBE	92
28	Varela & Azevedo[44]	2014	B1	T, D	Municipal	Profissional	COREQ	75
29	Sampaio et al.[45]	2013	B1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	58
30	Fontenele et al.[46]	2013	A1	T, MM	Municipal	Profissional	STROBE, COREQ	83
31	Bruning, Mosegui, Vianna[47]	2012	A1	T, D, E	Municipal	Profissional	COREQ	33
32	Rosa, Camera, Béria[48]	2011	A1	T	Municipal	Profissional	COREQ	83

Fonte: elaboração própria.

*Classificação obtida na Plataforma Sucupira para o período de 2017 a 2020, área da saúde coletiva.

T: Transversal; D: Descritivo; E: Exploratório; EC: Estudo de caso; PA: Pesquisa-ação; Obs: Observacional; PC: Pesquisa de campo; MM: Métodos mistos; Doc: Documental; Ret: Retrospectivo; Av: Avaliativo; Ep: Epidemiológico. Critérios de avaliação da qualidade metodológica: Escore máximo (n=12, 100%). Para estudos quantitativos (Quanti):1: Desenho; 2: Período de coleta; 3: Fonte de dados; 4: Tipo de coleta; 5: Âmbito (n); 6: Critério de elegibilidade; 7: Seleção da amostra; 8: Tamanho amostral; 9: Características da amostra; 10: Análise; 11: Limitações; 12: Viés. Para estudos qualitativos (Quali): 1: Data da coleta; 2: Fonte de dados; 3: Tipo de coleta; 4: Âmbito (n); 5: Orientação metodológica; 6: Abordagem; 7: Amostragem; 8: Descrição da amostra; 9: Análise; 10: Codificadores; 11: Temas; 12: Saturação. Para estudos mistos: 1: Desenho do estudo; 2: Período de coleta; 3: Fonte de dados; 4: Tipo de coleta; 5: Âmbito (n); 6: Critério de elegibilidade; 7: Seleção dos participantes; 8: Tamanho da amostra; 9: Características dos participantes; 10: Método de análise; 11: Número de codificadores; 12: Limitações.

Síntese da análise da qualidade dos relatos dos estudos selecionados

Dos 16 artigos observacionais quantitativos (*quadro 1*), todos obtiveram pontuação ≥ 6 (≥ 50% dos itens), com média de 78,6%[17,19,21,23,24,27,28,30,31,33,34,37,38,40,41,43]. Dois não informaram o período de coleta[21,38]. Também houve ausência de dados sobre âmbito[23,38], seleção dos participantes[23,27], cálculo amostral[17,19,23,27,28,38] e características dos participantes[17,19,38]. Limitações e potenciais vieses, considerados critérios críticos, não foram descritos em mais da metade dos estudos.

Nos 11 qualitativos (*quadro 1*), todos pontuaram ≥ 4 (≥ 33,3%), com média de 65,2%[18,26,29,32,35,39,42,44,45,47,48]. Predominaram lacunas metodológicas, exceto quanto à fonte de dados. Faltaram informações sobre âmbito[26,45,47], métodos de abordagem[26,29,35,45,47], amostragem[26,29,35,39,45] e, em quatro artigos, a metodologia utilizada para a derivação de temas[18,26,35,47]. Nenhum mencionou número de codificadores; apenas Sampaio et al.[45] citou saturação teórica.

Os de abordagem mista (*quadro 1*) tiveram perfil semelhante, com pontuação ≥ 8 (66,7%) e média de 76,7% [20,22,25,36,46]. Todos descreveram desenho e período de coleta, mas não o número de codificadores; apenas um citou as limitações[22]. Alguns não informaram o âmbito da pesquisa[25] ou o método de análise qualitativa[36].

Evidências e lacunas sobre a fitoterapia na Atenção Primária à Saúde

A análise temática permitiu agrupar os artigos em eixos analíticos relacionados a financiamento (n = 1), gestão e políticas públicas (n = 8), força de trabalho (n = 4), práticas/processos de trabalho dos profissionais de saúde (n = 3), uso e obtenção de plantas e/ou fitoterápicos (n = 7), bem como percepções e conhecimentos (n = 9). Contudo, observou-se que determinados achados, como aspectos de conhecimento e uso racional, emergiram de forma transversal em diferentes categorias, não se restringindo ao eixo em que o artigo foi classificado.

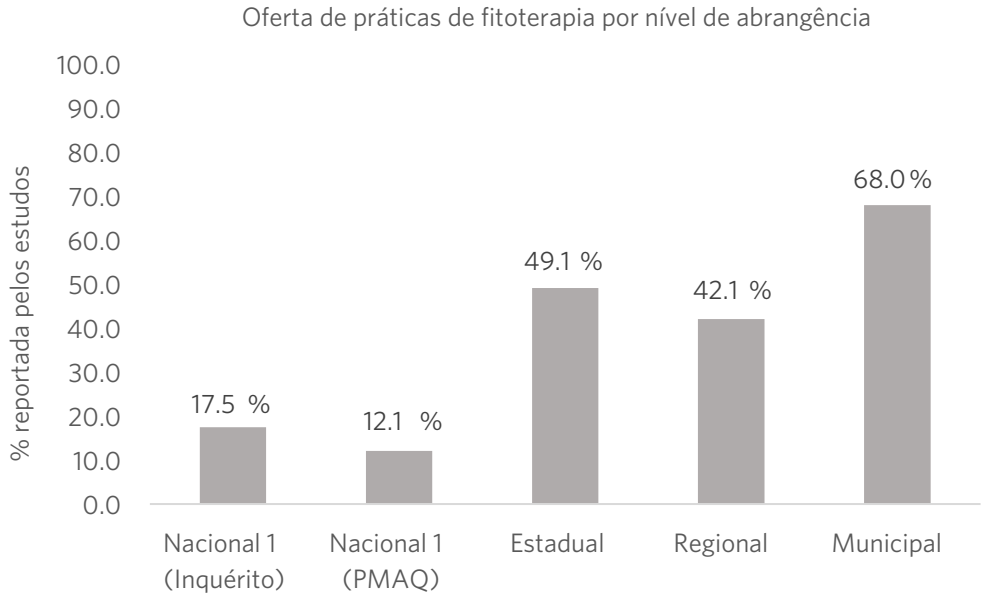
As pesquisas sobre financiamento da fitoterapia, seja pela inclusão de fitoterápicos nas Rename, implementação de Farmácias Vivas ou Arranjos Produtivos Locais (APLs), mostraram-se escassas, com apenas um estudo específico, o qual revelou o panorama do financiamento para APLs a partir de entrevistas com 17 coordenadores de Secretarias de Saúde estaduais e municipais que receberam recursos por editais do Ministério da Saúde em 2012 e 2013. Os participantes relataram dificuldades na execução dos recursos, na formação de parcerias e nos processos licitatórios para aquisição de materiais[36]. De forma complementar, pesquisa estadual no Maranhão com 217 municípios mostrou que menos de 40% daqueles que ofertam alguma Prática Integrativa e Complementar (PIC), sendo a fitoterapia a mais frequente, preveem financiamento nos Planos Plurianuais de Saúde e na Programação Anual de Saúde[27]

Os estudos sobre gestão e políticas públicas trataram de regulamentação, integração e, sobretudo, da oferta da fitoterapia nos serviços de saúde[18,24,27,29,34,37,39]. Contudo, a institucionalização como política específica permanece pouco explorada, embora essencial para dar legitimidade e estabilidade às ações. Pesquisa estadual no Maranhão mostrou ausência de legislação própria para as PICs nos 55 municípios que as ofertam e baixa inclusão dessas práticas no organograma municipal (14,5%)[27]. De forma semelhante, estudo de caso em cinco municípios com mais de 100 mil habitantes, de diferentes regiões, identificou indefinição do papel das PICs, ausência de metas e objetivos nos planos plurianuais e falta de agenda de financiamento para pesquisa[39]. Tais lacunas configuram barreiras centrais para a consolidação da fitoterapia como política pública.

A implantação das políticas públicas e da gestão relaciona-se diretamente com a oferta de serviços. Os artigos selecionados revelam grande variação na frequência de oferta dessa prática (*gráfico 1*)[24,25,27,37]. Em um estudo

realizado em âmbito nacional, a oferta foi identificada em 17,5% e 12,1% dos municípios, respectivamente, de acordo com dados do Inquérito Nacional de PICs no SUS e no PMAQ[24]. Por outro lado, estudos conduzidos nos níveis estadual e regional identificaram oferta em cerca de 40% a 50% dos municípios[27,37]; e 68% no nível municipal[25].

Gráfico 1. Dados de porcentagem de oferta de práticas de serviços de fitoterapia por nível de abrangência segundo estudos selecionados



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados dos artigos[24,25,27,37].

Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. Nacional 1: refere-se a dados de um mesmo estudo de dois bancos de dados: o PMAQ e o Inquérito.

Nos 32 trabalhos analisados, não foram identificadas ofertas de serviços voltados ao acompanhamento sistemático do uso da fitoterapia por parte dos usuários, seja por meio de monitoramento clínico ou de estratégias estruturadas de seguimento. Por outro lado, o apoio educativo sobre o uso da fitoterapia foi descrito em apenas um estudo, no qual, 12% dos 2.285 profissionais das equipes de atenção básica relataram realizar essa atividade, conforme dados do Módulo II do PMAQ[34].

De modo geral, a literatura analisada mostra que a disponibilidade de fitoterápicos industrializados ou manipulados permanece pouco explorada, e que aspectos relacionados ao planejamento e à gestão da oferta, como a seleção e aquisição, ainda não se configuram como um tema recorrente nos estudos incluídos.

Resultados sobre a disponibilidade de plantas medicinais ou de fitoterápicos em farmácias públicas foram apresentados no estudo realizado na região Sudeste do País, utilizando dados do ciclo do PMAQ 2011 e 2012. Esse levantamento mostrou que 16,1% dos 645 municípios paulistas disponibilizavam essa terapia, com maior destaque para fitoterápicos industrializados (68,1%), seguidos por plantas medicinais manipuladas (27%), secas (10,1%) e frescas (5,1%). O mesmo trabalho constatou,

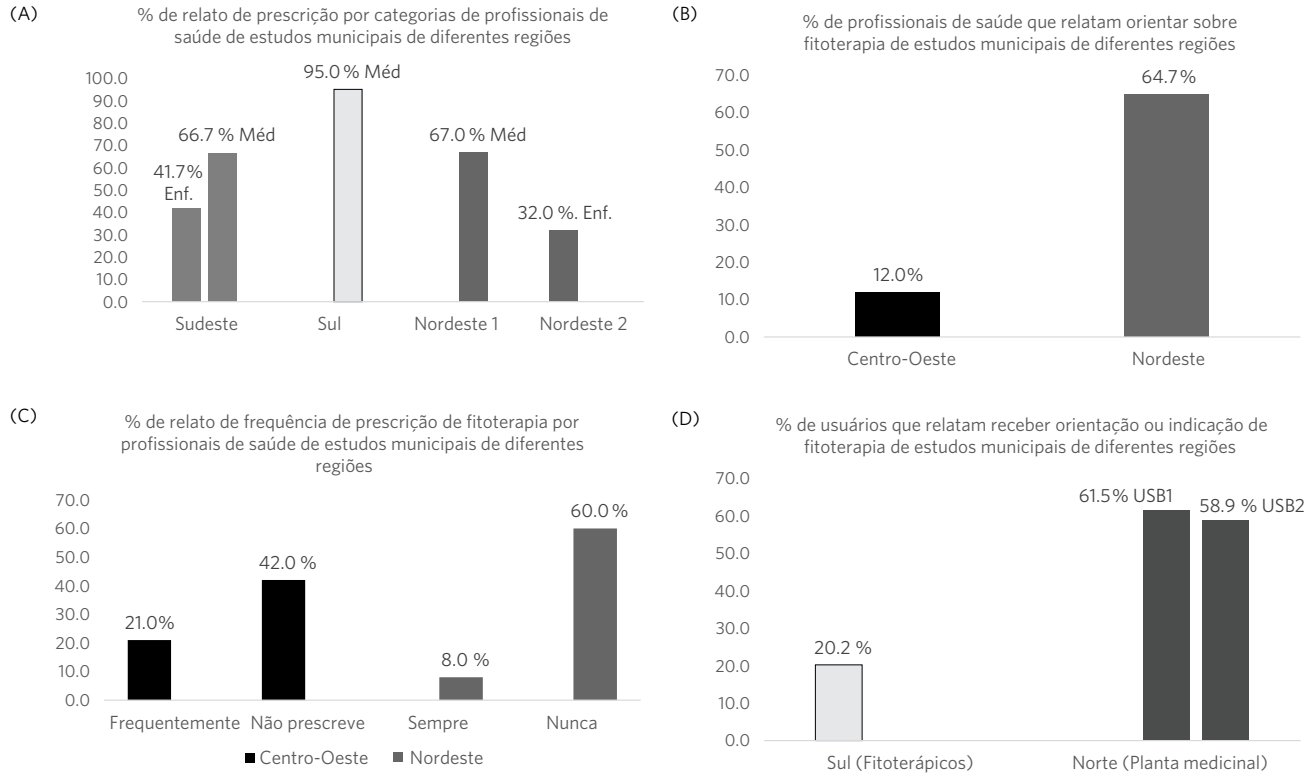
ainda, a presença dos oito medicamentos fitoterápicos da Rename nas unidades de saúde dos municípios do estado de São Paulo, que variou de 4,7% a 42,8%[34].

Alguns estudos abordam a força de trabalho como capacitação ou formação[20-22,25]. No que diz respeito a esse tema, os relatos indicam uma carência ou falta de capacitação específica para a fitoterapia[29,45], embora cursos breves tenham sido descritos em alguns trabalhos como demandas das secretarias de saúde[22,26]. Os programas de capacitação existentes mostram resultados positivos[22,25,35], sendo relatado em um deles um aumento significativo no número de profissionais que passaram a recomendar plantas medicinais (antes 51% x 92% depois), drogas vegetais (antes 45% x 88% depois) e a prescrever fitoterápicos (antes 34% x 82% depois)[25]. Além disso, os profissionais passaram a reconhecer a importância da capacitação como suporte técnico-científico[22,25], facilitando a detecção de interações entre plantas e medicamentos, bem como a caracterização de reações adversas[25]. De forma coerente, os profissionais de saúde apontam a necessidade de educação permanente, cursos práticos e mais extensos para a qualificação, com vistas à aplicação em consultas, grupos e oficinas[22,35].

Pesquisas municipais apontam que a formação acadêmica em fitoterapia entre profissionais de saúde varia de 12% a 47%[17,21,27,46], sugerindo que há muito a ser feito para adequar a força de trabalho local para a AF. Embora o interesse dos profissionais em se qualificar sobre a temática seja superior a 80%[17,21], a participação em cursos ou programas sobre plantas medicinais e fitoterapia é baixa, variando entre 4% e 20%[21,47].

A categoria práticas e processos de trabalho reuniu estudos que abordam como a fitoterapia é incorporada ao cotidiano dos serviços, seja nas prescrições, orientações ou fluxos de trabalho[26,33,42]. De modo geral, os artigos selecionados sugerem que a prescrição de fitoterápicos (A) é mais frequentemente autodeclarada por médicos em comparação aos enfermeiros, independentemente da região do País (*gráfico 2A*)[21,26,33,38]. Profissionais de saúde do Nordeste declaram orientar os pacientes sobre o uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos quase cinco vezes mais que os do Centro-Oeste (*gráfico 2B*), de acordo com estudos conduzidos no nível municipal[17,46]. Nota-se que a frequência de 'prescrição frequente ou sempre' (*gráfico 2C*) ainda é, proporcionalmente, bem inferior ao número de profissionais que relatam 'não ou nunca prescrever', independentemente da região e em estudos com quase dez anos de diferença entre suas publicações[17,46]. Por outro lado, em estudos municipais, 58,9% a 61,5% dos usuários da APS relatam receber orientação de profissionais de saúde sobre o uso de plantas medicinais, em comparação com apenas 20,2% que recebem indicação médica para fitoterápicos industrializados (*gráfico 2D*)[19,30].

Gráfico 2. Dados de porcentagem de relato de prescrição (A), de indicação ou orientação (B), de frequência (C) por profissionais de saúde e relato de recebimento de orientação ou indicação médica (D) de fitoterapia por usuários, em estudos municipais de diferentes regiões do Brasil



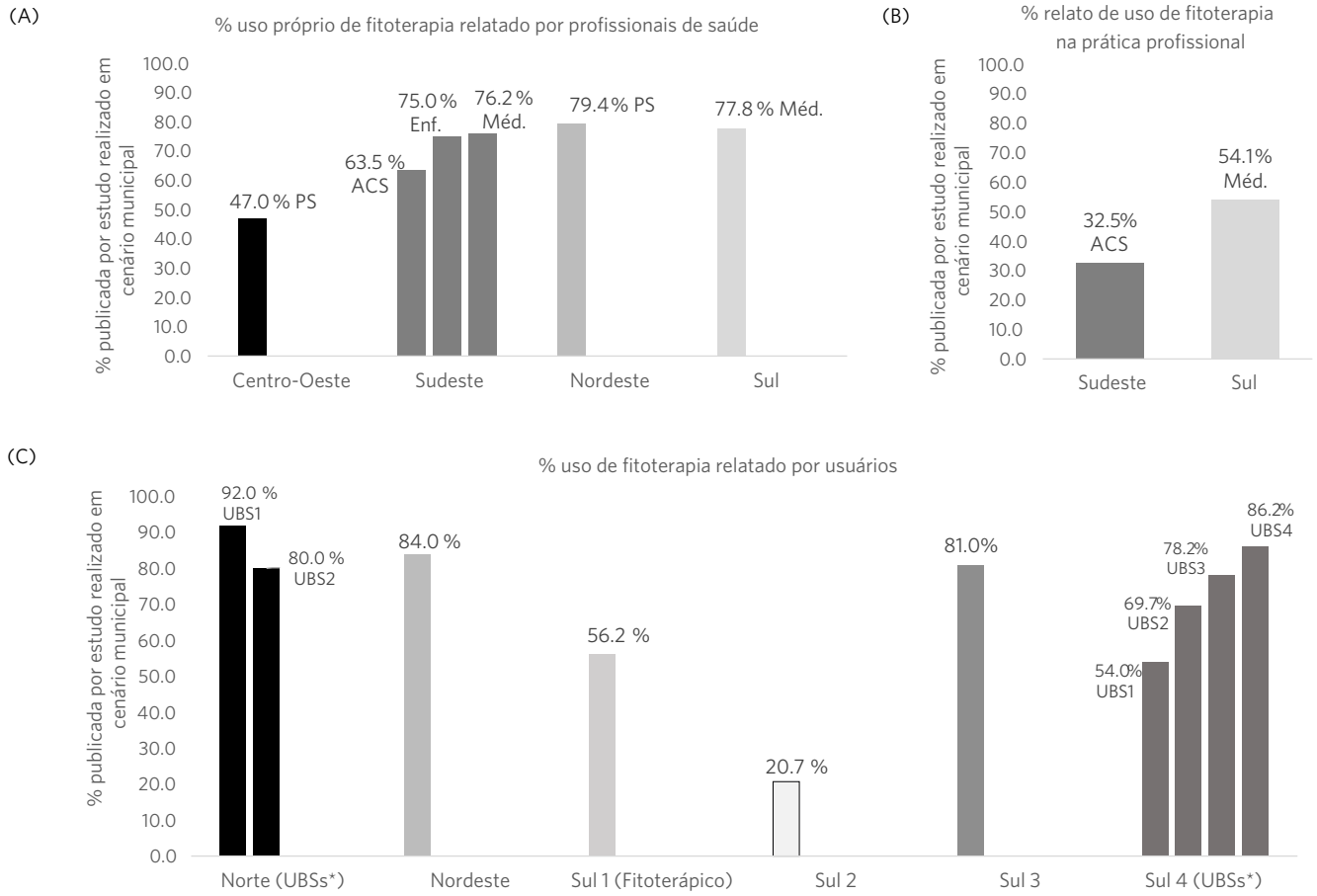
Fonte: elaboração própria das autoras a partir dos dados dos artigos (A)[21,26,33,38], (B)[17,46], (C)[18,38], (C)[19,30].

Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. Numeração (Nordeste 1 ou 2) refere-se a dados de diferentes estudos. Fitoterápico: refere-se a produtos industrializados.

Cerca de 20% dos artigos foram categorizados no eixo uso e obtenção, contemplando indicações, recomendações, fontes de informação e formas de aquisição no cotidiano[19,23,30,31,40-41,43]. Os profissionais de saúde, em estudos municipais de diferentes regiões do País, relatam o uso pessoal da fitoterapia para consumo próprio em proporções que variaram de 47% a 79,4% (*gráfico 3A*)[27,30,46,48]. Em contraste, somente 32,5% profissionais de saúde na região Sudeste e 54,1% na região Sul responderam utilizar plantas medicinais ou fitoterápicos em sua prática profissional (*gráfico 3B*), evidenciando uma atuação profissional inferior ao consumo pessoal[32,34].

O uso da fitoterapia por usuários da APS varia de 20,7% a 92% (*gráfico 3C*)[24,31,43,46], conforme estudos realizados no nível municipal. Altas taxas foram observadas quando diferentes UBS foram incluídas em um mesmo estudo[19,42]. Um ponto que merece destaque é a frequência moderada identificada em um estudo conduzido na região Sul do País, que foi de 56,2% e avaliou exclusivamente medicamentos fitoterápicos industrializados (*gráfico 3C*)[31].

Gráfico 3. Dados de porcentagem de uso de fitoterapia na prática profissional (A), por uso próprio (B) dos profissionais de saúde e por usuários (C), conforme estudos conduzidos em cenário municipal, por região do Brasil

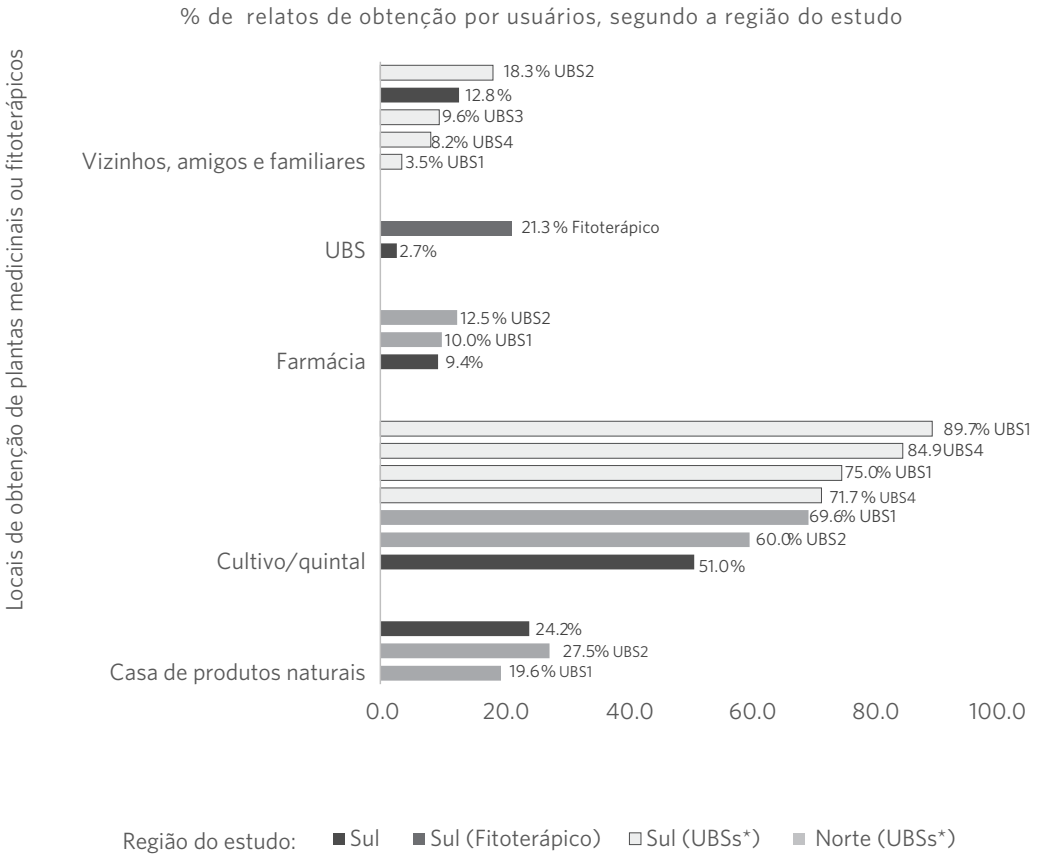


Fonte: elaboração própria autoras, a partir dos dados dos artigos (A)[17,26,46,48], (B)[31,33] e (C)[19,23,30,40,41,43].

Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. PS: profissionais de saúde; ACS: agente comunitário de saúde; Enf.: enfermeiro; Méd.: médico; UBSs*: dados provenientes de um mesmo estudo com mais de uma unidade básica envolvida; Fitoterápico: refere-se a produtos industrializados; Numeração (Sul 1, 2, 3): refere-se a dados de diferentes estudos conduzidos na mesma região do País.

A obtenção de plantas medicinais e fitoterápicos por usuários da APS ocorre majoritariamente por meio de cultivo próprio ou por fontes informais, corroborando as evidências de baixa disponibilidade nas Unidades Básicas de Saúde. Dados de estudos conduzidos em nível municipal (*gráfico 4*)[19,23,30,40,41,44,45] mostram que usuários da APS da região Sul ainda obtêm pouco desses insumos nas UBS, com uma variação de 2,7% a 21,3%[30,41]. Esse cenário é semelhante ao da região Norte, onde apenas 3,6% dos participantes relataram adquirir os insumos por meio de prescrição médica[23]. As farmácias são fontes desses produtos para cerca de 10% dos usuários, tanto na região Sul quanto na região Norte[19,41], enquanto as casas de produtos naturais apresentam uma demanda ligeiramente maior, com percentuais variando de 19,5% a 27,5%[19,41]. Amigos, vizinhos e familiares representam uma fonte desses insumos para 3,5% a 18,3% de usuários das UBS na região Sul do País[40,41]. O cultivo próprio, no entanto, destaca-se como a principal fonte desses insumos, com variações de 51% a 89,7% na região Sul[40,41] e 60,0 a 69,6% na região Norte[19].

Gráfico 4. Dados de porcentagem de relato sobre as formas de obtenção de plantas medicinais e/ou fitoterápicos por usuários com relação às regiões nas quais os estudos foram conduzidos



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados dos artigos[19,23,30,40,41].

Nota: % reportada pelos autores dos estudos selecionados. UBSs*: dados provenientes de diferentes unidades básicas de saúde de um mesmo estudo; Fitoterápico: refere-se a produtos industrializados. A cores das barras indicam a região em que o estudo foi conduzido.

Aproximadamente um quarto dos artigos selecionados (25%) foi categorizado no eixo de percepções e conhecimentos, configurando-se como um dos temas mais explorados desta revisão[17,32,35,44-48]. Os achados sobre o uso seguro e racional da fitoterapia são abordados de forma não específica e mostram-se complementares entre si: 53% relatam conhecer os riscos do uso indiscriminado de plantas medicinais[17], 11% demonstraram saber a posologia correta[17] e cerca de 10% indicaram conhecimento sobre interações medicamentosas[21]. Conforme relato de profissionais de saúde, a maioria dos usuários do SUS (85,3%) demonstra conhecimento sobre o uso da fitoterapia[46], embora a percepção de efeitos colaterais ou adversos entre eles seja relativamente baixa, com valores na literatura de 8,3%, 12,6% e 13%[19,24,40].

As evidências sugerem que as fontes de conhecimento para a prática e uso da fitoterapia variam entre os profissionais de saúde. Estudos realizados no Nordeste e Sul do Brasil indicam que muitos profissionais de saúde se baseiam no princípio ativo (33%) e no uso de bula[21], na cultura popular[47,48] ou em informações familiares[33]. A aquisição de conhecimento institucionalizado ainda é mesclada com fontes informais, como a escuta terapêutica ou representantes comerciais[18,45,48].

Entre os usuários do Norte do Brasil, observou-se que 65% dos respondentes da

UBS1 e 17,5% da UBS2 obtêm informações sobre a fitoterapia observando os vizinhos[19]. No Nordeste, 73,1% das informações provêm de familiares, 13% de amigos e vizinhos, e 10,2% de consultas a livros, internet e televisão[24]. Embora a fitoterapia valorize o conhecimento popular[47], o modelo biomédico predominante na formação e atuação dos profissionais de saúde é frequentemente apontado como um obstáculo à troca de saberes[23,32,44].

A maioria dos trabalhos que abordam o conhecimento de políticas como a PNPMF, a PNPIC e a Rename por parte dos profissionais de saúde foi realizada em nível municipal, predominantemente, no Sul do Brasil[20,22,28,33]. Um estudo realizado em um município dessa região apontou que 76% dos profissionais da APS têm conhecimento sobre a PNPMF[20]. Em contrapartida, o conhecimento sobre a PNPIC[22,28,33] e a Rename[20,22,33,38] entre profissionais da região Sul mostrou-se um pouco mais reduzido, variando entre 18,7% e 65,6%. Ademais, somente 13,5% dos agentes comunitários de saúde, 41,7% dos enfermeiros e 47,6% dos médicos estão familiarizados com a política PNFM, conforme pesquisa realizada em município no Sudeste[26]. A falta de conhecimento sobre essas políticas também foi evidenciada nos estudos qualitativos com enfermeiros no Nordeste e Sul do Brasil[29,42,45].

De modo geral, tanto profissionais de saúde quanto usuários têm percepções positivas sobre diversos aspectos da fitoterapia, como eficácia e motivação para o uso[17,20,30,33,41]. Profissionais de saúde relatam satisfação com a prática da fitoterapia e alta aprovação para sua implementação no SUS[21]. Eles demonstram confiança no potencial de cura da fitoterapia[39], embora a crença (92%)[38] ou efetividade varie consideravelmente, entre 38% e 96,2%[17,33]. Profissionais de saúde percebem que pacientes têm interesse em usar a fitoterapia (70,7% e 90%)[20,33] e observam o cultivo/uso de plantas medicinais pela população (76,9% a 33,3%)[26].

Essas percepções são apoiadas por pesquisas com usuários, nas quais, 89,3% acreditam na efetividade do uso de plantas medicinais e veem vantagens com relação aos medicamentos industrializados, considerando-as uma terapia natural (48,6%) ou menos agressiva (20%)[30]. Além disso, os usuários relatam motivos para o uso, como a promoção de cura (38% a 58,8%), a crença de que são inofensivas (14,7% a 36,1%) ou simplesmente por preferência pessoal (16,4% a 29,6%)[30,40].

Discussão

Esta revisão foi concebida para mapear o cenário da fitoterapia no Brasil, com base em estudos conduzidos com profissionais e usuários da APS do SUS, e traz um olhar estruturado das evidências sobre as categorias temáticas que abrangem financiamento, gestão e políticas públicas, força de trabalho, práticas e processos de trabalho, uso e obtenção de plantas/fitoterápicos e percepções e conhecimentos.

Os critérios utilizados revelam uma abrangência de trabalhos realizados no nível municipal, a maior parte com desenho transversal, utilizando entrevistas face a face, profissionais de saúde como respondentes e com destaque para a seleção de estudos publicados uma década após a implementação das políticas públicas.

A revisão de escopo reúne evidências sobre um tema, mas não avalia a qualidade dos estudos incluídos[13]. Neste trabalho, contudo, a avaliação foi complementar e realizada com o objetivo de fornecer informações descritivas adicionais e contextualizar os achados. Essa análise foi conduzida posteriormente, a partir da aplicação de dois critérios: i) ponto de corte Qualis B3; e ii) inclusão exclusiva de pesquisas desenvolvidas em nível municipal. Embora os periódicos apresentem boas classificações, a falta de informações, como o número de unidades participantes e detalhes dos métodos de análise, aponta para a necessidade de maior rigor e orientação no processo de revisão por pares, essenciais para a compreensão adequada do estudo.

A escassez de dados sobre financiamento, institucionalização e gestão corrobora o cenário de fragilidade no apoio a projetos de fitoterapia no País. Dados recentes mostram que o Ministério da Saúde apoiou apenas 49 projetos entre 2019 e 2023 para estruturar a AF em fitoterapia, abrangendo menos de 1% dos municípios brasileiros[49]. Essa conexão destaca a importância de os programas de fitoterapia incorporarem os princípios de sustentabilidade, uma questão que vai além do aspecto financeiro, abrangendo, também, aspectos estruturais essenciais para sua consolidação.

A gestão de medicamentos, incluindo a seleção e aquisição de insumos fitoterápicos, não foi abordada nos estudos desta revisão. Por outro lado, a literatura mais recente, não identificada nas buscas desta revisão, aponta que, em 2021, a aquisição de fitoterápicos industrializados ocorreu sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, por meio de pregões públicos. Esse padrão coincide com o relatório do projeto 'Cartografia da Fitoterapia no SUS', desenvolvido pelo ObservaPICS[50], que mapeou os serviços públicos e a localização das empresas produtoras desses medicamentos no Brasil[9]. Os autores destacam a necessidade de ampliar a presença desses medicamentos na Rename por meio de revisão criteriosa da lista[9]. Dados nacionais mostram que o percentual de municípios que adquiriram fitoterápicos da Rename passou de 17,6% (2019) para 24,6% (2023), embora persista demanda reprimida por itens fora dessa lista, comprados por decisão local[49]. Apesar do papel orientador da Rename na Política Nacional de Medicamentos, é a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) que efetivamente define a disponibilidade no âmbito da APS. A ausência de fitoterápicos nas Remume, mesmo quando contemplados nacionalmente, configura barreira à implantação, sobretudo em contextos de menor capacidade técnica ou baixa priorização da gestão, além de municípios sem atuação de Comissões de Farmácia e Terapêutica, como já registrado na APS brasileira[51].

Embora a metodologia utilizada nesta revisão tenha resultado na seleção de apenas um artigo sobre a disponibilidade, os baixos índices observados neste estudo regional[34] são consistentes com a média nacional, que revela apenas 8,8% de disponibilidade física dos fitoterápicos listados na Rename e com baixa oferta, isto é, o máximo de 15% de disponibilidade dos fitoterápicos individualmente[52]. Essas limitações na oferta podem ser complementadas pela ausência de estudos sobre fitoterápicos magistrais nesta revisão, que pode estar relacionada a fragilidades locais, como barreiras estruturais e restrições financeiras enfrentadas pelas gestões municipais.

A literatura selecionada indica que a deficiência de infraestrutura e a falta de recursos humanos são fatores que dificultam a implementação segura da fitoterapia, apesar de ser considerada uma prática de baixo custo, viável e benéfica, com potencial para reduzir os gastos públicos[20,45,46]. A baixa oferta de procedimentos realizados como 'Tratamento Fitoterápico' na APS (n = 44, dados parciais de 2019)[49], embora possa refletir subnotificação nos Sistemas de Informação em Saúde, contrasta com o elevado número de atividades e procedimentos coletivos declarados oficialmente[4], ambos os tipos de prática ainda não abordados nos artigos revisados. Esses dados sugerem que a prática especializada em fitoterapia para tratamentos fitoterápicos é mais rara, possivelmente demandando um nível de conhecimento mais aprofundado ou formalmente reconhecido em comparação com atividades coletivas, como palestras, rodas de conversa ou oficinas.

As capacitações em fitoterapia descritas nos estudos selecionados têm ocorrido de forma limitada, geralmente em resposta a demandas locais e com curta duração[22,25,35]. As evidências apontam para a necessidade de fomentar continuamente temas como conhecimento sobre riscos, interações, posologia, efeitos adversos e colaterais, além de reforçarem práticas relacionadas à higiene e à qualidade de cultivo, considerando que a obtenção desses produtos

pelos pacientes se dá, principalmente, por cultivo próprio. Os esforços do Ministério da Saúde têm sido voltados para a oferta de cursos para profissionais de saúde na modalidade EAD (educação à distância), como o de 'Atualização em Fitoterapia', que registra baixo nível de conclusão, com apenas 30% dos inscritos obtendo certificados. Também se registra redução geral de inscritos e certificados emitidos desde 2021 para todos os outros cursos[50]. Reconhecendo a complexidade de cursos à distância, o Ministério da Saúde tem promovido novas abordagens, tais como cursos de fitoterapia Clínica, voltados para profissionais prescritores do SUS[49]. Embora seja frequentemente considerada uma prática acessível, a aplicação efetiva da fitoterapia é bastante complexa, pois exige uma ampla gama de conhecimentos que abrangem desde botânica e farmacologia até a compreensão dos contextos culturais e sociais dos pacientes. Portanto, os cursos devem ser destinados a fortalecer a confiança dos profissionais em suas práticas, além de consolidados como parte da educação continuada nos municípios e integrados aos seus territórios, incorporando práticas de vivências.

Observa-se, também, uma lacuna no conhecimento das políticas públicas por parte dos profissionais de saúde na APS após todos esses anos[20,22,28,29,33,38,42,45]. São indícios de que a maior parte dos profissionais de saúde não tem plena consciência das ações governamentais em fitoterapia nem das possibilidades de atuarem como agentes influenciadores nas decisões locais e no fortalecimento de serviços que promovam a eficiência dessas políticas.

Os artigos analisados apontam uma autodeclaração de uso de fitoterapia na APS geralmente mais elevada em comparação com estudos baseados em dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019, que reportaram uma prevalência de uso 2,5% e 3% nos últimos 12 meses[53,54]. Essa diferença marcante pode ser atribuída a diversos fatores, como as características sociodemográficas e de saúde das populações analisadas nos diferentes estudos e, principalmente, a ausência de um período definido de recordação em muitos dos artigos revisados com relação aos estudos nacionais[53,54].

A baixa obtenção de insumos de fitoterapia pelos usuários da APS[30,41] está em consonância com o elevado relato de cultivo próprio de plantas medicinais[19,40,41] e recomendação de uso por amigos e familiares[19]. O uso e o cultivo dessas plantas são profundamente enraizados na cultura humana, envolvendo a troca e a transmissão de saberes, especialmente por meio das mulheres, e encontram suporte em percepções amplamente favoráveis à prática[30,40]. No entanto, o cenário de baixa disponibilidade de insumos de fitoterapia no SUS pode, paradoxalmente, estimular a autossuficiência no cultivo e no uso de plantas medicinais, apesar da crescente demanda por produtos naturais[49]. É imprescindível considerar que a primarização da economia brasileira nas últimas décadas, caracterizada por um processo estrutural de desindustrialização prematura, no qual a participação da indústria de transformação no PIB caiu de aproximadamente 30% em 1985 para cerca de 10% em 2020, associada ao enfraquecimento da capacidade produtiva nacional, tem contribuído para fragilizar o abastecimento de insumos necessários à fitoterapia. Esse cenário, por consequência, limita a consolidação dessa prática em nível local e restringe sua oferta no âmbito do SUS[55,56].

Para superar as lacunas no uso da fitoterapia na APS, é necessário que iniciativas estruturadas e lideradas pelo Ministério da Saúde fortaleçam, de forma integrada, a AF. Estudos apontam um distanciamento entre políticas públicas e a realidade municipal, evidenciado pela escassez de Comissões de Farmácia e Terapêutica, deficiências em sistemas informatizados e ausência de normas para prescrição e dispensação[57].

Uma proposta é criar estratégias de capacitação voltadas a prescritores e equipes responsáveis pela aquisição de insumos e equipamentos para Farmácias Vivas, qualificando

não apenas a compra, mas, também, a produção de fitoterápicos e fortalecendo o papel dessas unidades na promoção da saúde.

A literatura ressalta que a fitoterapia, ao integrar práticas tradicionais e científicas, apresenta potencial terapêutico, mas exige abordagem técnica e culturalmente abrangente para garantir eficácia e segurança. O governo, ao instituir políticas de incentivo, pode não ter considerado a complexidade desse campo. Farmácias Vivas poderiam ser orientadas ao cuidado integral, com foco na promoção da saúde, integração de saberes locais e ações educativas, enquanto fitoterápicos industrializados seriam mais adequados ao manejo de doenças crônicas, pela necessidade de padronização e rigor regulatório. É fundamental que esses requisitos sejam amplamente debatidos, com engajamento do governo federal e das partes interessadas.

Além disso, as inovações tecnológicas da última década, amplamente discutidas em sistemas de saúde globais, ainda não foram plenamente incorporadas pelo SUS, limitando a capacidade de monitorar demandas e decisões estratégicas[58]. Um sistema informatizado, desenvolvido em nível nacional e adaptado às necessidades locais, poderia reunir sugestões de prescritores, divulgar critérios técnicos e epidemiológicos utilizados nas decisões das seleções dos medicamentos, incluindo os fitoterápicos, e promover maior transparência e rastreabilidade. Essas ferramentas fortaleceriam a gestão, aumentando a eficiência e o alinhamento entre políticas públicas e as práticas locais, como ressaltam estudos que destacam a importância de tecnologias digitais na saúde pública.

O panorama baseado na análise dos artigos selecionados revela lacunas em dados, recursos e iniciativas que, corroboradas por relatórios governamentais[4,49], apontam para uma convergência de fatores que têm restringido a fitoterapia como prática de saúde acessível e sustentável no contexto nacional. A sua expansão como recurso terapêutico e a democratização do acesso aos cuidados integrativos em saúde exigem não apenas investimentos financeiros e técnicos significativos, mas, também, uma abordagem estratégica para assegurar sua implementação eficaz e abrangente.

Como limitações deste estudo, destacam-se a seleção somente de artigos com base na categoria Qualis das revistas, bem como a restrição às pesquisas que abrangeram mais de uma Unidade Básica de Saúde ou unidade da APS. Adicionalmente, os termos de busca podem não ter abrangido toda a literatura científica disponível. Por fim, a extração dos dados foi realizada por um único autor do estudo, e a análise crítica pode ter sido, em parte, influenciada pelo conhecimento prévio das autoras.

Conclusões

Os resultados sugerem que os avanços da fitoterapia têm sido limitados na APS no Brasil, com o desenvolvimento de iniciativas isoladas e locais apontadas pelo predomínio de publicações de estudos realizados em nível municipal e oriundas de duas regiões do País: Sul e Nordeste.

A revisão evidenciou que apenas um estudo abordou o financiamento, revelando a pouca atenção dada a esse aspecto. Com relação à gestão e às políticas públicas, poucos trabalhos exploraram a institucionalização, a gestão estratégica e a logística de aquisição de fitoterápicos, incluindo processos vinculados à Rename e às Remume, sendo os dados sobre a oferta no SUS escassos e heterogêneos. No eixo da força de trabalho, destacou-se a carência de capacitação, embora experiências pontuais tenham demonstrado impacto positivo e valorizado a educação permanente. Quanto às práticas e aos processos de trabalho, a prescrição permanece pouco frequente, e não foram identificados, nesta revisão, estudos que relatassem acompanhamento sistemático dos usuários ou atividades estruturadas de vigilância relacionadas à fitoterapia, sugerindo que carecem de maior consolidação no SUS. O

uso e a obtenção da fitoterapia mostraram-se vinculados sobretudo a práticas cotidianas e redes informais, tanto de profissionais quanto de usuários, reforçando evidências de sua baixa integração ao SUS.

Já percepções e conhecimentos, eixo mais explorado, revelaram avaliações positivas de profissionais e usuários sobre a fitoterapia, mas também evidenciaram lacunas no conhecimento sobre riscos, interações medicamentosas e políticas públicas, além da predominância da cultura popular sobre as fontes formais de informação.

Os achados apontam para a necessidade de suporte educativo que proporcione a segurança na prescrição e na orientação aos usuários do SUS, bem como para uma reavaliação das estratégias de promoção da fitoterapia. Embora seja considerada uma prática simples pela herança cultural, sua efetivação na APS exige articulação entre diferentes saberes e a organização de uma cadeia complexa de ações.

Agradecimentos

Ao Instituto René Rachou, pelo apoio institucional para a realização deste estudo.

Colaboradoras

Cota BB (0000-0002-0041-2043)* contribuiu para concepção do estudo, coleta, extração, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Luz TCB (0000-0003-1323-3105)* contribuiu para concepção do estudo, elaboração do texto, revisão intelectual e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 jun 23; Edição 119; Seção I:2.

2. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 maio 4; Edição 84; Seção I:20-5.

3. Ministério da Saúde (BR). Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica [Internet]. Cadernos de Atenção Básica, 31. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2024 jan 22]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pnpmf/publicacoes/cadernos-de-atencao-basica-2013-praticas-integrativas-e-complementares-plantas-medicinais-e-fitoterapia-na-atencao-basica/@@download/file

4. Ministério da Saúde (BR). Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2023 jan 26]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pics/Relatorio_Monitoramento_das_PICS_no_Brasil_julho_2020_v1_0.pdf

5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução – RDC nº 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 abr 5 [acesso em 2024 fev 12]; Edição 65; Seção I;67-71. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/pnpmf/orientacao-ao-prescritor/Publicacoes/resolucao-rdc-no-18-de-3-de-abril-de-2013.pdf/@@download/file

6. Camargo EES, Silva JV, Nunes MLA, et al. Avaliação situacional dos programas brasileiros de farmácias vivas. Res Soc Dev 2023;12(3):e0312340264. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40264

7. Villas Bôas GK, Santos JPC, Rezende MA, organizadores. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Revisitada [Internet]. Rio de Janeiro: CIBS; 2023 [acesso em 2024 fev 4]. 60 p.: il. color. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/20230629_pnpmf_revisitada_-_redesfito.pdf

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 fev 4]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf

9. Silva GG, Léda PH O, Oliveira DR. Fitoterápicos disponíveis na RENAME e aquisição pelo SUS: uma contribuição para análise da PNPM. Rev Fitos. 2022;16(4):465-78. DOI: https://doi.org/10.32712/2446-4775.2022.1364

10. Frickmann FSS, Ropke CD, Oliveira ACD, et al. Desenvolvimento tecnológico de fitoterápicos no Brasil: um mercado possível para os bioprodutos amazônicos. Rev Fitos. 2024;18(3):e1117. DOI: https://doi.org/10.32712/2446-4775.2024.1117

11. Hasenclever L, Paranhos J, Costa CR, et al. A indústria de fitoterápicos brasileira: desafios e oportunidades. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(8):2559-69. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.29422016

12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Anuário Estatístico do Mercado Farmacêutico [Internet]. Brasília, DF: Anvisa; 2023 [acesso em 2024 fev 11]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/medicamentos/cmed/anuario-estatistico-2022

13. Aromataris E, Munn Z, editores. JBI manual for evidence synthesis. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

14. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. BMJ. 2007;335(7624):806-8. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD

15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349-57. DOI: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

17. Caboclo EKD, Sousa AR, Santos JB, et al. Fitoterápicos e plantas medicinais na prática dos profissionais de saúde em unidades de Estratégia Saúde da Família. Rev Ciên Méd Biol. 2022; 21(2):211-7. DOI: https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i2.47704

18. Diniz FR, Ceolin T, Oliveira SG, et al. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. Cienc Cuid Saude. 2022;21:e60462. DOI: http://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v21i0.60462

19. Góes ACC, Silva LSL, Nascimento MTA, et al. Uso de plantas medicinais por usuários de um serviço de atenção primária à saúde. Saúde Coletiva (Barueri) [Internet]. 2023 [acesso em 2023 dez 16];12(77). Disponível em: https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2559

20. Zeni ALB, Galvão TCL, Sasse OR. Capacitação de profissionais na atenção primária em saúde: um ca-

minho para a promoção da fitoterapia. Rev Baiana Saúde Pública. 2021;45(3):70-91. DOI: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n3.a3424

21. Bezerra ASCE, Franco SPB, Mousinho KC, et al. Situational diagnosis of professionals of family health units on phytotherapy. Braz J Biol. 2020;81(3):551-6. DOI: https://doi.org/10.1590/1519-6984.224763

22. Galhoto R, Barba FFM, Zeni F, et al. Perspectivas e desafios dos profissionais na inserção da prática plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária à Saúde, no município de Gaspar, SC. Rev APS [Internet]. 2021 [acesso em 2023 dez 16]; 24(4):727-45. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/28743/24631

23. Vale CMGCD, Freitas VFD, Silva ARDS, et al. Uso de plantas medicinais por usuários da Atenção Primária à Saúde em Mossoró/RN: contribuição para profissionais prescritores. Rev Fitos. 2021;15(2):178-91. DOI: https://doi.org/10.32712/2446-4775.2021.1071

24. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CRD, et al. Oferta de práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia saúde da família no Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(1):e00208818. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00208818

25. Haraguchi LMM, Sañudo A, Rodrigues E, et al. Impacto da capacitação de profissionais da rede pública de saúde de São Paulo na prática da fitoterapia. Rev Bras Educ Med. 2020;44(1):e016. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190190

26. Rodrigues ML, Campos CEA, Siqueira BA. A fitoterapia na Atenção Primária à Saúde segundo os profissionais de saúde do Rio de Janeiro e do Programa Mais Médicos. Cad Ibero-Am Direito Sanit. 2020;9(4):28-50. DOI: https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.637

27. Soares RD, Pinho JRO, Tonello AS. Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde do Maranhão. Saúde debate. 2020;44(126):749-61. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012612

28. Savaris LE, Böger B, Savian AC, et al. Práticas integrativas e complementares-análise documental e o olhar de profissionais da saúde. Rev Bras Promoç Saúde. 2019;32:9439 DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9439

29. Soares DP, Coelho AM, Silva LEA, et al. Política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde: discurso dos enfermeiros da atenção básica. R Enferm Cent O Min. 2019;9:e3265. DOI: http://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3265

30. Gribner C, Rattmann YD, Gomes EC. Use of industrialized herbal medicines by patients attended at the basic health units in the County of Pinhais, Paraná, Brazil. Bol Latinoam Caribe Plantas Med Aromát [Internet]. 2018 [acesso em 2023 dez 18];17(3):238-48. Disponível em: https://www.blacpma.usach.cl/sites/blacpma/files/articulo_1_-_1391_-_238_-_248.pdf

31. Lima CDA, Santos AMVDS, Messias RB, et al. Práticas integrativas e complementares: utilização por agentes comunitários de saúde no autocuidado. Rev Bras Enferm. 2018;71(Supl 6):2842-8. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0078

32. Matos PC, Laverde CR, Martins PG, et al. Práticas integrativas complementares na atenção primária à saúde. Cogitare Enferm. 2018;23(2):e54781. DOI: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.54781

33. Mattos G, Camargo A, Sousa CAD, et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(11):3735-44. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016

34. Caccia-Bava MDCGG, Bertoni BW, Pereira AMS, et al. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ciênc saúde coletiva. 2017;22(5):1651-9. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.16722015

35. Ceolin S, Ceolin T, Casarin ST, et al. Plantas medicinais e sua aplicabilidade na atenção primária à saúde. Rev APS. 2017;20(1):81-8. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15812

36. Ferreira LLC, Matos JL, Oliveira DRD, et al. Incentivo governamental para Arranjos Produtivos Locais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no âmbito do SUS. Rev Fitos. 2017;11(1):54-61. DOI: http://10.5935/2446-4775.20170015

37. Losso LN, Freitas SFTD. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde debate. 2017;41(3):171-87. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042017S313

38. Silva Júnior JNB, Guedes HCS, Silva VCL, et al. A enfermagem e a utilização de plantas medicinais no âmbito da atenção básica. Rev Ciênc Saúde Nova Esperança [Internet]. 2017 [acesso em 2024 fev 12];15(3):61-8. Disponível em: http://www.revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/71

39. Sousa IMCD, Tesser CD. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cad Saúde Pública. 2017;33(1):e00150215. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00150215

40. Szerwieski LLD, Cortez DAG, Bennemann RM, et al. Uso de plantas medicinais por idosos da atenção primária. Rev Eletr Enf. 2017;19:a04. DOI: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.42009

41. Zeni ALB, Parisotto AV, Mattos G, et al. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2017;22(8):2703-12. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.18892015

42. Souza ADZ, Heinen HM, Amestoy SC, et al. O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária e a Política Nacional de Plantas Medicinais/Fitoterápicos. Rev Bras Pl Med. 2017;18(2):480-7. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-084X/15_176

43. Colet CF, Cavalheiro CAN, Molin GTD, et al. Uso de plantas medicinais por usuários do serviço público de saúde do município de Ijuí/RS. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015 [acesso em 2023 dez 19];10(36):1-13. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/930

44. Varela DSS, Azevedo DM. Opinião de médicos e enfermeiros sobre o uso da fitoterapia e plantas medicinais na Atenção Básica. Rev APS [Internet]. 2015 [acesso em 2023 dez 19];17(2):204-13. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15289/8063

45. Sampaio LA, Oliveira DR, Kerntopf MR, et al. Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. REME Rev. Min Enferm. 2013;17(1):76-84. DOI: https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130007

46. Fontenele RP, Sousa DMPD, Carvalho ALM, et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(8):2385-94. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800023

47. Bruning MCR, Mosegui GBG, Vianna CMDM. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. Ciênc saúde coletiva. 2012;17(10):2675-85. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000017

48. Rosa CD, Câmara SG, Béria JU. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. Ciênc saúde coletiva. 2011;16(1):311-8. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100033

49. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Saúde: PNS 2024-2027 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2024 set 19]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027/@@download/file

50. Carlessi P, Sousa IMC. Cartografia da fitoterapia no SUS: dos itinerários do fazer às alianças do saber [Internet]. Recife: ObservaPICS: Instituto Aggeu Magalhães; 2022 [acesso em 2025 ago 25]. Disponível em: https://observapics.fiocruz.br/produtos/relatorios/cartografia-da-fitoterapia-no-sus/

51. Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MMMA, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51(2):9s. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007065

52. Nascimento RCRMD, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Pública. 2017;51(2):10s. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007062

53. Boing AC, Santiago PHR, Tesser CD, et al. Prevalence and associated factors with integrative and complementary practices use in Brazil. Complement Ther Clin Pract. 2019;37:1-5. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.07.009

54. Faisal-Cury A, Oliveira Rodrigues DM. Prevalence and associated factors with traditional, complementary and integrative medicine in Brazil: A population-based study. Eur J Integr Med. 2022;53:102146. DOI: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4037178

55. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contas nacionais trimestrais: indicadores de volume e valores correntes. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.

56. Borghi RAZ. Crescimento e estagnação do Brasil: contribuições do professor Bresser-Pereira. Cad Gest *Pública Cid. 2024;29:e90177. DOI:* https://doi.org/10.12660/cgpc.v29.90177

57. Luz TCB, Tavares NUL. Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal: uma síntese de evidências no contexto da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou; 2023 [acesso em 2024 jan 19]. 247 p. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/59920

58. Vilasbôas ALQ, Oliveira DC, Silva RR, et al. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. Saúde debate. 2024;48(Esp 2):e9249. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/2358-28982024E29249P

Recebido em 06/01/2025
Aprovado em 02/10/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

saúde EM DEBATE

ARTIGO DE OPINIÃO

O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil

The hijacking of politics: Impacts of parliamentary amendments for democracy, federalism, and public health in Brazil

Sonia Fleury[1], Arnaldo Lanzara[2], Luciene Burlandy[2], Mônica de Castro Maia Senna[2], Fernanda Pernasetti[3], Rodolfo Scotelaro Porto Darrieux[4], Luiz Antonio da Silva Neves[5], Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato[2], Virgínia Maria Dalfior Fava[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710824P

RESUMO Este artigo analisa as implicações da crescente centralidade das Emendas Parlamentares (EP) no orçamento público brasileiro, com ênfase em suas repercussões sobre o sistema político, o pacto federativo e as políticas de saúde. Por meio de levantamento bibliográfico e análise documental, o texto apresenta a trajetória das EP, desde sua função original de fortalecimento do Legislativo até sua consolidação como instrumento de barganha e redistribuição de poder. Argumenta-se que a ascensão das EP provocou um deslocamento institucional do Executivo para o Legislativo, aprofundando distorções na governança orçamentária, na relação entre os Poderes e nas dinâmicas intergovernamentais. A judicialização dos conflitos, a fragmentação do planejamento e o enfraquecimento do papel coordenador do Executivo emergem como consequências desse processo. No campo da saúde, a obrigatoriedade de execução das EP e sua lógica distributiva, desconectada de critérios técnicos, têm comprometido o financiamento equitativo e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. O artigo conclui que o modelo atual de alocação orçamentária, baseado em emendas impositivas e de execução opaca, enfraquece a capacidade estatal de indução de políticas públicas, já debilitada pelas medidas de ajuste fiscal, aprofunda desigualdades regionais, fomenta o clientelismo e ameaça os princípios democráticos da política orçamentária.

PALAVRAS-CHAVE Emendas parlamentares. Orçamento fiscal. Federalismo. Política pública. Alocação de recursos para a atenção à saúde.

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
virginiafava@gmail.com

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

[3] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[4] Centro de Educação Superior a Distância do Estado do Rio de Janeiro (Cederj) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[5] Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA) – Volta Redonda (RJ), Brasil.

ABSTRACT *This study examines the implications of the growing centrality of parliamentary amendments (PAs) in Brazil's public budget, with emphasis on their repercussions on the political system, the federal arrangement, and health policies. Drawing on a literature review and documentary analysis, the research traces the trajectory of PAs, from their original function of strengthening the legislative branch to their consolidation as instruments of political bargaining and power redistribution. It argues that the expansion of PAs has triggered an institutional shift from the executive to the legislative branch, deepening distortions in budgetary governance, in the balance of powers, and in intergovernmental dynamics. Judicialization of conflicts, the fragmentation of planning, and the weakening of the executive's coordinating capacity emerge as consequences of this process. In the health sector, the mandatory execution of PAs and their distributive logic, detached from technical criteria, have compromised equitable funding and the sustainability of the Brazilian Unified Health System (SUS). The article concludes that the current model of budget allocation, based on mandatory and opaque implementation procedures, undermines the state's capacity to formulate public policies, already weakened by fiscal austerity measures, exacerbates regional inequalities, fosters clientelism, and threatens the democratic foundations underlying budgetary policy.*

KEYWORDS *Parliamentary amendments. Legislative. Fiscal budget. Federalism. Public policy. Health care rationing.*

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

As Emendas Parlamentares (EP) ocupam cada vez mais os debates políticos e os estudos acadêmicos, haja vista o crescente volume de recursos discricionários que lhes são atribuídos. Tal dinâmica tem implicado alterações nas relações interfederativas derivadas de tensões entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e repercutido nas políticas públicas, em especial na área da saúde. Originalmente, as EP foram concebidas como um recurso de aprofundamento democrático para que o Legislativo pudesse contrabalançar o poder do Executivo em matéria orçamentária[1], funcionando, ao longo do tempo, como um mecanismo importante de negociação no contexto de formação das coalizões governamentais de um sistema presidencialista (majoritário) com elevada fragmentação partidária representada nas Casas Legislativas (proporcional). No entanto, com a evolução da trajetória das EP em relação às prerrogativas e ao poder atribuído ao Legislativo na gestão do orçamento público, o Brasil passou a distinguir-se tanto dos países de regime parlamentarista quanto dos semipresidencialistas e presidencialistas[2].

Este artigo teve como objetivo analisar como a crescente centralidade das EP, no orçamento público brasileiro, vem repercutindo em processos político-institucionais que afetam as relações entre poderes do Estado, níveis de governo e políticas públicas estratégicas, como a política de saúde. O estudo baseou-se na análise de documentos de domínio público, promulgados pelos três poderes do Estado (Executivo, Legislativo e Judiciário) e obtidos nos *sites* oficiais de governo, além de artigos acadêmicos e matérias de imprensa tradicional que versam sobre as EP. Para construir a argumentação aqui apresentada, foram selecionados documentos cujo conteúdo contribuiu para: sistematizar a trajetória histórica das EP no País; identificar pontos de conflito entre os poderes de Estado; identificar repercussões nas relações interfederativas e na política de saúde.

Além desta introdução e da conclusão, o texto está estruturado em três seções analíticas. A primeira apresenta a trajetória das EP, detalhando sua evolução histórica, tipologias e marcos normativos. A segunda analisa os efeitos político-institucionais das EP, abordando suas implicações no funcionamento do Parlamento, nos processos eleitorais, no equilíbrio entre os Poderes da República, no pacto federativo e na política pública de saúde, que vem sendo afetada pelas EP em relação ao financiamento, equidade e governança do Sistema Único de Saúde (SUS). A conclusão retoma os principais achados e problematiza o papel das EP na desorganização do sistema político brasileiro.

Trajetória das emendas parlamentares no Brasil

As EP estão previstas no ordenamento jurídico brasileiro desde a Constituição Federal de 1946 (CF/1946), mas a sua utilização foi cerceada no bojo da estratégia de controle e concentração do poder nacional pelos militares à frente do Executivo, no governo ditatorial militar, entre 1964 e 1985[3]. No contexto da redemocratização, as EP voltaram a ser aceitas na comissão mista de orçamento apenas sob a forma de emendas de bancada e exclusivamente visando à anulação de despesa devida a erros ou omissões da peça apresentada pelo Poder Executivo, ou ainda por incompatibilidade com o planejamento estratégico do governo federal[4].

Com o fim do regime militar e a reabertura democrática, a CF/1988 procurou ampliar a participação social no escopo das decisões orçamentárias. Um dos instrumentos dessa tendência foi o fortalecimento das EP, por meio da criação de duas novas modalidades: as EP individuais e de comissão – ainda que sem obrigatoriedade de execução[5], em um contexto de distensão da lógica centralizadora que havia marcado as décadas anteriores como aposta na representatividade política do

Legislativo nacional de equilibrar o peso do Poder Executivo no tema orçamentário. Desde então, o Congresso Nacional editou resoluções normativas – em 1991, 1995, 2001, 2003 e 2006 – com o objetivo de definir regras e limites para a apresentação das EP, para o funcionamento da Comissão Mista de Orçamento e para a apreciação do orçamento[6].

Atualmente, as EP são divididas em quatro tipos: as emendas individuais (RP-6), que são de responsabilidade de cada deputado ou senador; as de bancada (RP-7), elaboradas pelas bancadas estaduais ou regionais de parlamentares; as de comissão (RP-8), propostas pelas comissões permanentes de cada casa do Congresso Nacional; e as de relator (RP-9), de autoria do parlamentar designado para relatar a Lei Orçamentária Anual (LOA). As EP individuais podem, ainda, ser classificadas em: a) emendas de transferência com finalidade definida, quando indicam uma ação orçamentária específica; ou b) emendas de transferência especial (popularmente conhecidas como 'emendas pix'), quando não estão vinculadas a projetos específicos, mas alocadas diretamente a um determinado município ou estado, sem necessidade de apresentação de projetos, planos ou justificativas de pertinência da alocação dos recursos. A falta de transparência nos critérios de destinação de recursos via emendas de relator (RP-9) e de clareza em relação às emendas individuais de transferência especial (RP-6), em crescimento desde 2015, deflagraram a crise do chamado 'Orçamento Secreto', ao final do governo Jair Bolsonaro (2019-2022).

Na trajetória histórica de desenvolvimento desses mecanismos de participação legislativa no orçamento público, a Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015[7] demarcou uma importante inflexão ao estabelecer a obrigatoriedade de execução das EP individuais, criando o chamado 'orçamento impositivo'. É importante lembrar que o *impeachment* da presidenta Dilma representou um aumento do poder do Legislativo ante o Executivo. Até então, todas as EP tinham caráter meramente autorizativo, ou seja, dependiam de sanção do Poder Executivo[8]. Adicionalmente, a EC 86/2015[7] definiu um teto para o valor a ser alocado por EP individuais, equivalente a 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União do ano anterior, sendo que metade desse valor deve ser destinada obrigatoriamente para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Quatro anos depois, a EC 100/2019[9] estabeleceu obrigatoriedade de execução também para as EP de bancada, e a EC 105/2019[10] instituiu as transferências especiais, que permitem a distribuição de recursos de EP individuais para prefeituras e estados sem destinação específica (emendas pix). No mesmo ano, a Lei nº 13.957/2019[11] alterou a LDO de 2020, formalizando as emendas de comissão e emendas de relator, reforçando o protagonismo desta última no contexto de ajustes ao orçamento federal elaborado pelo Executivo. A nova lei reconheceu o papel do relator-geral como autor de emendas, com possibilidade de alterar o projeto da LOA para além de ajustes técnicos, e promoveu alterações em programações existentes ou inclusão de novas (excluídas as de ordem técnica).

Como efeito prático, essas medidas aprofundaram o problema de falta de transparência e risco de clientelismo na parcela do orçamento submetida à influência legislativa, originando o chamado escândalo do 'orçamento secreto'. Também aumentou o peso do Poder Legislativo no orçamento federal, despontando o debate sobre as EP como ponta de lança do desequilíbrio dos mecanismos de gestão das coalizões políticas nacionais[12].

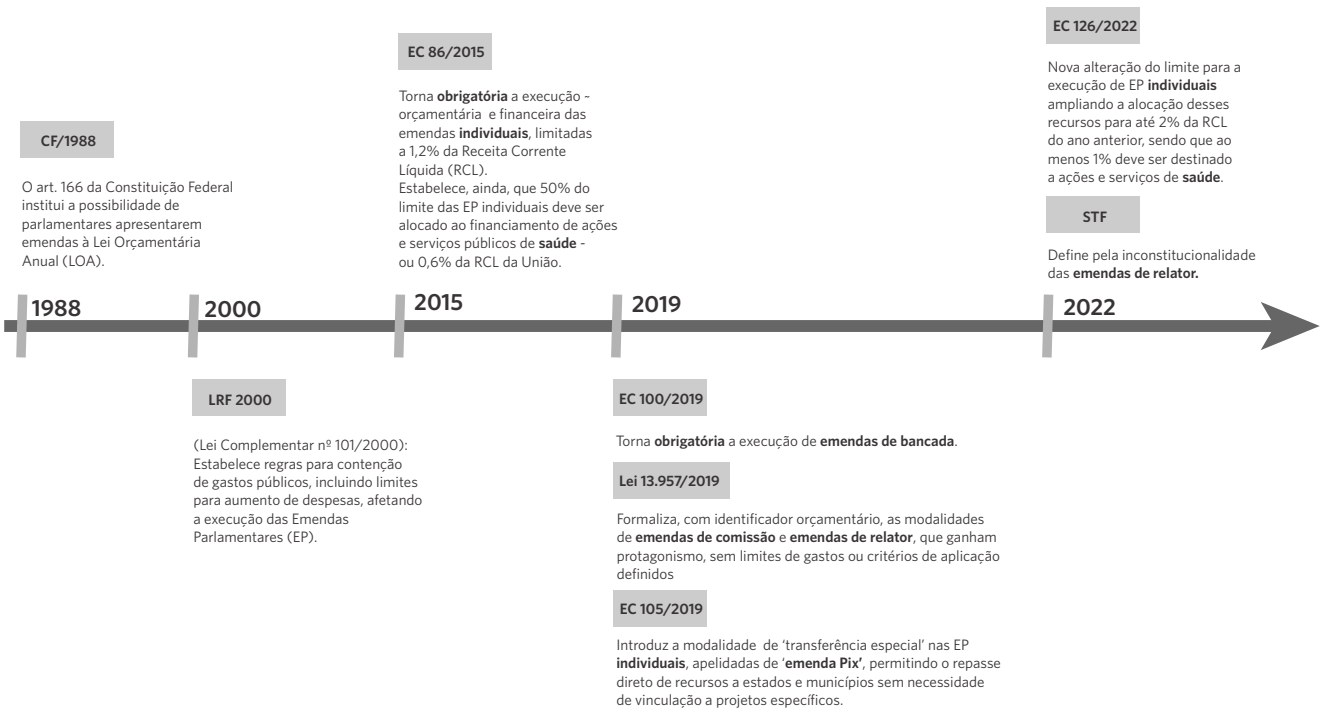
Dado o crescimento exponencial dos recursos orçamentários destinados via EP, sobretudo na área da saúde, em 2021 o Supremo Tribunal Federal (STF) recebeu diversas ações que criticavam a falta de transparência com relação aos valores, autores e aplicação dos recursos das EP de relator, sob a forma de Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 850, 851, entre outras). Em dezembro de 2022, a decisão final do Plenário do STF definiu pela inconstitucionalidade da EP de

relator, limitando-a à correção e às omissões de ordem técnica ou legal, bem como à recomposição de dotações canceladas[13].

Como resposta à Suprema Corte, o Congresso Nacional promulgou a EC 126/2022[14], que definiu a distribuição dos recursos das EP de relator para as EP individuais e para programações de execução discricionárias pelo Executivo, além de aumentar o limite de execução das EP individuais em até 2% da RCL da União, sendo metade desse recurso destinado às ASPS.

A *figura 1* sintetiza os principais pontos da trajetória de desenvolvimento das EP desde a CF/1988.

Figura 1. Linha do tempo das Emendas Parlamentares no Brasil



Fonte: elaboração própria.

O sequestro da política: as emendas parlamentares e o sistema político-institucional

A trajetória das EP evidencia a alteração da relação de poder entre Legislativo e Executivo, tanto no incremento do valor dos recursos orçamentários em mãos do Legislativo quanto no seu caráter impositivo. Para além do crescimento do valor dos recursos em diferentes modalidades de EP, esse processo teve como características a execução destes fora dos parâmetros de transparência, rastreabilidade e subordinação ao planejamento das políticas públicas, o que acarretou a introdução do STF nessa arena política, exigindo que, na disposição de recursos orçamentários, as normas

constitucionais que regem a administração pública sejam seguidas por todos os Poderes.

Além da perspectiva jurídica, importa assinalar o impacto político, em diferentes âmbitos e níveis das relações intergovernamentais, que tais alterações provocaram e que caracterizamos como o sequestro da política, pelo esvaziamento do debate político de ideias e da negociação e busca de convergência política que caracterizam a esfera pública democrática.

A substituição do debate de ideias pelo controle de recursos no Parlamento

Em dezembro de 2022, o STF, em deliberação do Plenário, declarou a inconstitucionalidade das chamadas emendas de relator. A ministra Rosa Weber, na condição de relatora, fundamentou seu voto no entendimento de que esse mecanismo afrontava princípios constitucionais basilares – notadamente os da transparência, impessoalidade, moralidade e publicidade – em razão de sua natureza anônima, que inviabilizava a identificação do proponente e a clareza quanto ao beneficiário dos recursos[13]. A partir de então, iniciou-se um processo, ainda em curso, no qual o STF cobra transparência e rastreabilidade na distribuição de recursos públicos pelo Congresso, enquanto as lideranças no Congresso buscam meios de manter maior controle na alocação dos recursos, por meio da concentração de recursos em emendas do relator e, posteriormente, em emendas de comissão.

A concentração de recursos nas emendas de relator (R$ 16,5 bilhões em 2022) esvaziou o debate político, já que a distribuição desses recursos passou a ser feita, exclusivamente, por adesão e proximidade política ao relator. A interferência do STF, visando restringir o poder discricionário do relator no manejo do orçamento secreto, levou à realocação de recursos para as emendas de comissão, como forma de fugir aos controles impostos pela decisão judicial. Atualmente, essas emendas são o principal *locus* da disputa por recursos no Congresso, sendo as sucessoras do orçamento secreto. Ao concentrar os recursos em emendas de comissão, o esvaziamento do debate político ocorre tanto pelo fato de que o plenário é o principal cenário para os grandes debates quanto, muitas vezes, pela ausência de ata da reunião da Comissão, o que prova que o tema foi ali debatido.

Na ausência das atas das reuniões das comissões, o Ministro do STF Flávio Dino[15](32) bloqueou os recursos das EP de comissão, sob o argumento de que 'jamais houve tamanho desarranjo institucional com tanto dinheiro público em tão poucos anos', estabelecendo novas exigências em relação à apresentação das atas e mobilizando a Polícia Federal para abrir inquérito e investigar o fluxo de recursos. O Congresso elaborou um plano de trabalho visando dar maior transparência às informações, permitir a rastreabilidade dos recursos e a responsabilização dos autores das EP, homologado pelo Ministro Flávio Dino e validado pela Corte do STF em março de 2025[16]. O Ministro convocou uma audiência pública, indicando que o processo de discussão sobre as emendas impositivas ainda espera colher informações técnicas antes de um julgamento final.

Esse processo evidencia a ausência do Executivo na gestão do conflito relativo à distribuição dos recursos orçamentários, cujo protagonismo foi assumido pelo STF, que exigiu o cumprimento dos preceitos constitucionais na execução das EP. Já o Legislativo buscou manter suas prerrogativas na distribuição dos recursos. O acordo final, envolvendo o Executivo e o Legislativo na submissão de uma proposta aprovada pelo STF, não indica o resgate da política, no sentido de uma ampla discussão sobre o tema, mas sim a busca de cumprimento da ordem judicial com o menor ônus para o Parlamento.

Como consequência da obrigatoriedade da destinação de 50% das EP para a saúde[7], essa área passou a ser objeto de grande disputa política, o que levou, em março de 2023[17], à divisão da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, criada em

1989, em duas: Comissão de Saúde; e Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família. Para descentralizar o poder sobre as emendas de comissão, o texto prevê ainda que cada colegiado receberá as propostas de indicação dos líderes partidários, que deverão ser votadas pelos membros das comissões[17]. O número de emendas de bancada que parlamentares de cada estado poderão indicar também foi reduzido de dez para oito. A presidência da Comissão deve aprovar as emendas, o que assegura grande poder ao presidente dessa comissão devido ao volume de recursos destinados à área de saúde.

A alimentação do ciclo do conservadorismo nas eleições municipais

Segundo a Confederação Nacional dos Municípios (CNM)[18], a eleição municipal de 2024 marcou a maior taxa de reeleição da história (81%) desde a adoção do instituto da reeleição em 1997. A maioria dos prefeitos eleitos pertencia ao mesmo partido do governador, demonstrando a força do Executivo estadual na definição da disputa municipal; e mais da metade dos municípios (55%) teve apenas um ou dois candidatos, com recorde de candidaturas únicas.

Um dos fatores que explicam esse cenário foi a distribuição de recursos dos fundos partidário, eleitoral e das EP. Estudo do Datafolha[19], realizado com base em dados do TSE e do Siga Brasil, concluiu que, nos municípios que receberam mais de R$ 2.543,70 por eleitor – três vezes o valor mediano nacional –, o índice de reeleição foi de 98%. Aqueles que receberam entre duas e três vezes o valor mediano por eleitor tiveram índice de reeleição de 91%, superior à média nacional de 85%. Isso também explica o recorde de candidaturas únicas, já que a oposição se viu sem chances de vencer o pleito.

Os municípios menos desenvolvidos receberam proporcionalmente mais emendas pix do que municípios maiores e com mais elevado nível de desenvolvimento, medido pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Enquanto municípios com baixo IDHM receberam 47% dos recursos das EP, nos municípios com índice alto ou muito alto, essa proporção caiu para 32%[20]. Uma análise mais apurada indica que, entre os 20 municípios com pior IDH, 15 não recebem recursos de EP há mais de um ano[21], provavelmente por estarem nas mãos de adversários políticos ou por apresentarem colégios eleitorais reduzidos.

Para os prefeitos, as emendas pix representam ganhos em agilidade e facilidade na liberação de recursos quando comparadas às emendas com finalidade definida, que exigem projeto, relatório de execução e evidências da inexistência de impedimento técnico. A ausência dessas exigências, contudo, dificulta o controle da sua aplicação, como questionado pelo Ministério Público Federal (MPF) e pelo STF. O MPF instaurou diversos procedimentos com o objetivo de fiscalizar e rastrear a destinação de, no mínimo, R$ 450 milhões provenientes de EP do tipo 'pix', direcionadas por deputados e senadores a municípios brasileiros[22].

Além disso, essas emendas interferem diretamente na disputa eleitoral, pois, além dos recursos dos fundos partidários e eleitoral, os municípios recebem verbas das EP de forma personalizada e não transparente. Isso fere os princípios republicanos, favorece quem já está no cargo e pode permitir, além da corrupção, a perpetuação do domínio dos coronéis locais, reproduzindo em larga escala o familismo amoral na política.

De igual modo, pode reproduzir o conservadorismo político, já que os prefeitos beneficiados pelas EP participam na divulgação dos parlamentares que os beneficiam e, assim, contribuem para sua provável reeleição à Câmara Federal em 2026. Fecha-se assim o ciclo do conservadorismo, que impede a renovação da classe política, pois, no jargão político, 'gratidão nunca prescreve'. Não se pode descartar que as políticas de austeridade do governo

federal contribuem para a dependência dos prefeitos em relação às EP, já que há escassez de recursos federais, limitando sua capacidade de indução das políticas e programas estratégicos em todas as áreas de políticas públicas, cuja execução dos serviços ocorre nos municípios.

A dinâmica orçamentária e as relações entre os Poderes

A tese de que o poder Executivo brasileiro continua fixando as regras do jogo do processo decisório, tal como é tradicionalmente o *modus operandi* do 'presidencialismo de coalizão'[23], requer revisões e análises mais aprofundadas. Também é necessário evitar os estereótipos associados à visão que identifica, na atuação do Legislativo, motivações exclusivamente distributivistas e cativas de interesses locais, que reforça a ideia de que a participação dos parlamentares no processo orçamentário é um veículo de propagação da 'irresponsabilidade fiscal'. A ideia é, no mínimo, equivocada, pois o Legislativo no Brasil, especialmente após a CF/1988, tem uma capacidade limitada de propor leis de natureza orçamentária e fiscal *vis-à-vis* o Executivo[24]. Os deputados não podem decidir como remanejar essas receitas porque os próprios dispositivos constitucionais os impedem de agir assim. Ainda que os deputados façam uso recorrente da prerrogativa de apresentar emendas ao orçamento, como destacado neste artigo, observa-se que, em termos constitucionais, sua atuação legislativa é orientada prioritariamente para matérias de política social, muitas vezes em caráter complementar a iniciativas legislativas previamente encaminhadas pelo Poder Executivo nesse âmbito[25]. Se considerarmos as leis ordinárias, sobretudo as com maiores conteúdos sociais, a iniciativa legislativa dos parlamentares, desde a CF/1988, é significativa, como destacaram Figueiredo e Limongi[26-28]. Todavia, fatores como a alocação impositiva dos recursos da EP e a aprovação em caráter de urgência do 'orçamento de guerra' para o combate à pandemia da covid-19 alteraram o cenário anterior, colocando o Legislativo em papel de maior protagonismo na legislação econômica[29].

Já o Executivo brasileiro vem perdendo sua capacidade de conduzir políticas pelo estancamento de receitas e contingenciamento de despesas, agravados por sucessivas crises econômicas e ajustes fiscais. Desde os anos 1990, mecanismos como a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e a Lei de Responsabilidade Fiscal[30] atingiram diretamente os gastos sociais, e especialmente os gastos com pessoal no âmbito das políticas sociais conduzidas pelos entes federativos. Nos anos 2000, a manutenção do tripé macroeconômico, incluindo os esforços para produção de sucessivos superávits primários, ainda que em um contexto de expansão dos investimentos públicos, manteve o padrão de condução da política macroeconômica alinhada à lógica da austeridade fiscal. O período de crise que se iniciou em 2014 aprofunda essa tendência, abrindo as portas para ajustes mais radicais e estabelecimento de arcabouços fiscais, por iniciativa do Executivo. Esses sucessivos ajustes, com destaque para a EC 95/2016 (teto de gastos), afetaram severamente as despesas programadas no âmbito dos ministérios e reduziram substantivamente as despesas para investimento. Consequentemente, os ministérios perderam muito do seu lustro e atratividade como instrumento de acomodação das coalizões e indução do comportamento parlamentar; e o Executivo se tornou um mero supervisor do ajuste fiscal.

A desorganização das despesas programadas no âmbito dos ministérios, por seu turno, incrementou a capacidade do Legislativo de organizar seu regimento interno para disputar os minguados recursos das receitas correntes líquidas, via autorização de emendas ao orçamento. Desde 1995, no contexto de criação do Plano Real, as políticas de estabilização fiscal motivaram mudanças nas regras de proposição das EP, criando fortes incentivos para que estas fossem concentradas nos relatores e apresentadas coletivamente, particularmente

pelas bancadas estaduais em detrimento das estratégias individualistas[28]. Não por acaso, tais estratégias tiveram seu espaço reduzido no período 1995-2014. O período denota governos de coalizão que buscaram, cada um a seu modo, conciliar as exigências do equilíbrio fiscal com a necessidade de manutenção, ou ampliação, dos investimentos públicos e dos gastos sociais. Ou seja, ainda havia espaço político e fiscal para o protagonismo de algumas políticas acomodadas em ministérios específicos e, nesse sentido, havia também o interesse da maioria parlamentar na execução e continuidade dessas políticas. Nesse período, ainda predominava no Legislativo um tipo de distributivismo coletivo sadio atrelado a projetos do Executivo, apesar dos constrangimentos fiscais decorrentes da estabilização monetária.

Quando há uma necessidade de o Executivo produzir ajustes, esse Poder, ao exercer sua capacidade de se antecipar a reações da sua base de apoio no Legislativo, busca acomodar os interesses dos parlamentares para emendar o orçamento, fortalecendo as emendas como instituto de barganha e estabilização de maiorias. É um processo um tanto paradoxal. Para o Executivo lograr a aprovação congressual de sua agenda relativa ao cumprimento de metas fiscais rígidas que, entre outras coisas, visam reduzir o gasto social, recorre-se ao instituto da emenda parlamentar, que incrementa esse mesmo gasto, embora por outras vias, mais discricionárias e menos orientadas pela programação dos ministérios. Como os decretos de contingenciamentos de despesas introduzem limites de gastos em um nível agregado por ministério, os parlamentares desconhecem a intenção desses órgãos quanto à execução de sua emenda, aumentando a incerteza no que se refere à disponibilidade de recursos e, consequentemente, as estratégias de blindagem para a execução de emendas individuais que, não por acaso, passam a operar de forma desvinculada de qualquer programação ministerial ou política pública mais relevante. Portanto, em um quadro de incerteza orçamentária para empreender políticas redistributivas eleitoralmente sensíveis, e sem a possibilidade de oferecer o quinhão mais generoso (a programação orçamentária dos ministérios) para acomodar sua maioria, o Executivo se vê obrigado a ceder aos impulsos centrífugos dos parlamentares, ampliando as prerrogativas do Legislativo para emendar o orçamento.

O distributivismo parlamentar individualista é, portanto, o resultado do esvaziamento não do poder institucional do Executivo, nem do seu poder de agenda, mas sim dos seus meios burocráticos para acomodar as tensões distributivas que atravessam a sociedade brasileira. A transformação das EP em impositivas, aliada ao crescente fiscalismo, enfraquece os recursos burocráticos do Executivo na negociação com o Legislativo, pois reduz sua margem de ação e aumenta o poder de barganha individual dos parlamentares. Nesse sentido, o fiscalismo provoca, propositadamente, o esvaziamento do fundo público e o desalinhamento dos poderes em torno de pautas comuns. Em suma, desde que as exigências do fiscalismo se tornaram a razão de ser do Executivo brasileiro, ambos os poderes parecem caminhar em sentidos opostos, pelo próprio fato de a burocracia do Estado deixar de funcionar como um instrumento contencioso e de direção política.

O desequilíbrio nas relações entre o Executivo e o Legislativo

O arranjo do presidencialismo de coalizão, termo cunhado por Abranches[23], funcionou enquanto houve um presidente com força política suficiente para negociar a construção de uma base de apoio, força esta advinda de sua legitimidade e popularidade diante do eleitorado e dos principais atores políticos, como no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, e no primeiro e segundo mandatos de Lula. Ademais, contava com um conjunto de recursos, como cargos nas estatais e ministérios, aliados às prerrogativas legislativas do Executivo e o poder do Colégio de Líderes.

No entanto, a partir do enfraquecimento do governo da presidenta Dilma, e sua posição refratária a negociar com o então presidente da Câmara, Eduardo Cunha, o presidencialismo de coalizão deu lugar a um tipo de presidencialismo de confrontação[31], com o Legislativo buscando desestabilizar o Executivo. Nos governos Temer, fruto da ação do Congresso para destituir a presidenta, e Bolsonaro, ambos os presidentes buscaram evitar a confrontação com o Legislativo, com o ônus do esvaziamento do poder do Executivo sobre o Orçamento e o correspondente empoderamento do Congresso por meio do controle progressivo de EP, cujo volume de recursos atingiu a cifra de R$ 52 bilhões dos recursos discricionários em 2024.

Em resumo, a alteração do equilíbrio entre Executivo e Legislativo decorreu de um conjunto de mudanças que desestabilizaram o arranjo político do presidencialismo de coalizão, incluindo o volume de recursos destinados aos fundos eleitoral e partidário. São elas:

> a: 1) Redução do poder legislativo por parte do Executivo com o estabelecimento de prazo de 60 dias para que as Medidas Provisórias enviadas pelo Executivo vigorem; se não votadas nesse período, perdem o valor; 2) Perda de controle dos líderes partidários sobre as bases, decorrente da concentração de recursos nas mãos do presidente da Câmara por meio do Orçamento Secreto, com total poder discricionário e falta de transparência; 3) Aprovação do Orçamento Impositivo, em 2015, no qual as emendas parlamentares individuais passaram a ter execução obrigatória. Consequentemente, perda de poder do Executivo para contingenciar recursos de emendas parlamentares, importante instrumento utilizado para obtenção de apoio dos parlamentares.; 4) Reformas eleitorais que forçaram o reagrupamento de partidos no Congresso, com a aprovação da cláusula de barreira e da federação de partidos, o que tem acarretado a perda de controle das lideranças sobre as bases[32].

A expectativa é que as EP sejam responsáveis por 20% de todas as despesas discricionárias federais em 2025, o que implica que o gasto de Estados e municípios somado irá superar o gasto da União. Tal descentralização dos recursos reduz ainda mais o poder do Executivo para implementação das políticas públicas, já que as emendas não entram na lógica do Plano Plurianual (PPA), pulverizando recursos em gastos paroquiais[33]. As consequências dessa alteração, com a maior capacidade de investimento e gasto em direção a estados e municípios, são percebidas na alteração do arranjo do poder político, enfraquecendo a capacidade de coordenação política do Executivo federal, aumentando a autonomia dos entes subnacionais e sua influência na política nacional. Em termos econômicos, introduz desafios fiscais, já que as políticas de austeridade e de aumento da taxa de juros comprimem os gastos do governo federal e elevam os custos da dívida para o Tesouro, mas não têm as mesmas consequências restritivas em relação aos gastos dos governos subnacionais[34].

Esse crescente embate entre um Legislativo empoderado e um Executivo debilitado pela contenção de gastos e pela perda de poder sobre parte do orçamento discricionário levou o conflito a ser transferido para o Judiciário, que, pela ação do STF, pode gerar um novo equilíbrio, diferente do presidencialismo de coalizão, mas capaz de assegurar algum nível de governança. No entanto, tal reequilíbrio, caso ocorra, não deixará de sacramentar a fragilidade do Executivo, e mesmo do presidencialismo, já que o protagonismo do judiciário é sintomático da fraqueza da burocracia para arbitrar e acomodar os interesses.

Alterações no pacto federativo e nas relações intergovernamentais

A redefinição do pacto federativo promovida a partir da CF/1988 alterou as relações intergovernamentais e trouxe uma nova institucionalidade para as políticas sociais no Brasil. No período pós-Constituinte, e até a metade dos anos 1990, verifica-se ampliação das receitas municipais, menos pelo aumento

de sua capacidade arrecadatória e mais pelas transferências constitucionais, que passaram a constituir a principal fonte de recursos para a grande maioria dos municípios. A elevação das receitas dos municípios nesse período permitiu o fortalecimento da autonomia política municipal perante os estados e a União, o que resultou em relações intergovernamentais altamente competitivas e no acirramento das desigualdades regionais.

A partir de 1995, houve uma retomada da centralidade do governo federal nas relações federativas, sendo importante frisar que a força política e fiscal da União sobre os demais entes federativos é uma das características históricas das relações intergovernamentais no País[35]. Premido pelo contexto de fortes restrições orçamentárias, dado o seu compromisso com o ajuste fiscal, o governo federal implantou uma série de medidas estruturais que fortaleceram a União e modificaram as relações intergovernamentais ao impor restrições mais rigorosas aos estados e municípios em nome do controle do déficit público. Ao mesmo tempo que a União recuperava sua participação na partilha federativa da arrecadação das receitas públicas, estados e municípios tiveram seus recursos financeiros afetados pela crise econômica e pela implantação de instrumentos legais para o controle dos gastos públicos, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal[30] e da Lei Kandir[36].

Foi nos anos 2000 que se reforçou um modelo de coordenação federativa em que há continuidade nos processos de fortalecimento institucional da União, na medida em que amplia seu controle sobre o desenho institucional das políticas públicas, ao mesmo tempo que há um aumento nas transferências intergovernamentais voluntárias, sobretudo para os municípios. Aqui cabe ressaltar que, diferentemente das transferências constitucionais, que reduzem a margem de atuação de prefeitos na tomada de decisões sobre a alocação de recursos, que já vem predeterminada, as transferências voluntárias se constituem em uma valiosa fonte de capital político na chamada barganha federativa. Isso ocorre não apenas para o Executivo dos diferentes níveis de governo, mas também para parlamentares no Poder Legislativo nacional, cuja carreira política está profundamente associada ao êxito na alocação desses recursos em suas bases eleitorais, majoritariamente formadas nos municípios.

O pacto federativo no Brasil, no entanto, tem sofrido alterações significativas na última década. A introdução do chamado 'novo regime fiscal' em 2016[37], que constitucionaliza a austeridade no Brasil, aliada ao quadro recessivo iniciado e à crise política que ganharam notoriedade no País a partir de 2014, impôs severas perdas orçamentárias aos entes governamentais, com repercussões negativas para as políticas públicas. Esse quadro agravou-se com a pandemia da covid-19, quando houve um esgarçamento das relações intergovernamentais provocado pelo presidente da República, seja por meio da omissão do governo central na condução e coordenação das ações de enfrentamento da pandemia, seja pelo tom belicoso estabelecido pelo presidente com os demais níveis de governo, configurando o que Ouverney e Fleury[29] denominam de federalismo de confrontação. Ao mesmo tempo, como salientam os autores, esse padrão de relação do governo central com os demais entes federados abriu espaço para atuação expressiva e mesmo inovadora por parte dos governos subnacionais, bem como estabeleceu novos contornos na atuação dos Poderes Legislativo e Judiciário.

Nesse contexto que combina crise fiscal, econômica e política, as EP foram gradativamente ganhando relevância também no âmbito municipal. Diante do subfinanciamento das políticas públicas, em um país de baixo crescimento econômico, e de um mecanismo de coalizão política federal baseado na troca de favores e votos, os prefeitos rapidamente passaram a buscar nas EP os recursos para seus municípios, tendo, como moeda de troca, o voto popular.

Política pública de saúde: o financiamento e equidade no SUS

O fortalecimento progressivo do Legislativo na definição do orçamento federal, especialmente por meio das EP, teve consequências estruturais para as políticas públicas. A saúde é o setor mais afetado, não apenas por ser destino obrigatório de 50% dos valores das emendas individuais desde a EC 86/2015[7], mas também por representar a área em que se verifica de modo mais evidente o esvaziamento do papel coordenador do Executivo e a fragmentação das ações estatais em função da lógica clientelista. A obrigatoriedade da execução dos recursos alocados via emendas colocou definitivamente o tema na agenda atual de discussão sobre o financiamento da saúde.

Em 2024, 66% do valor total das EP foi destinado à saúde, totalizando R$ 44,67 bilhões, o que representa um crescimento de 380% em relação a 2015, ano em que as emendas passaram a ser impositivas[38]. No entanto, esse volume não representa um aumento efetivo no financiamento estrutural do SUS. Os recursos alocados por emendas têm substituído investimentos públicos regulares e revelam uma estratégia de sobrevivência do sistema diante do arcabouço fiscal, que limita a capacidade do governo central em planejar e executar políticas universais, integradas e equânimes.

Dois estudos recentes demonstraram que os recursos das emendas já representam cerca de 10% do orçamento federal na área da saúde[5], ultrapassando o orçamento discricionário do Ministério da Saúde (MS) para áreas como a atenção primária e a assistência hospitalar[39]. A partir de metodologias distintas, ambos os estudos analisaram dados de execução orçamentária-financeira provenientes do Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi), extraídos do Painel do Orçamento do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop). Outrossim, indicaram ainda uma mudança na natureza da despesa custeada pelas EP, que passaram a ser destinadas cada vez mais às despesas correntes, substituindo os investimentos. Portanto, ao invés de suplementar o orçamento da saúde, essas emendas passaram a ser essenciais para a manutenção de serviços básicos. Isso aprofunda o desfinanciamento crônico do SUS e transfere a lógica distributiva da política pública para a arena político-eleitoral do Parlamento.

Outra preocupação refere-se à dissociação da alocação de recursos na área da saúde de critérios técnicos, como indicadores sociais e de saúde. A distribuição dos recursos por emendas é determinada mais por vínculos políticos e interesses locais do que por necessidades de saúde da população[40,41]. O redirecionamento de orçamentos públicos da área de saúde, a partir de critérios políticos em detrimento de critérios técnicos, pode estar contribuindo para o aumento da iniquidade no acesso e na qualidade de serviços públicos de saúde. Embora os municípios socioeconomicamente mais vulneráveis tenham recebido, proporcionalmente, mais recursos de EP nos últimos anos, a distribuição desses recursos permanece desigual, o que pode contribuir para a manutenção ou até o agravamento das disparidades entre eles[42].

Outro aspecto preocupante é a substituição de fontes: ao receberem recursos federais por emendas, muitos municípios reduzem seus gastos próprios com atenção primária[43], realocando recursos para outras áreas. Isso gera uma aparente ampliação de cobertura sem sustentação real no financiamento local. Como os recursos das emendas são voláteis, e não recorrentes, não há garantias de continuidade dessas ações, o que impacta diretamente o planejamento municipal e a qualidade dos serviços. Ou seja, a falta de regularidade (obrigatoriedade) no envio dos recursos também prejudica a continuidade e a sustentabilidade dos serviços.

Essa realocação, contudo, pode atender a outras necessidades em saúde não captadas pelos critérios técnicos utilizados pelo MS, pois, tratando-se das responsabilidades do nível municipal, tal realocação pode vir a responder à limitação de recursos em todo o

sistema. É preciso, portanto, analisar, além da aplicação dos recursos recebidos diretamente por EP, a utilização de recursos municipais que podem estar sendo realocados dentro do orçamento municipal da saúde; e verificar a sua convergência com as políticas nacionais estabelecidas pelo MS e o Planejamento Regional Integrado, no âmbito da Macrorregião de Saúde da qual o município faz parte.

A progressiva centralidade das EP no financiamento da saúde, portanto, não apenas distorce os critérios técnicos e compromete a equidade como também cria dependência e instabilidade para os entes federados, substituindo políticas de Estado por estratégias eleitorais de curto prazo. O Executivo, cada vez mais constrangido pelas limitações do arcabouço fiscal, vê-se obrigado a aceitar esse modelo como mecanismo de 'financiamento paralelo' do SUS, que, longe de resolver seus problemas, introduz novos: desarticulação, desigualdade, opacidade e captura política dos recursos públicos.

Conclusões

As EP, concebidas originalmente como uma estratégia para aprofundar processos democráticos ao fortalecer a interferência do Poder Legislativo no processo decisório orçamentário, assumiram papel central na reconfiguração do sistema político brasileiro. A partir de 2015, observa-se um movimento, caracterizado pela perda crescente de poder do Executivo sobre os gastos discricionários do orçamento, o que fragiliza o seu papel constitucional e político sobre o orçamento e sobre a condução e coordenação federativa das políticas públicas. Paralelamente, o volume de recursos discricionários disponíveis não alcança o aumento das demandas por investimento e gasto público, em função do contingenciamento das sucessivas medidas de ajuste fiscal.

Essa 'invasão' do Legislativo sobre as atribuições do Executivo por meio das EP tem implicado distorções na gestão orçamentária, comprometendo os princípios da transparência, da equidade e da subordinação ao planejamento. Tal dinâmica forçou a intervenção do Poder Judiciário para garantir o cumprimento de normas constitucionais, expondo a fragilidade institucional dos mecanismos de controle democrático. Além disso, o processo decisório tem sido capturado por lógicas eleitorais e clientelistas, esvaziando o debate programático e deslocando a negociação política para a disputa direta por recursos.

No âmbito da saúde, as EP têm substituído progressivamente os investimentos regulares do SUS, resultando em financiamento instável, fragmentado e alheio aos princípios de integralidade, universalidade e equidade. A destinação de recursos com base em interesses individuais, desvinculada de critérios técnicos e epidemiológicos, contribui para a reprodução das desigualdades regionais e compromete a continuidade e a qualidade dos serviços.

A forma de gerir os conflitos distributivos no Brasil sempre dependeu de uma construção institucional delicada, em que o poder Executivo assume um protagonismo não por qualquer patologia institucional, mas porque precisa conciliar interesses divergentes em torno da gestão do fundo público e coordenar políticas em um país com imensas desigualdades socioeconômicas e territoriais. Se as nomeações para a burocracia são os principais artifícios do presidente para construir sua base de apoio parlamentar, o crescimento desenfreado das EP, sem dúvida, aumenta os custos políticos para o Executivo acomodar suas coalizões nos ministérios e governar. Não por acaso, os parlamentares que compõem a maioria, hoje, estão se mostrando cada vez mais indiferentes para ocupar cargos no Executivo graças ao esvaziamento do orçamento dos ministérios e ao aumento expressivo das EP.

A partir da análise desenvolvida neste artigo, conclui-se que o uso político das EP

compromete não apenas a governança orçamentária, mas também o pacto federativo e a efetividade das políticas públicas. Esse movimento sinaliza mudanças no regime político nacional – se presidencialismo de coalizão, semipresidencialismo, parlamentarismo de pressão ou mesmo a adoção de um parlamentarismo formal. O que procuramos demonstrar é que tanto a governabilidade democrática, como exercício legitimado do poder, quanto a governança, ou a capacidade de o governo implementar seu programa, estão fortemente ameaçadas no contexto atual.

Colaboradores

Fleury S (0000-0002-7678-7642)*, Lanzara A (0000-0002-7809-4719)*, Burlandy L (0000-0003-0875-6374)*, Senna MCM (0000-0003-2161-7133)*, Pernasetti F (0000-0003-1505-926X)*, Darrieux RSP (0000-0003-4802-5699)*, Neves LAS (0000-0003-4748-6020)*, Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* e Fava VMD (0000-0003-4960-9012)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Melo M. Emendas parlamentares. In: Anastasia F, Avritzer L, organizadores. Reforma Política no Brasil. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006. p. 197-2021.

2. Tollini H, Mendes M. É assim em todo lugar? Emendas parlamentares no Brasil e em 11 países da OCDE [Internet]. São Paulo: Insper; 2024 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: https://repositorio.insper.edu.br/entities/publication/bfd34354-650a-41fe-8481-f317d9d474bf/full

3. Maia W. História do Orçamento Público no Brasil. São Paulo: AGESP – Associação dos Gestores Públicos do Estado de São Paulo; 2010.

4. Cambraia T. Emendas ao Projeto de Lei Orçamentária Anual: algumas distorções. [Internet]. Brasília, DF: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados; 2011 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/estudos-por-assunto/economia/arquivos/emendas-parlamentares2

5. Piola SF, Vieira FS. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: um retrato das desigualdades regionais do período 2010-2022 [Internet]. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2024 [acesso em 2024 set 17]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/14118/1/TD_3010_Web.pdf

6. Baptista TWDF, Machado CV, Lima LDD, et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. Cad Saúde Pública. 2012;28(12):2267-79. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006

7. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2015 mar 18; Edição 52; Seção I:1.

8. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2019.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 100, de 26 de junho de 2019. Altera os arts. 165 e 166 da Constituição Federal para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária proveniente de emendas de bancada de parlamentares de Estado ou do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 jun 27; Edição 122; Seção I;1.

10. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 105, de 12 de dezembro de 2019. Acrescenta o art. 166-A à Constituição Federal, para autorizar a transferência de recursos federais a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios mediante emendas ao projeto de lei orçamentária anual. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 dez 13; Edição 241; Seção I:2.

11. Presidência da República (BR). Lei nº 13.957, de 18 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 13.898, de 11 de novembro de 2019, que dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e a execução da Lei Orçamentária de 2020 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 dez 18; Edição 244-A; Seção I:1.

12. Santos NCB, Gasparini CE. Orçamento Impositivo e Relação entre Poderes no Brasil. Rev Bras Ciênc Política. 2020;(31):339-96. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-335220203109

13. Supremo Tribunal Federal (BR). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 850. Relator: Min. Rosa Weber. Julgamento em 19 dez 2022 [Internet]. Brasília, DF: STF; 2022 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: https://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=ADPF%20850&base=baseAcordaos

14. Congresso Nacional (BR). Emenda Constitucional nº 126, de 26 dezembro de 2022. Altera a Constituição Federal, para dispor sobre as emendas individuais ao projeto de lei orçamentária, e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para excluir despesas dos limites previstos no art. 107; define regras para a transição da Presidência da República aplicáveis à Lei Orçamentária de 2023; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2022 dez 22; Edição 240; Seção I:18.

15. Supremo Tribunal Federal (BR). ADPF 854/DF. Relator: Ministro Flávio Dino; decisão de 2 dez 2024. Brasília, DF: STF; 2024.

16. CNN Brasil. Por unanimidade, STF valida plano de trabalho para pagamento de emendas. CNN Brasil [Internet]. 2025 mar 3 [acesso em 2025 jun 30]; Política. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/politica/por-unanimidade-stf-valida-plano-de-trabalho-para-pagamento-de-emendas/

17. Câmara dos Deputados (BR). Resolução nº 1, de 8 de fevereiro de 2023. Altera os arts. 17, 26, 32 e 34 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados. Diário da Câmara dos Deputados, Brasília, DF. 2023 feve 15; Suplemento.

18. Confederação Nacional de Municípios. O perfil dos candidatos a prefeito nas eleições municipais de 2024 [Internet]. Brasília, DF: CNM; 2024 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: https://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/15459

19. Santos N, Ferreira F, Pretto N. 98% dos prefeitos mais turbinados com emendas se reelegem. Folha de S Paulo [Internet]. 2024 out 8 [acesso em 2025 jun 30]; Datafolha. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/poder/2024/10/98-dos-prefeitos-mais-turbinados-com-emendas-se-reelegem.shtml

20. Barbon J, Santos N. Quase metade das emendas para as cidades mais pobres é gasta sem transparência. Folha de S Paulo [Internet]. 2025 fev 9 [acesso em 2025 jun 30]; Datafolha. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/poder/2025/02/quase-metade-das-emendas-as-cidades-mais-pobres-e-gasta-sem-transparencia.shtml

21. Marzullo L. No fim da fila das emendas, municípios com os piores IDH do país são preteridos por parlamentares no envio de verbas. O Globo [Internet]. 2025 jun 1 [acesso em 2025 jun 30]; Política. Disponível em: https://oglobo.globo.com/politica/noticia/2025/06/01/no-fim-da-fila-das-emendas-municipios-com-os-piores-idh-do-pais-sao-preteridos-por-parlamentares-no-envio-de-verbas.ghtml

22. Cury T. Repasses de R$ 450 milhões em emendas pix entram na mira do MPF. CNN Brasil [Internet]. 2025 fev 5 [acesso em 2025 maio 25]; Política. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/blogs/teo-cury/politica/repasses-de-r-450-milhoes-em-emendas-pix-entram-na-mira-do-mpf/.

23. Abranches S. Presidencialismo de coalizão: raízes e evolução do modelo político brasileiro. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.

24. Lemos LBDS. O Congresso Brasileiro e a distribuição de benefícios sociais no período 1988-1994: uma análise distributivista. Dados. 2001;44(3):561-630. DOI: https://doi.org/10.1590/S0011-52582001000300004

25. Amorim Neto O, Santos F. O segredo ineficiente revisto: o que propõem e o que aprovam os deputados brasileiros. Dados. 2003;46(4):66198. DOI: https://doi.org/10.1590/S0011-52582003000400002

26. Limongi F, Figueiredo A. Processo orçamentário e comportamento Legislativo: emendas individuais, apoio ao Executivo e programas de governo. Dados. 2005;48(4):737-76. DOI: https://doi.org/10.1590/S0011-52582005000400002

27. Figueiredo AMC, Limongi Neto FP. Executivo e legislativo na nova ordem constitucional. Rio de Janeiro: Editora FGV; 1999.

28. Figueiredo AC, Limongi F. O Legislativo e Âncora Fiscal. In: Rezende F, Cunha A, organizadores. O Orçamento e a Transição de Poder. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora; 2003. p. 55-91.

29. Ouverney ALM, Fleury S, organizadores. Novo Federalismo no Brasil: Tensões e Inovações em Tempos de Pandemia de COVID-19. Brasília, DF: Ed. do Autor; 2023.

30. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília DF. 2000 maio 5; Seção I:1.

31. Fleury S, Ouverney AM. Federalismo de confrontação: tensões, inovações e limites da estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. In: 11º Congresso Latino-Americano de Ciência Política (ALACIP); 2022 jul 21-23; Santiago, Chile. Santiago, Chile: Associação Latino-Americana de Ciência Política e pela Associação Chilena de Ciência Política; 2022.

32. Fleury S, Neves LA. Lula e Saúde: entre governança e governabilidade. Outras Palavras [Internet]. 2023 jun 19 [acesso em 2025 jun 30]; Outra Saúde. Disponível em: https://outraspalavras.net/outrasaude/lula-e-a-saude-entre-governanca-e-governabilidade/

33. Lima B. Brasil (in)eficiente: Emendas parlamentares batem recorde e chegam a R$ 50 bi. Para especialistas, há distorção. O Globo [Internet]. 2025 fev 25 [acesso em 2025 jun 30]; Economia. Disponível em: https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2025/02/25/brasil-ineficiente-emendas-parlamentares-batem-recorde-e-chegam-a-r-50-bi-para-especialistas-ha-distorcao.ghtml

34. Tomazelli I. Estados e municípios já gastam mais que União e mudam cenário fiscal e político do país. Folha de S Paulo [Internet]. 2025 abr 7 [acesso em 2025 jun 30]; Finanças Regionais. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2025/04/estados-e-municipios-ja-gastam-mais-que-uniao-e-mudam-cenario-fiscal-e-politico-do-pais.shtml

35. Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora; 2012.

36. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1996 set 16; Seção I:18261.

37. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para ins-

tituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 dez 15; Edição 241; Seção I:2.

38. Agência Câmara. Emendas em 2024 foram destinadas principalmente para saúde e prefeituras. [Internet]. Senado Notícias. 2024 mar 25 [acesso em 2025 jun 30]. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/03/25/emendas-em-2024-foram-destinadas-principalmente-para-saude-e-prefeituras

39. Nobre V, Rodrigues M, Semente M. Emendas Parlamentares em saúde: para onde caminham? Rio de Janeiro: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); 2024.

40. Medina SA, Ferreira MAM, Pinto TRGS, Santos IAD. Alocação das emendas parlamentares individuais: correção de assimetria em saúde ou ganho político? REAd Rev Eletrônica Adm Porto Alegre. 2023;29(1):98-125. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-2311.374.124848

41. Baião AL, Couto CG, Oliveira VED. Quem ganha o quê, quando e como? Emendas orçamentárias em Saúde no Brasil. Rev Sociol Polit. 2019;27(71):e004. DOI: https://doi.org/10.1590/1678-987319277104

42. Vieira FS, Lima LDD. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. Rev Saúde Pública. 2022;56:123. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004465

43. Ulinski KGB, Carvalho BG, Vieira FS, et al. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2024;40(3):e00007323. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT007323

Recebido em 07/07/2025
Aprovado em 09/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli Iola Gurgel Andrade

saúde
EM DEBATE

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A formação em medicina na Amazônia: experiências de movimentos estudantis para uma educação anticolonial e popular

Medical education in the Amazon: Experiences of student movements for an anticolonial and popular education

Johnnata Silva dos Santos[1]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710767P

RESUMO Este texto analisa criticamente os desafios da formação médica na região amazônica à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, destacando experiências estudantis e populares que apontam para a construção de uma medicina territorializada, anticolonial e voltada para os povos da floresta. No estudo argumenta-se que o paradigma biomédico hegemônico é insuficiente para as realidades socioepidemiológicas da região, onde a saúde é um processo social determinado por desigualdades históricas e lógicas coloniais. O texto propõe a construção de uma 'medicina amazônida' – uma práxis anticolonial, popular e humanista – e destaca as experiências dos movimentos estudantis Movimento dos Estudantes Indígenas do Amazonas (Meiam), Liga Amazonense Multidisciplinar de Saúde Indígena do Amazonas (Lamsi-AM) e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) como caminhos insurgentes. A conclusão ressalta o compromisso institucional de universidades e órgãos de fomento como fundamental para consolidar essa transformação curricular, reforçando o potencial dessas experiências como modelo para a prática.

PALAVRAS-CHAVE Educação médica. Saúde pública. Ecossistema amazônico.

ABSTRACT *This text critically analyzes the challenges of medical training in the Amazon region in light of the 2014 National Curricular Guidelines (DCN), highlighting student and popular experiences that point to the construction of a territorialized, anti-colonial medicine focused on the peoples of the forest. The study argues that the hegemonic biomedical paradigm is insufficient for the region's socio-epidemiological realities of the area, where health is a social process determined by historical inequalities and colonial logics. The text proposes the construction of an 'Amazonian medicine'—an anti-colonial, popular, and humanist praxis—and highlights the experiences of student movements such as the Indigenous Student Movement of Amazonas (MEIAM), the Amazonian Multidisciplinary Indigenous Health League of Amazonas (LAMSI-AM), and the National Executive Directorate of Medical Students (DENEM) as insurgent pathways. The conclusion emphasizes that the institutional commitment of universities and funding agencies is fundamental to consolidating this curricular transformation, reinforcing the potential of these experiences as a model for practice.*

KEYWORDS *Education, Medical. Public health. Amazonian ecosystem.*

[1] Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – Manaus (AM), Brasil.
jhonn.mar5.santos@gmail.com

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A Amazônia, um bioma de grande biodiversidade e riqueza cultural, impõe-se no século XXI como um palco central de disputas e contradições. Longe de ser um espaço homogêneo ou intocado, é um território historicamente forjado pela colonialidade do poder e do saber, onde a extração predatória de recursos, o avanço do agronegócio e a mercantilização da vida impõem impactos socioambientais às populações que o habitam – povos quilombolas, ribeirinhos, extrativistas e indígenas. Essa análise se fundamenta no pensamento decolonial, uma perspectiva teórica que busca desvelar e subverter as lógicas de poder e conhecimento herdadas do colonialismo[1]. Conforme nos alertam os pensadores e líderes indígenas como Davi Kopenawa[2] e Ailton Krenak[3], a destruição da floresta e dos modos de vida tradicionais transcende uma crise ambiental; é uma crise civilizatória, que escancara a lógica predatória do mundo ocidental e sua incapacidade de conviver com a alteridade e a natureza[4,5]. A emergência do vírus Sars-Cov-2 e suas pedagogias cruéis intensificaram essa percepção, evidenciando as desigualdades e as falhas estruturais que permeiam a sociedade[6].

Segundo o Censo Demográfico de 2022, o Brasil possui 1.694.836 pessoas indígenas e 1.330.186 pessoas quilombolas, distribuídas em todas as unidades da federação. O estado do Amazonas concentra 490.935 indígenas, seguido pelos estados da Bahia (229.443), Mato Grosso do Sul (116.469), Pernambuco (106.646) e Roraima (97.668). Já a população quilombola se destaca na Bahia (397.502), no Maranhão (269.168), no Pará (135.603), em Minas Gerais (135.315) e em Pernambuco (78.864). Esses dados reforçam que povos indígenas e quilombolas somam juntos mais de 3 milhões de pessoas, evidenciando a magnitude desses grupos sociais e a urgência de políticas de saúde específicas, sobretudo em territórios amazônicos e nordestinos[7].

Nesse cenário de resistência e persistência, evidencia-se, a partir de uma reflexão sobre o percurso da formação em saúde, que saúde e doença se revelam como faces de um processo social complexo, marcado por desigualdades históricas e pela negação de direitos[8,9]. No entanto, a formação médica tradicional, ainda moldada por um paradigma biomédico hegemônico, muitas vezes, distancia-se dessa realidade multifacetada. Centrada na doença e no indivíduo, a formação médica tradicional se descontextualiza do território e dos determinantes sociais. Com isso, reproduz lógicas coloniais, silencia saberes ancestrais e naturaliza as violências estruturais que adoecem coletivamente[1]. É urgente ir além de uma medicina meramente curativa, defendendo a construção de uma prática médica crítica, popular e decolonial. Essa abordagem, que reconhece o processo saúde-doença como inerentemente social[9,10] e busca descolonizar o pensamento ocidental[1,5], é essencial para uma atuação médica que responda de forma ética e eficaz às demandas complexas da Amazônia.

Este texto busca, portanto, analisar criticamente os desafios da formação médica na região amazônica à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, destacando experiências estudantis e populares que apontam para a construção de uma medicina territorializada, anticolonial e voltada para os povos da floresta. Busca-se tecer uma crítica à formação hegemônica e propor caminhos para uma práxis médica transformadora.

Material e métodos

A reflexão apresentada neste texto se fundamenta em uma abordagem hermenêutica e crítica, buscando interpretar o fenômeno da formação médica na Amazônia à luz de um referencial teórico robusto. Para tanto, foram combinadas a análise documental das DCN de 2014 para os Cursos de Graduação em Medicina e a revisão bibliográfica de obras e autores centrais da saúde coletiva brasileira e dos estudos decoloniais.

A análise emerge da vivência e observação participante do autor como estudante indígena

de medicina na Amazônia, perspectiva que se configura como a lente principal para a interpretação dos dados e a elaboração das reflexões. Duas questões orientaram a elaboração do texto: 1) como o modelo hegemônico de formação médica na Amazônia se distancia das realidades socioepidemiológicas da região? e 2) quais experiências e movimentos estudantis apontam para a construção de uma medicina territorializada, anticolonial e popular[11]?

Este estudo dispensa a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que não envolve coleta de dados diretamente de seres humanos para fins de pesquisa. Contudo, na elaboração deste manuscrito, foram integralmente observados os princípios éticos de respeito à dignidade humana, à autonomia e aos direitos autorais das fontes consultadas, bem como o compromisso com a integridade e a transparência na produção e divulgação do conhecimento.

A formação médica no Brasil e seus limites estruturais

A formação médica no Brasil, apesar dos avanços regulatórios, ainda enfrenta desafios estruturais que limitam a capacidade de formar profissionais alinhados às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e à complexidade social do País. As próximas subseções examinam esses limites, abordando o cenário das DCN de 2014, o modelo pedagógico fragmentado e a persistência do currículo bancário, com enfoque nas implicações para a realidade amazônica.

O cenário das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: avanços e contradições

As DCN para os Cursos de Graduação em Medicina são documentos centrais que buscam reorientar a formação médica no Brasil. A Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001[12], já sinalizava a busca por um perfil profissional mais generalista, humanista, crítico e reflexivo, alinhado às necessidades de saúde da população e aos princípios do SUS. Essa intenção foi aprofundada com a Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014[13], que reforçou a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da formação, a integração ensino-serviço-comunidade e a necessidade de capacitar profissionais para uma atuação abrangente e socialmente contextualizada[14].

Apesar dos avanços conceituais e da expressa intenção dessas diretrizes, contudo, a implementação prática tem se mostrado um desafio complexo, especialmente quando confrontada com a vastidão e as particularidades de regiões como a Amazônia. A distância entre o 'ideal' da DCN e o 'real' da formação médica revela os limites estruturais de um sistema ainda aprisionado por lógicas hegemônicas. O subfinanciamento crônico e a falta de uma infraestrutura adequada para as instituições de ensino, aliada à carência de cenários de prática diversificados e qualificados no SUS, dificultam a efetivação dos preceitos das DCN. Mesmo com a ênfase na APS, o paradigma biomédico ainda é predominante na prática pedagógica[14], resultando em um descolamento da realidade epidemiológica e social brasileira.

A expansão desordenada e o modelo pedagógico fragmentado

Um dos maiores desafios que minam a concretização das propostas das DCN é a expansão, muitas vezes, desordenada das escolas médicas no País. Esse crescimento, impulsionado em grande parte por uma lógica de mercado, tem priorizado o lucro em detrimento da qualidade do ensino e da pertinência social da formação. Relatórios como a 'Demografia Médica no Brasil'[15] apontam para uma concentração de cursos e profissionais em grandes centros urbanos, perpetuando a escassez em regiões remotas e de alta vulnerabilidade, como a Amazônia.

Essa proliferação sem planejamento adequado resulta em uma expressiva falta de estrutura para uma formação de qualidade alinhada ao SUS. A carência de hospitais-escola com vagas suficientes, a fragilidade dos serviços de atenção primária que deveriam servir como campos de prática e a escassez de cenários de aprendizado diversos, especialmente em áreas amazônicas, impedem que os preceitos das DCN sejam incorporados. O currículo, mesmo sob a égide das DCN, ainda tende a ser voltado para disciplinas isoladas, perpetuando um modelo pedagógico fragmentado. Isso limita a necessária integração entre teoria e prática, e entre as diferentes áreas do conhecimento (clínica, epidemiologia, saúde coletiva), comprometendo a formação de um profissional com visão ampliada e interdisciplinar[16]. A análise do perfil do estudante de medicina em diferentes instituições[17-19] indiretamente corrobora a persistência de um modelo que, seguidamente, não direciona o egresso para a atenção primária ou para as regiões mais necessitadas, refletindo a própria fragmentação do ensino e a falta de engajamento com as demandas do SUS.

O currículo bancário: centrado na doença e longe do território

Esta é a essência da crítica à pedagogia médica tradicional: a persistência do 'currículo bancário', conceito cunhado por Paulo Freire[20,21]. Nesse modelo, o conhecimento é 'depositado' nos estudantes, que são vistos como receptáculos passivos, em vez de sujeitos ativos de sua aprendizagem. Na formação médica, isso se manifesta em uma abordagem predominantemente biomédica, na qual a doença é o objeto central e o usuário é frequentemente descontextualizado de seu ambiente e de sua história. Essa perspectiva pedagógica não contribui para formar profissionais críticos e reflexivos, como orientam as DCN, reforçando relações de opressão e comportamentos autoritários dos futuros médicos. Esse modelo forma profissionais que veem o processo saúde-doença como um fenômeno isolado, sem considerar o complexo mosaico de fatores sociais, culturais e ambientais que o determinam[8,9].

A formação, ainda hospitalocêntrica, promove uma distância considerável do território. Os estudantes são majoritariamente expostos a cenários de alta complexidade em ambientes urbanos, descolados da realidade comunitária e dos desafios singulares da Amazônia, onde a floresta, os rios e os modos de vida tradicionais são intrínsecos à saúde das populações. Essa abordagem não apenas marginaliza saberes ancestrais e práticas de cura locais, mas também naturaliza as violências estruturais que adoecem coletivamente, perpetuando lógicas coloniais no campo da saúde[1]. A despeito da crescente discussão sobre a importância de metodologias ativas no ensino em saúde[1], da necessidade de integrar pesquisa e extensão na formação[22], e das reflexões sobre a transformação da educação médica[23], a realidade prática, muitas vezes, falha em promover uma educação engajada com as demandas sociais e territoriais. A consequência é um profissional que, embora tecnicamente capaz, pode carecer de sensibilidade e ferramentas para atuar em contextos de alta complexidade social, como a Amazônia.

A Amazônia como território educativo e de cuidado

A Amazônia, com sua grande extensão territorial, diversidade cultural e socioambiental, transcende a mera definição geográfica para se configurar como um território educativo e de cuidado por excelência. Somados, povos indígenas e quilombolas ultrapassam 3 milhões de pessoas no Brasil, segundo o Censo 2022, o que evidencia a magnitude dessas populações tradicionais e a urgência de sua inclusão em políticas públicas de saúde e na própria formação médica[7]. Longe de ser um espaço vazio a ser preenchido por intervenções externas, é um ambiente pulsante, dotado de saberes ancestrais, práticas de saúde tradicionais e

modos de vida que, por si sós, oferecem um valioso substrato para a formação médica[24]. No entanto, a lógica hegemônica da formação em saúde, frequentemente, falha em reconhecer e integrar essa riqueza.

A Amazônia, todavia, é também um palco de acentuadas desigualdades socioespaciais, onde o acesso à saúde e o direito ao território – seja ele a cidade, a floresta ou as águas – são constantemente desafiados. As populações tradicionais, como povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e extrativistas, enfrentam barreiras geográficas, econômicas e sociais que impedem um acesso equitativo aos serviços de saúde. A distância dos centros urbanos, a precariedade dos transportes fluviais e terrestres, e a falta de infraestrutura básica são realidades diárias que evidenciam a fragilidade das políticas públicas na região. Nessas comunidades, o processo saúde-doença é intrinsecamente ligado ao ambiente e aos modos de vida, exigindo uma compreensão que transcende a visão biomédica tradicional e abrange a determinação social[5,8].

A medicina ocidental, historicamente marcada por uma perspectiva colonial, tende a ver a Amazônia através de lentes de carência e exotismo, ignorando a complexidade de suas ecologias e a resiliência de seus povos. Essa visão limitada perpetua a invisibilidade dos conhecimentos de saúde indígenas, quilombolas e ribeirinhos, que são essenciais para a promoção do bem-viver nessas comunidades[1]. A persistência de lógicas coloniais manifesta-se na negação do direito a um território vivido e cuidado, cuja degradação ambiental e social afeta diretamente a saúde e a existência dessas populações[9]. Para uma formação médica contextualizada, é necessário que os currículos e as práticas pedagógicas se abram para o diálogo com esses saberes, reconhecendo-os como fontes legítimas de conhecimento e inovação em saúde[5,11].

Este território impõe desafios únicos para a saúde, como a dispersão geográfica, a dificuldade de acesso a serviços e a prevalência de doenças negligenciadas. Contudo, esses desafios também se traduzem em oportunidades de aprendizados importantes, exigindo do futuro médico uma capacidade de adaptação, criatividade e atuação interprofissional e intercultural[8,9]. A Amazônia, portanto, não é apenas um 'cenário de prática', ela é uma escola viva, onde a floresta, os rios, as comunidades e seus modos de vida ensinam sobre saúde em sua dimensão abrangente e complexa.

Caminhos insurgentes: experiências populares e estudantis

Diante dos limites estruturais da formação médica tradicional e dos desafios complexos impostos pela realidade da Amazônia, emergem 'caminhos insurgentes', um conjunto de experiências e movimentos que propõem uma educação médica engajada e transformadora. Essas iniciativas, muitas vezes catalisadas por estudantes, profissionais de saúde e comunidades, buscam resgatar a dimensão social da saúde e promover uma atuação médica que transcenda o consultório e o hospital, enraizando-se nos territórios e nas vidas das populações.

Tais caminhos são inspirados pelos princípios da educação popular em saúde, que prioriza o diálogo horizontal, a participação ativa das comunidades e a construção coletiva do conhecimento[20,25]. Em contraste com uma abordagem verticalizada, em que o saber biomédico é imposto, a educação popular busca horizontalizar as relações, reconhecendo e incorporando a grande riqueza dos saberes tradicionais ao processo de cuidado. Essa abordagem é necessária em um território multifacetado como a Amazônia, pois contribui para transformar a relação profissional-usuário, valorizando os saberes e as práticas de cuidado desses povos. Com isso, reforça-se que a saúde não pode ser desassociada dos modos de vida, da complexa relação com a natureza e da luta contínua pelo direito ao território.

Concretamente, essas abordagens se manifestam em diversas iniciativas que desafiam o *status quo* da formação. Experiências de extensão universitária e projetos de pesquisa-ação em comunidades tradicionais, por exemplo, oferecem aos estudantes de medicina a oportunidade de vivenciar a saúde em sua complexidade real e multifacetada[2,5]. Nesses espaços imersivos, a aprendizagem não se restringe meramente à técnica, ela se expande para o campo da ética, da alteridade e de uma compreensão dos determinantes sociais[5,8]. O contato direto com as realidades locais e a imersão em outras culturas de cuidado desafiam o olhar biomédico hegemônico e estimulam a construção de um profissional mais humanista, crítico e, acima de tudo, apto a atuar em contextos de alta vulnerabilidade social. A interdisciplinaridade, tão frequentemente preconizada pelas DCN[16], encontra nesses caminhos insurgentes um terreno fértil para se concretizar, permitindo que a medicina dialogue com outras áreas do conhecimento e com os saberes locais.

Além da atuação em campo, o protagonismo estudantil tem sido uma força motriz importante na articulação de movimentos que buscam reformar a educação médica a partir das próprias universidades. Coletivos, centros acadêmicos e grupos de estudo têm promovido debates incisivos, seminários e atividades que questionam abertamente o currículo tradicional, pressionando por mudanças que tornem a formação mais alinhada às reais necessidades do SUS e aos desafios regionais da Amazônia. Essas iniciativas demonstram uma crescente consciência de que a transformação da educação médica não virá apenas de diretrizes governamentais, mas sim da mobilização e do engajamento daqueles que estão sendo formados[24]. Tais movimentos reforçam a ideia de que a educação em saúde é um processo contínuo, e que a capacidade de questionar, inovar e buscar novas abordagens é importante para a formação de médicos comprometidos com a saúde coletiva e a justiça social.

Movimento dos Estudantes Indígenas do Amazonas

O Movimento dos Estudantes Indígenas do Amazonas (Meiam) se destaca como uma importante articulação autônoma, formada por estudantes indígenas de diversas etnias e cursos da área da saúde e de outras áreas do conhecimento de instituições de ensino do estado do Amazonas. O movimento é um pilar na luta pelo fortalecimento da presença indígena nas universidades, atuando em diversas frentes para garantir o acesso e a permanência desses estudantes. Um exemplo notável de sua atuação é a luta e conquista das cotas indígenas na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Essa vitória é um ato de medicina anticolonial, pois, ao romper com as barreiras que historicamente excluíram os povos indígenas do ensino superior, o Meiam combate os determinantes sociais da saúde na sua essência. Nesse panorama, a presença indígena na academia desafia diretamente a colonialidade do saber, que marginaliza e invisibiliza o conhecimento ancestral em favor de uma ciência eurocêntrica, e abre caminhos para que futuros médicos compreendam a saúde de forma plural e contextualizada.

Outra vitória importante, que simboliza a autonomia do movimento, é a criação e gestão da Casa do Estudante Indígena, que abriga alunos de diversas instituições, tornando-se um ponto de apoio central para a comunidade. Mais do que um espaço de moradia, a Casa do Estudante Indígena funciona como um espaço de cura e de fortalecimento cultural, onde os estudantes encontram um ambiente de apoio psicológico e comunitário que mitiga o isolamento e o choque cultural, fatores que podem impactar diretamente a saúde mental. Nela, o convívio e o compartilhamento de saberes tradicionais servem como um contraponto ao ambiente acadêmico que, muitas vezes, é hostil aos povos indígenas.

O Meiam não apenas denuncia as estruturas de exclusão, mas também se firma como uma plataforma de empoderamento,

realizando oficinas com a juventude indígena e atuando dentro das universidades do estado do Amazonas[25]. As oficinas com a juventude, por exemplo, tanto capacitam lideranças quanto promovem um resgate da identidade e da saúde cultural, enquanto o ativismo nas universidades pressiona por mudanças curriculares que tornem o ensino de medicina mais alinhado às realidades do território. Em sua trajetória, o movimento se consolidou como uma força política ao organizar o Encontro Nacional dos Estudantes Indígenas (Enei) em Manaus e conseguir a implementação do Comitê Gestor Indígena na universidade estadual[25].

Essas ações são, em si, uma forma de medicina anticolonial, pois confrontam a colonialidade do saber que historicamente negou o acesso e a permanência dos povos indígenas nas instituições de ensino. Ao garantir a presença indígena na universidade, o movimento luta por justiça social e insere uma perspectiva de mundo e saberes ancestrais nos espaços de formação médica. Por meio de uma significativa incidência política, o Meiam propõe a construção de uma universidade intercultural, diversa e comprometida com os povos da floresta, um modelo importante e necessário para uma formação médica decolonial[26].

Liga Amazonense Multidisciplinar de Saúde Indígena do Amazonas

A Liga Amazonense Multidisciplinar de Saúde Indígena do Amazonas (Lamsi-AM) representa um exemplo significativo de liga acadêmica, voltada para promover o diálogo crítico e respeitoso entre saberes indígenas e a formação em saúde. Com um enfoque claro na valorização da medicina tradicional, na educação intercultural e na defesa constante dos direitos dos povos originários[25], a Lamsi-AM, fundada em 2024, articula estudantes de diferentes cursos da área da saúde. Suas ações de extensão, rodas de conversa, oficinas e pesquisas contribuem para uma formação anticolonial e comprometida com os territórios amazônicos[27]. Um exemplo concreto de sua atuação é o Projeto de Extensão Ajuri na Floresta, que realizou ações de promoção da saúde e educação popular em comunidades indígenas da região metropolitana de Manaus. Nesse projeto, a articulação entre saberes tradicionais e acadêmicos se manifesta em práticas concretas. As rodas de conversa, por exemplo, incentivam a escuta ativa e a troca de conhecimentos, desafiando a hierarquia do saber biomédico e ensinando os futuros profissionais a reconhecer a autoridade dos anciãos e dos curandeiros locais. As oficinas de plantas medicinais, em vez de evidenciar apenas no componente ativo, exploram a dimensão cultural, os rituais e o contexto de uso, valorizando a medicina tradicional como uma práxis legítima de cuidado.

O projeto, que articulou saberes tradicionais e acadêmicos, promoveu um processo de aprendizado mútuo e horizontal, no qual a comunidade e os estudantes construíram juntos uma nova compreensão de saúde. Essa abordagem demonstrou o potencial da Lamsi-AM em fortalecer a autonomia comunitária e contribuir para a formação crítica de seus membros, com uma equipe de 36 estudantes e 2 docentes, e alcançando cerca de 500 pessoas em um ano. Além disso, a Lamsi-AM se configura como um espaço importante de acolhimento para estudantes, tanto indígenas quanto não indígenas, engajados na luta por uma saúde decolonial, plural e equitativa no complexo contexto da Amazônia[28].

Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), fundada em 1986, é a principal entidade representativa dos estudantes de medicina do Brasil, com presença em centenas de escolas médicas. Sua atuação histórica é marcada pela defesa constante de uma formação médica crítica, popular e comprometida com o SUS, garantindo um sistema público, gratuito, universal e de qualidade[29].

A Denem tem desempenhado um papel ativo nas discussões com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), participando da elaboração de novas diretrizes e de projetos como o Projeto Rever, que busca uma formação médica mais regionalizada e alinhada às necessidades dos territórios.

A Denem da região Norte, por exemplo, organizou reuniões e encontros regionais para debater ativamente a saúde indígena e a saúde nos territórios, levando essas pautas para a Abem e influenciando as propostas de novas DCN. Essa incidência política é crucial, pois traduz a crítica teórica em ação concreta. Ao levar as demandas por uma formação mais enraizada na realidade amazônica para as mesas de discussão em nível nacional, a Denem trabalha para que o currículo de medicina se torne um instrumento de transformação social. Além de sua atuação nacional, a Denem, como membro pleno da International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) desde 1995, leva a voz dos estudantes brasileiros para debates internacionais em saúde. Por meio de suas Coordenações Regionais e de uma sólida articulação com movimentos sociais, a entidade realiza encontros, estágios, vivências imersivas, produções científicas e ações de base que fortalecem o protagonismo estudantil na construção de outro projeto de medicina – um projeto mais humano, popular e enraizado nas realidades e necessidades dos diversos territórios amazônicos[5].

Conclusões

A jornada por uma formação médica transformadora, em específico no contexto amazônico, revela-se não apenas desejável, mas necessária. Este ensaio buscou demonstrar que o modelo educacional hegemônico, voltado para a dimensão biomédica e laboratorial, mostra-se insuficiente para responder aos complexos desafios de saúde de uma região de grande biodiversidade e cultura, mas marcada por desigualdades socioespaciais[15,26].

É necessário, portanto, que a reforma da formação médica transcenda o mero ajuste curricular e abrace uma perspectiva popular[25,20]. Isso significa mover-se para além dos muros das universidades e dos laboratórios, aproximando-se das realidades dos territórios, das comunidades e dos seus saberes[2,3]. A proposta é uma medicina amazônida: uma medicina que é crítica, e que reconhece a determinação social do processo saúde-doença e as lógicas coloniais que historicamente impactaram a saúde das populações tradicionais[5,9]. É uma medicina comprometida com a vida, com a justiça ambiental e social, e com a valorização de todas as formas de cuidado[4].

Nesse cenário de transformação, a centralidade dos estudantes como sujeitos históricos é evidente. Como vimos nas experiências do Meiam, Lamsi-AM e Denem, são os próprios estudantes que, ao se articularem em movimentos e ligas, questionam o *status quo* e propõem novas práticas[25-29]. Eles são a força motriz que impulsionam as mudanças, demonstrando a capacidade de construir uma educação médica mais humanista, ética e responsiva às necessidades do SUS, especialmente no que tange à atenção primária e à saúde coletiva[30]. As experiências do Meiam, da Lamsi-AM e da Denem não são apenas exemplos isolados, mas também constituem modelos de práxis que demonstram o potencial de uma educação enraizada nos territórios. Tais iniciativas iluminam o caminho para novas abordagens, mostrando que a reforma curricular pode e deve ser impulsionada pela base, por meio do engajamento daqueles que estão sendo formados. A roda de conversa, o território como sala de aula[2,3] e a escuta ativa emergem como métodos pedagógicos, que forjam profissionais capazes de dialogar com os diversos saberes e de atuar de forma integral e contextualizada[30,31].

A efetivação dessa medicina amazônida e anticolonial exige, contudo, um compromisso ativo e sistêmico das instituições de ensino e dos órgãos de fomento à pesquisa e à educação. É importante que as universidades, em

especial aquelas localizadas na Amazônia, revisitem e adaptem continuamente suas Diretrizes Curriculares, integrando de forma mais robusta os saberes locais, as práticas de saúde tradicionais e as especificidades socioepidemiológicas da região. Isso implica ir além da mera menção da APS, garantindo infraestrutura e cenários de prática diversificados que permitam a imersão dos estudantes em comunidades ribeirinhas, indígenas e quilombolas. Além disso, os órgãos de fomento governamentais e agências reguladoras precisam criar e fortalecer programas de incentivo específicos para pesquisas e projetos de extensão que abordem a saúde na Amazônia sob uma ótica decolonial e socialmente determinada, investindo em infraestrutura e na formação de docentes sensíveis a essa realidade. Somente com o engajamento institucional e o apoio de políticas públicas robustas será possível consolidar os caminhos insurgentes já trilhados pelos estudantes e construir uma formação médica que responda aos clamores por saúde, justiça e bem-viver dos povos da floresta e de toda a Amazônia[30,32].

A construção de uma nova medicina na Amazônia passa pela descolonização do olhar e da prática. É um convite à insurgência, à solidariedade e à reinvenção constante de uma formação que prepare médicos não apenas para curar doenças, mas também para cuidar da vida e lutar por um bem-viver coletivo em toda a sua diversidade[30].

Colaborador

Santos JS (0009-0004-2878-2566)* é o responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Santos BS. Para descolonizar o ocidente: mais além do pensamento abissal. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do Sul. Coimbra: Almedina; 2009. p. 23-68.
2. Kopenawa D, Albert B. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
3. Krenak A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
4. Okawati JAA, Karpinski C. Narrativas indígenas: um caminho decolonial para compreender a memória e informação. Transinformação. 2024;36:e2410646. DOI: https://doi.org/10.1590/2318-0889202436e2410646
5. Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob oponto de vista da teoria social. Saúde Soc. 2007;16(3):26-34. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300004
6. Santos BS. A cruel pedagogia do vírus. Coimbra: Almedina; 2020.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: População Indígena e Quilombola do Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2025 set 20]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/censo
8. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Rev Latino-Am Saúde. 1982;2:7-25.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Breilh J. Las tres "S" de la determinación de la vida y el triángulo de la política. In: Nogueira RP, organizador. Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125.

10. Viana NS, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 107-42.

11. Cordeiro AAS, Câncio RNP. Colonialidade pedagógica na Amazônia brasileira: educação para o sistema-mundo moderno/colonial. Cad Pesqui. 2024;31940:1-27. DOI: https://doi.org/10.18764/2178--2229v31n4.2024.63

12. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2001 nov 9; Seção 1:38.

13. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 jun 23; Seção 1:8-11.

14. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de Medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. Rev Bras Educ Med. 2014;38(2):221-30. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200009

15. Scheffer M, organizador. Demografia médica no Brasil 2025 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 set 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf

16. Garcia MAA, Souza Pinto ATBC, Odoni APC, et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. Rev Bras Educ Med. 2007;31(2):147-55. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200005

17. Cardoso Filho FAB, Magalhães JF, Silva KML, et al. Perfil do estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. Rev Bras Educ Med. 2015;39(1):32-40. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e01092014

18. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA, et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. Rev Assoc Med Bras. 2000;46(3):224-31. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000300007

19. Fiorotti KP, Rossoni RR, Miranda AE. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. Rev Bras Educ Med. 2010;34(3):355-62. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300004

20. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):439-44. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400015

21. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2014;38(3):299-313. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003

22. Gomes MPC, Ribeiro VMB, Monteiro DM, et al. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas Ciências Sociais e da Saúde: avaliação dos estudantes. Ciênc Educ (Bauru). 2010;16(1):181-98. DOI: https://doi.org/10.1590/S1516-73132010000100011

23. Silveira JLGC, Rodrigues KF, Shishido M, et al. Pesquisa e extensão em saúde e a aprendizagem nos níveis cognitivo e afetivo. Rev Bras Educ Med. 2015;39(4):550-7. DOI: https://doi.org/10.1590/1981--52712015v39n4e02852014

24. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Rev Bras Educ Med. 2011;35(4):557-66. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016

25. Brandão CR. Educação popular: história, teoria e prática. São Paulo: Cortez; 2002.

26. Oliveira MI, Cruz JG. Ação decolonial do movimento indígena em torno da educação escolar indígena em Manaus-AM. Grau Zero – Rev Crit Cult [Internet]. 2023 [acesso em 2025 set 20];11(1):135-57. Disponível em: https://revistas.uneb.br/index.php/grauzero/article/view/v11n1p135

27. Moreira LM, Mennin RHP, Lacaz FAC, et al. Ligas acadêmicas e formação médica: estudo exploratório numa tradicional escola de medicina. Rev Bras Educ Med. 2019;43(1):115-25. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170141

28. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. Rev Bras Educ Med. 2014;38(1):47-58. DOI: https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100007

29. Pinto HA. O movimento estudantil de Medicina e a transformação da escola médica. Interface Comun Saúde Educ. 2000;4(7):159-60. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000200023

30. Schweickardt JC, Ferla AA, Giatti L, organizadores. A saúde coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida, AM. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2024. (Série Saúde & Amazônia, v. 30). E-book (PDF).

31. Duarte LAÁ, Teles AFF, Oliveira SG, et al. Formação médica à saúde dos povos tradicionais e indígenas: um estudo dos projetos pedagógicos na cidade de Belém-PA, região Amazônica. ARE. 2025;7(2):5932-47. DOI: https://doi.org/10.56238/arev7n2-083

32. Magalhães CM, Rosa CK, Souza TP, et al. Perspectivas de estudantes de Medicina sobre a própria formação e competências para trabalhar com populações indígenas. Rev Bras Educ Med. 2023;47(4):e118. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2021-0475

Recebido em 06/03/2025
Aprovado em 04/09/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

saúde
EM DEBATE

A utopia pode ser concreta

Utopia can be concrete

Marcia Bandini[1], Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos[2]

DOI: 10.1590/2358-2898202514710523P

RESUMO O artigo apresenta entrevista com Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos referência na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, médico e doutor em Saúde Pública pela Fiocruz, que atua como professor no Departamento de Saúde, Direitos Humanos e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, com mais de cem publicações e dezenas de mestrados, doutorados e pós-doutorados. Sua trajetória é inspirada também pela música e pela poesia em encontros que fortalecem a luta coletiva pela saúde dos trabalhadores. Em 2025, defendeu a saúde do trabalhador como direito humano durante a 5ª Conferência Nacional temática, criticando a insuficiência das políticas diante da violência estrutural do trabalho e defendendo a integração de lutas identitárias, propondo novos marcos jurídicos. No auge da pandemia de covid-19, a autora entrevistou Fadel sobre o campo da Saúde do Trabalhador, produzindo o diálogo publicado na revista 'Saúde em Debate', com reflexões sobre os desafios da mobilização social e acadêmica, e perspectivas de transformação do campo.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Política de saúde.

ABSTRACT *The article presents an interview with Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, a leading figure in Worker's Health. He is a physician and holds a PhD in Public Health from Fiocruz, currently serving as a professor in the Department of Health, Human Rights, and Cultural Diversity at the Sergio Arouca National School of Public Health. He has authored over one hundred publications and supervised numerous master's, doctoral, and postdoctoral students. His work is also inspired by music and poetry, which he shares in gatherings that strengthen the collective struggle for workers' health. In 2025, he advocated for workers' health as a human right during the 5th Thematic National Conference, criticising the inadequacy of existing policies in the face of structural workplace violence and promoting the integration of identity-based struggles, proposing new legal frameworks. At the height of the COVID-19 pandemic, the author interviewed Fadel about the field of Worker's Health, producing a dialogue published in Saúde em Debate, reflecting on the challenges of social and academic mobilization and perspectives for transforming the field.*

KEYWORDS *Workers' Health. Surveillance of the Workers Health. Health policy.*

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

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

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

ESCREVER SOBRE LUIZ CARLOS FADEL DE VASCONCELLOS é se referir a uma das pessoas mais admiradas no campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Nosso entrevistado é médico pela Escola de Medicina e Cirurgia e doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Leciona, orienta e supervisiona alunos de especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado no Departamento de Saúde, Direitos Humanos e Diversidade Cultural da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Coordena o Fórum Intersindical Saúde-Trabalho-Direito do Rio de Janeiro e é membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Tem uma produção científica exuberante. Orientou 38 mestrados, 23 doutorados e supervisionou 3 pós-doutorados. Tem mais de cem publicações entre artigos, capítulos e livros. E mais de duas mil citações.

Além de sua contribuição em estudos e pesquisas, Fadel nos inspira também pela música e pela poesia, promovendo encontros e saraus, declamando poemas seus e de outros poetas que nos enchem de esperança para continuarmos firmes e fortes na luta pela saúde de todos os trabalhadores e trabalhadoras de nosso país. Uma luta que é coletiva, um sonho que se sonha junto e se transforma em realidade construída a muitas mãos.

Em 2025, Fadel propôs uma reflexão crítica sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora como direito humano, destacando-a como marco de mudança para a 5ª Conferência Nacional temática. Apontou a insuficiência das políticas atuais diante da violência estrutural do trabalho, diariamente revelada por dados de acidentes e doenças. Critica narrativas que impedem o enfrentamento efetivo do Estado e defende a integração de lutas identitárias. Propõe novos marcos jurídicos e a continuidade do debate pós-conferência, sob o lema 'a 5ª continua'[1].

Durante meus estudos para obtenção do título de livre docência, tive a oportunidade de entrevistar duas dezenas de pessoas de nosso campo. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos foi uma dessas pessoas. A entrevista aconteceu em um período particularmente crítico de nossa história recente – o ano de 2021, no auge da pandemia, com centenas de milhares de mortes no País, a maioria de trabalhadores e trabalhadoras, ainda sem acesso a vacinas. Naqueles dias, o medo pairava no ar, e também a esperança. De norte a sul do Brasil, uma mobilização nada silenciosa reunia a academia com movimentos sociais e sindicais para denunciar as arbitrariedades e violências que vivíamos. Foi nesse contexto que Fadel e eu tivemos a oportunidade de conversar longamente sobre o campo da Saúde do Trabalhador (ST), conversa essa que compartilhamos com os leitores e leitoras da 'Saúde em Debate'.

Entrevistadora – Mais de 30 anos depois da Lei 8.080/1990[2], que organiza a Saúde do Trabalhador (ST), e considerando que o movimento vem de muito antes, na sua perspectiva, de acordo com sua vivência, o que você diria que foi fundamental? O que determinou e viabilizou a construção da ST no cenário daquela época?

Entrevistado – O que considero fundamental é uma coisa que, de alguma maneira, se perdeu e vem se perdendo: a fidelidade e a militância de algo que entendemos por Saúde do Trabalhador (ST), o conceito de ST que foi se perdendo. O conceito de agora foi sendo moldado, arquitetado, estruturado, na prática, a partir dos primeiros movimentos do final dos anos 1970, com a Visat (Vigilância em Saúde do Trabalhador). Conhecemos bem essa história das primeiras semanas de ST em São Paulo (Semsat); depois, a articulação do setor público de saúde e, um pouco mais adiante, a fidelidade – como eu chamei – ao conceito de ST. Ela, a fidelidade ao conceito, é fundamental para nós porque articula o serviço, a academia e a instituição pública fiscal – Ministério do Trabalho –, naquele momento, e a Previdência, de alguma forma também; depois, o SUS; e, fundamentalmente, o movimento sindical.

Depois, teve um aporte teórico muito importante, quando começamos a ter acesso a

bibliografias. Não só a bibliografia da medicina social latino-americana, mas principalmente a bibliografia do modelo operário italiano. Então, você tinha o movimento operário italiano, que considero o grande guia, o guia espiritual da ST. O movimento operário – que moldou o modelo operário – são duas coisas distintas, mas as pessoas confundem. Havia um movimento político articulado com o Partido Comunista Italiano e as centrais sindicais, e o modelo foi o de intervenção dos ambientes de trabalho, do qual usamos, até hoje, muitas das suas prerrogativas, propostas e estratégias. Então, para mim, o fundamental na criação da ST foi a fidelidade. Esse afeto e essa gratidão com esse modelo, que mudou a concepção de ST diante do que temos até hoje, e vamos continuar tendo, que é a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional.

Por exemplo, o texto do René Mendes e da Elizabeth Dias[3], publicado em 1991, dá uma ideia de que a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional são um estágio para a ST. Não, são coisas distintas. Elas não são, digamos assim, um percurso histórico em que vamos redundar na ST. Só vamos redundar na ST, se tiver a mudança estrutural do Estado, e não é o caso. Pelo menos, não nesse nosso contexto.

Então, a ideia de Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador como estágios de uma mesma coisa é uma questão que foi se mantendo. Isso foi importante quando, no processo de reforma sanitária, o movimento sanitário e os intelectuais que estavam vinculados ao movimento sanitário, no campo da ST, lutaram de forma muito importante. E com muita dificuldade para fazer valer na Constituição o conceito de ST. No processo constituinte, a Medicina e Segurança do Trabalho era contrária à ST.

Entrevistadora – Pode falar mais sobre isso?

Entrevistado – Na verdade, houve um embate muito forte, na época, para não se colocar ST na Constituição. E isso, para nós, é muito caro porque a ST traz um conceito histórico. Não só histórico, como também estruturante desse campo. Então, naquele momento em que se fez valer alguma iniciativa mais estruturada, mais legitimada e mais institucionalizada (instituinte), tivemos essa fidelidade ao conceito. Não se faz ST sem a participação dos trabalhadores como mentores, planejadores, os que têm a voz da transformação. Apenas somos, digamos assim, os técnicos, os agentes públicos para moldar, modular e negociar essa transformação, a partir dos trabalhadores. Até lá, no modelo operário, tem uma frase que eu acho muito interessante, que define o conceito de Saúde do Trabalhador como exatamente a junção do saber técnico com o saber profano. Ivar Oddone[4], um dos pensadores do modelo operário italiano, faz uma brincadeira sobre o saber sagrado: nós – os deuses da sabedoria técnica –, que vamos mudar o ambiente e o processo de trabalho, e os saberes profanos dos trabalhadores que desafiam essa sabedoria. Então, essa junção do saber empírico (ou profano) com o saber técnico (ou sagrado) é o que conduz à verdadeira ação para a ST. Para mim, é um pouco isso. Posso complementar?

Entrevistadora – Por favor.

Entrevistado – Essa fidelidade ao conceito vem se perdendo. Hoje, somos uma rede de ST, institucionalizada dentro do SUS, sem ser fiel ao conceito. E não é de agora, porque não é um problema do governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) ou de Michel Temer (2016-2018), pois ela atravessou os governos petistas também; desde sempre, vem atravessando os governos e perdendo essa fidelidade. Participei ativamente da estruturação da Renast e, inclusive, sugiro que você ouça a Professora Jacinta de Fatima Senna da Silva sobre a concepção da Renast, em 1998, 1999, pois ela foi coordenadora ministerial da ST por muitos anos e é uma pessoa muito importante para nós. Ela atuou de 1996 a 2002. Durante esse período, trabalhei com Jacinta; trabalhamos durante cerca de três anos, em Brasília, no Ministério

da Saúde, e concebemos a Renast. Não essa Renast que está aqui. A criação da Renast, como abordo em minha tese de doutorado[5], foi uma traição por dentro do Ministério da Saúde. Fomos traídos, porque éramos a Secretaria de Planejamento e queríamos criar uma Renast, uma rede. O nome já era da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – não tinha no nome ainda a atenção integral, mas já era Renast.

Foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Planejamento, onde ficava a coordenação da ST, e da Secretaria de Assistência, em que ficava a Saúde Ocupacional, que era proforma, uma concorrente, digamos assim, da nossa ST. Criaram uma Secretaria de Saúde Ocupacional, em algum momento, por divergências políticas entre os secretários, e fomos pegos de surpresa. Havia duas pessoas na Secretaria de Saúde Ocupacional, enquanto nós formávamos uma equipe grande, trabalhando para isso, e a Renast foi subtraída por eles e virou uma rede vinculada à alta complexidade do SUS. O financiamento da Renast vem da alta complexidade. O que já é uma aberração, porque a Renast deveria estar vinculada ao planejamento em ST, tendo em vista que as ações de ST são transversais ao SUS – atenção básica, vigilância, assistência, emergência e a alta complexidade, que é o fim da linha. É onde você vai fazer transplante, por exemplo. E então, a pessoa vincula uma área que tem como seu princípio fundamental a transformação do ambiente de trabalho, área essencial da vigilância, da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, e coloca isso dentro da alta complexidade. As justificativas devem ser 'pra boi dormir'. Tudo bem, não tínhamos como brigar porque o dinheiro estava lá. Tivemos diversos embates calorosos em relação a isso, mas a justificativa era o dinheiro, porque não havia recursos financeiros dentro da Secretaria de Planejamento para Ação de Saúde do Trabalhador, e a Renast saiu com um valor em dinheiro. Dinheiro, aliás, que não é usado adequadamente. Para você ter uma ideia, nós já calculamos isso. Eu e Fatima Sueli Neto Ribeiro, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj), calculamos o quanto a Renast teria recebido até uns cinco anos atrás (época da pesquisa). Estava em torno de R$ 1,2 bilhões, e a rede não gastou 10% disso. Ora por não saber gastar, ora por não ter permissão para gastar da forma como se deve. Só aqui no Rio de Janeiro, há pouco tempo, o Cerest estadual tinha R$ 6 milhões em caixa. Os Cerest regionais recebem R$ 30 mil por mês e o estadual, R$ 40 mil por mês. Por ano, são R$ 360 mil, só em cada Cerest regional. Você multiplica isso por dez anos, são R$ 3 milhões. Isso, para um Cerest. Nós temos 210 no Brasil. Como eles gastam? Em compra de viatura, que depois é usada por outras secretarias; pagamento de aluguel onde fica a sede do Cerest; e, eventualmente, compra de equipamento que não serve para nada, porque eles acham que para fazer vigilância, você tem que ter, por exemplo, um medidor de poeira. Quem faz isso é a empresa sob vigilância porque é obrigação dela.

Quando o pessoal do Cerest fala: "*Nós só podemos começar a fazer vigilância quando a gente tiver equipamento*", eu falo: "*Quando o Ministério do Trabalho vai fazer fiscalização, vocês acham que o auditor fiscal vai com equipamento ao local para medir alguma coisa? Não. Ele exige que a empresa faça e depois faz a auditoria, a auditagem do resultado, dos exames*". Estas são as discussões que temos e respondem parte desta primeira pergunta. É como eu vejo para onde estamos caminhando. Com raras exceções, como o trabalho que continua sendo feito em Piracicaba, com Rodolfo Vilela; na Bahia, com Letícia Nobre; no Tocantins; na Paraíba; e alguns poucos locais. Há ações pontuais no Brasil, mas não é uma política, como pensávamos na Renast original. Uma política com um planejamento, que fosse transversal a todos os programas e serviços de saúde do SUS, principalmente da vigilância e, claro, da atenção básica também, que é por onde entram os acidentes de trabalho, as intoxicações. Isso jamais foi conseguido.

Entrevistadora – De 1990 para cá, onde avançamos? Onde não avançamos e por quê?

Entrevistado – Acho que avançamos muito. Até porque, se não tivéssemos avançado, não estaríamos aqui discutindo este tema. Ele podia ter ido para a gaveta lá da Constituição Federal, como tantos foram. Então, a ST é uma área candente, e sabemos que a produção de conhecimento na academia, quando fazemos levantamento em congressos – mesmo dissertações, mestrados, a profusão de teses, trabalhos em congresso –, a ST é enorme. Há uma certa atração pelo tema. É um tema muito sedutor para muitos segmentos, não é? Agora, essa sedução vem distorcida. Então, o que avançamos foi com a sedução, e o que perdemos foi com ações distorcidas. Por exemplo, você vai ver que grande parte dos trabalhos acadêmicos são sobre a doença – por exemplo, a doença da enfermagem na UTI neonatal; a doença do trabalhador metalúrgico em alguma empresa; um caixa de supermercado com LER/Dort. Então, você tem uma avalanche de textos sobre reconhecimento de doenças, diagnóstico, entrevistas com trabalhadores, que, sinceramente, não levam a nada; é mais do mesmo. A importância destes trabalhos para dar visibilidade ao problema não gera intervenções para sua solução. Por isso, fazemos mais do mesmo na ST. Isso é um avanço, mas, ao mesmo tempo, é um avanço distorcido. Outra coisa importante a considerar é que a epidemiologia não gosta de nós. Quem costuma fazer notificação e vigilância epidemiológica do trabalhador somos nós. E de forma muito periférica e capenga, muitas vezes. Quanto à vigilância epidemiológica na academia – eu acho que na Unicamp não deve ser diferente –, nas cadeiras, nas disciplinas, eles não discutem trabalho, eles discutem doenças infecciosas, doenças crônicas. No máximo, discutem acidente e violência, mas com foco em acidente de trânsito, e não colocam o trabalho, por exemplo, como uma categoria central no acidente de trânsito. Então, a epidemiologia, eu diria assim, simplesmente não reconhece a ST, não tem proximidade para ter algum tipo de afetividade epistemológica pela ST. Isso acontece, inclusive, dentro da Escola Nacional de Saúde Pública. Lá, a nossa epidemiologia renega a ST, renega o trabalho como categoria central. Você pode observar que quem produz informação em vigilância epidemiológica do trabalho somos nós, e um dos avanços que tivemos foi a inclusão das doenças ocupacionais nos sistemas de vigilância, na época da Jacinta. Por isso, também acho a Jacinta importante como coordenadora da área ministerial. Quando se começa a colocar na ficha de internação o campo ocupação, em 1996, tem-se um avanço. Depois, incluíram-se no Sistema Nacional de Notificação alguns agravos, e evoluindo com as Portarias Ministeriais. Mas aí, avança e retrocede, como vimos agora, na covid-19, a Portaria de doença relacionada ao trabalho e depois retirada. E quem costuma batalhar por isso são profissionais da ST, Vigilância Epidemiológica, do Ministério da Saúde. Um dos avanços foi começar a cavar uma trincheira de luta para essas questões. E o retrocesso foi não ter reconhecimento.

Outro retrocesso gravíssimo foi na Anvisa, que deliberadamente excluiu a ST. Em 1998, o primeiro presidente da Anvisa falou explicitamente que a Anvisa não ia incluir saúde, trabalho e ambiente porque isto era uma área muito complicada do ponto de vista das relações políticas. Ele verbalizou isso, e a Anvisa desconhece a ST.

Há três anos, orientei uma dissertação de mestrado profissional sobre a Anvisa e a relação com a ST. O maior retrocesso que tivemos foi a Anvisa não ter colocado a ST em sua missão. Como agência reguladora, ela traz no seu regulamento as grandes questões de vigilância da saúde. Quem regulamenta através das resoluções passou a ripa no trabalho. Teoricamente, eles ainda fazem algum trabalho. Mas, por exemplo, em matéria de agrotóxico, é mais balcão de liberação. Sabemos que hoje a Anvisa é totalmente politizada. E mal politizada. Vimos isso aí na pandemia – sobre liberação de medicamentos e agrotóxicos, enfim. Então,

a Anvisa foi um grande problema que tivemos, um nó, e exatamente no ano em que foi um avanço também em outras questões.

Desde 1995, fiz parte da Cist (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) do Conselho Nacional de Saúde, durante uns três ou quatro anos. A Cist propôs uma normativa de Vigilância de Saúde do Trabalhador. Eu fiquei incumbido de fazer o primeiro texto com a Lúcia Trajano, que era da ST (Vigilância Sanitária do Rio Grande do Sul). Eu representava o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e a Lucinha representava o Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Nós dois fizemos o primeiro rascunho da normativa de vigilância, publicada em 1998 como Portaria 3.120 e seu anexo, que você deve conhecer. A normativa, escrita em 1995 e aprovada na Cist, só foi assinada em 1998 pelo José Serra. Ficou três anos na gaveta do ministro do governo Fernando Henrique. Ali, colocamos uma coisa absolutamente temerária para o capital, pois dizíamos que não se faz vigilância sem o planejamento prévio com o sindicato, com os trabalhadores, o movimento sindical. Ou seja, nós fomos fiéis àquilo que eu lhe falei, fomos fiéis àquele pensamento originário da ST. E essa portaria foi assinada não sei por quê! Ficou engavetada, e acho que o Serra estava saindo do ministério e resolveu assinar tudo que estava pendente, e ela passou, e está aí até hoje. Quer dizer, quando a Anvisa nos viu, deve ter ficado com o cabelo em pé, por isso passou a rasteira na ST. Dizíamos claramente que vigilância ao trabalhador é feita com fase preparatória. Acrescento mais um retrocesso: essa Portaria e a ideia que tínhamos de que a ST deveria ser feita pelo SUS, e não paralelamente ao SUS, vêm ao encontro da proposta da Renast original. Quando pensamos a Renast original, como uma rede dentro do SUS, era uma rede de planejamento do sistema, que eu chamava de Inteligência da Saúde do Trabalhador, pois era o núcleo de inteligência para planejar a ST por dentro do SUS. O que foi criado naquela distorção foi a Renast paralela. Era uma rede ao lado de outra rede, não é? Tudo bem que você pode ter também a Rede Cegonha, tem a Rede de Saúde Mental, com os Caps, mas temos que ter um certo cuidado para que essas redes paralelas sejam incorporadas ao sistema, que já é, em si, uma rede. Aliás, está na Constituição que o Sistema Único de Saúde integra uma rede, ele já é uma rede. Por que criar redes paralelas, como é o caso da Renast, se não for para ser uma inteligência da rede maior? Uma das coisas gravíssimas que compõem um retrocesso foi o fato de a Vigilância Sanitária dos Municípios, dos Estados, enfim, a Vigilância Sanitária do Brasil não ter incorporado a ST. Ela continua fazendo apenas a vigilância dos produtos e serviços. Ela vai ao açougue, vê a carne, mas não vê o açougueiro. Essa é a prática. Ela vai ao gabinete odontológico, vê os produtos e a qualidade do serviço do dentista e não vê o dentista. Vai ao local do raio X, ao laboratório e em outros locais, e não vê os trabalhadores da saúde. Isso é a Vigilância Sanitária.

Além disso, ainda tem o problema que a Vigilância Sanitária só lida com o chamado setor regulado. Isso está escrito nas normativas de vigilância sanitária: 'setores de interesse da saúde'. Está nas leis. Então, eu pergunto: "*Vem cá, o cara da construção civil que cai do andaime não é interesse da saúde? O cara que morre num acidente na fábrica metalúrgica não era e não é interesse da saúde?*". Então, isso já é uma distorção gravíssima, que coloca sempre a ST no limbo, na periferia do sistema de saúde.

Já tive embates violentos com questões da Vigilância Sanitária por conta dessa resistência. Eles acham que ST não é com eles. Fora que os auditores fiscais do Ministério do Trabalho também não gostam da ST. Eles acham que quem faz vigilância da ST no SUS está competindo com eles, que isso é uma competição. O lobby dos auditores fiscais do Ministério do Trabalho é forte, e eu teria mil histórias para lhe contar: por exemplo, um fiscal do SUS de ST fazendo uma vigilância num estabelecimento, o dono do estabelecimento liga para alguém do Ministério do Trabalho, porque são amigos, e aí o fiscal vai lá na hora e dá a voz de

prisão ao fiscal do SUS. Isso aconteceu no Rio de Janeiro. Para vocês verem o nível de competição, o nível de desconhecimento e a falta de respeito público. Enfim, que missão ela tem?

Eu mesmo vivi muitas vezes isso quando fazia fiscalização no Rio de Janeiro e, como falamos em retrocessos e avanços, aproveito para lembrar nomes que foram importantes – pelo menos, aqui no Rio – para a ST, pois foram fiéis ao seu conceito, fiéis ao seu princípio. Começo com Jorge Machado; também Christovam Barcelos, que hoje trabalha com geoprocessamento na Fiocruz; a Fátima Sueli (de quem falei), que se agregou ao grupo; a Cláudia Osório, que está na Universidade Federal Fluminense; a Ana Inês Simões, hoje professora da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj); e tantos outros. Todas essas pessoas trabalharam no Rio de Janeiro, na Coordenação da Saúde do Trabalhador, da Secretaria de Estado de Saúde. Jorge foi coordenador; em seguida, eu assumi a coordenação; e depois, a Fátima foi coordenadora. Fomos os três coordenadores no período em que a ST foi valorizada no SUS, principalmente em vigilância. Na época, início dos anos 1990, nós tivemos algumas conquistas importantes: por exemplo, uma lei estadual contra o jateamento de areia em estaleiros navais, a Lei 1.979/92, a primeira no País a proibir uma tecnologia de trabalho por conta de proteção da saúde (prevenção da silicose), que se estendeu para outros setores. Então, foi o primeiro movimento de proibição de uma tecnologia danosa à saúde, por lei estadual. Hoje, já existem normativas federais sobre isso, a partir dessa lei do Rio de Janeiro. Ela é emblemática e citada em vários trabalhos. Isso eu considero um avanço, o avanço que tivemos em alguns Estados, porque, como mencionei, há muitas pessoas que vêm trabalhando com vigilância no Rio, na Bahia, em São Paulo, em vários setores, em vários locais de São Paulo, como a Simone, o Rodolfo, em Piracicaba. Então, tivemos algumas ilhas de tentativa de fazer valer esse conceito mais afinado com a participação dos trabalhadores em todas as etapas.

Entrevistadora – Na sua opinião, o que é o campo da ST hoje? Aonde chegamos?

Entrevistado – Olha, eu orientei uma tese de doutorado que foi defendida no dia 18 de dezembro intitulada 'O mito da Medusa: questão do SUS e saúde do trabalhador', de Luciene Aguiar Dias[6], em que ela faz uma analogia com a mitologia grega. A Medusa é uma mulher belíssima. Você se lembra do mito, não?

Entrevistadora – Sim, os homens olhavam para ela e viravam pedra.

Entrevistado – Exatamente. Ela era muito bonita, uma deusa. Cultivada, inclusive, pela academia. A Deusa da sabedoria, da guerra e do planejamento. Atena, tinha ciúme da Medusa. Quando o irmão de Zeus estuprou Medusa, Atena colocou a culpa na Medusa e a transformou num monstro. Quem olhava para ela, virava pedra. E ela se torna uma mulher horrorosa, com cabelos de cobra, com dente de javali. Hoje, os movimentos feministas têm recuperado o mito da Medusa, por conta de sua culpabilização e condenação à morte por ter sido estuprada.

Quando Medusa é decapitada por Perseu, dela saem dois filhos. Um deles, Pégaso, o cavalo alado, sai galopando com Perseu. O outro filho, o Crisaor, é uma figura meio esquecida. Crisaor se vinga da morte da mãe e fica escondido numa ilha. Na tese da Luciene, a construção mitológica continua, e situa o esconderijo de Crisaor na Utopia, a ilha de Thomas Morus, do livro escrito em 1517. Crisaor fica escondido porque ele passa a ser também pessoa não grata, por ser filho da Medusa e porque não aceitava a morte da mãe. Qual é a analogia que Luciene faz? Zeus resolve voltar porque ele vê o mundo muito conturbado, mas sai da mitologia grega para o mundo atual. Volta como um Deus atual, chamado Mercado. Zeus volta como Mercado, que é o Deus de tudo. E na tese, Karl Polany é lembrado.

Entrevistadora – Autor do livro 'A Grande Transformação'[7]?

Entrevistado – Exatamente, quando o mercado é um moinho satânico. Zeus, em nova roupagem de Deus, incorpora o mercado – um moinho satânico que destrói todas as coisas, das relações sociais às consciências –, destrói o Estado, as relações sociais, a sociedade. Zeus, então, incorpora o mercado e nomeia sua filha Atena, a que matou Medusa, como a encarnação do capital – o capitalismo.

E Perseu, o que matou Medusa, irmão da Atena, passa a ser o Estado, o Estado do capital, a serviço do capital. Então, Mercado (Zeus), Capital (Atena) e o Estado (Perseu) resolvem destruir a ST, porque ela é uma das maiores ameaças ao capital, do ponto de vista da defesa da dignidade dos trabalhadores.

Há um paradoxo. Os próprios capitalistas criaram as primeiras leis de proteção aos trabalhadores, como, por exemplo, a Lei de (Robert) Peel[8], um parlamentar inglês que criou uma lei para proteger os trabalhadores porque precisavam que eles se reproduzissem, porque as fábricas estavam matando os trabalhadores, crianças e mulheres. Assim, nasce no capitalismo, com o Estado inglês, a chamada legislação trabalhista. Não havia sindicatos. A legislação do trabalho, com foco na saúde, é uma invenção do próprio capital.

O primeiro sindicato inglês surgiu somente em 1825 – sindicato dos têxteis de Manchester. Acho que ainda não nos tocamos de que a coisa mais ameaçadora para o capital é a defesa da saúde. Se o capital entendesse a saúde como sustentação da vida, talvez sua ganância fosse contida de alguma forma.

Entrevistadora – Agora, nas suas palavras, o que é a ST no Brasil, atualmente?

Entrevistado – A ST hoje é exatamente isso: ela é uma coisa que não existe mais, porque nós temos um desemprego crescente, o trabalho formal está sendo desregulamentado gradativamente. No início da reforma trabalhista, tentaram mexer; depois, recuaram um pouco, como o trabalho de grávidas. As normas regulamentadoras de proteção da CLT (NRs) estão sendo alteradas pouco a pouco. A perspectiva é desregulamentar as NRs gradativamente. Aliás, já mexeram em várias: a NR 12, das máquinas; a NR 1 foi alterada também. A NR 5, da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa) também vai ser. Não sei se já foi homologada, mas estava sendo mexida, e assim por diante. Então, temos hoje uma desregulamentação em andamento. Estão comendo pelas beiradas. Quanto menos regras, pior para a ST. Por que o sindicalismo foi destroçado? A questão do imposto sindical, de colocar o trabalhador para pagar pelas custas judiciais, isso foi um crime também. O povo não tem nem onde cair morto e ainda tem que pagar as custas judiciais se perder as ações. Então, tudo isso está na reforma trabalhista. Além da Justiça do Trabalho, em que há uma tendência de médio e longo prazo de se esvaziar ou até acabar com ela. Tenho ouvido falar nisso também, volta e meia. Então, temos uma tentativa de desregulamentação. Por que isso? Porque hoje nós temos uma lógica que já invadiu, já realizou a captura da subjetividade, lá do Geovane Alves, do Ricardo Antunes – a subjetividade já está totalmente capturada –, em que os trabalhadores não querem mais emprego formal e pensam que vão ficar ricos como microempreendedores individuais. Temos hoje um crescimento exponencial dos trabalhadores autônomos, microempreendedores. A última estatística que eu vi do IBGE mostra que, em um ano, tinha saltado de 5 milhões de microempreendedores individuais (MEI) para 9 milhões. Isso está crescendo exponencialmente. Essas pessoas vão cuidar da sua própria saúde, é esse o sonho do capital. E vão lutar para ter planos de saúde, que também é capital – capital da saúde, Complexo Médico Industrial, que vai lucrar com isso. E as pessoas vão se virar; vão ter que buscar sua própria saúde, ou

seja, nada. As pessoas vão morrer, tendo apenas o SUS sucateado para lhes salvar. Como já estão morrendo. Entregador de pizza, de produtos, motoqueiro, motoboy. Já morriam, mas agora... E o problema não é só a morte, o problema é que a pessoa fica incapacitada, paraplégica, tetraplégica, em casa. E quem vai cuidar disso? Então, esse é o sonho desse capitalismo perverso. Quando se destrói o estado de bem-estar social na Europa, você tem um avanço violentíssimo do neoliberalismo. O discurso neoliberal, ultraneoliberal, é muito perverso porque ele olha só a questão do capital em si, da lucratividade. A concentração de renda vem aumentando. O ministro (Paulo) Guedes (2019-2023) fala que há um crescimento em 'V'. 'V'? Diz ele que caiu, mas agora vai subir no formato da letra V. Mas outros sabem que o crescimento é em 'K', porque os que estão na descida da haste da letra K vão descer mais, os que estão na subida vão subir mais. Ou seja, quem é rico vai ficar mais rico e quem é pobre vai ficar mais pobre. Você já parou para pensar que este mês, janeiro, por exemplo, em que não vai ter auxílio emergencial, o que vai acontecer com essas pessoas? Já paramos para pensar nisso? Ninguém sabe o que vai acontecer. Eu acho que grande parte vai tentar atuar como 'microempreendedor individual'.

Enfim, do ponto de vista do que é a ST hoje, podemos dizer que ela está em extinção, no sentido de não se ter um Estado regulador que incentive e redimensione a Renast, dentro do SUS. O Ministério do Trabalho, que tinha essa hegemonia da fiscalização, hoje virou secretaria. Os quadros de fiscais na área da saúde foram extintos. Hoje, quem faz a fiscalização de normas de saúde e segurança e ST, das NRs? Quem faz são profissionais auditores fiscais de várias formações, menos médico e engenheiro. Praticamente, não existem mais especializados. Eu também questiono a qualidade do próprio olhar. O profissional vai lá, faz um checklist e segue em frente.

Entrevistadora – Você acredita em oportunidades para a ST se reestruturar, se reinventar, para renascer?

Entrevistado – Para mim, nós lutamos. Sempre falo assim: "*Eu sou muito pessimista*". Mas, quanto mais pessimista, mais eu aumento minha voz e a minha capacidade de lutar. O meu pessimismo foi uma das razões por que eu não me aposentei ainda – também para poder ficar mais por dentro da máquina. Então, há cinco anos, temos, aqui no Rio, um Fórum Intersindical. Esse fórum é uma tentativa de aglutinar a academia, os serviços de ST – que, aliás, são a parte mais frágil – e os sindicatos. É um fórum de formação, resistência e estratégia. Então, quais são as oportunidades? A primeira coisa é podermos ter novas formas de organização intersindical. Isso é fundamental, porque os sindicatos sempre foram muito individualistas. Inclusive, com concorrentes entre si. Isso, inclusive, ainda ocorre quanto à filiação partidária. A ideia do fórum é que não haja partidarização política. Nosso partido é a ST, e não importa se os sindicatos parceiros tenham em sua direção várias correntes partidárias. A disputa entre elas é um problema dos sindicatos. No Fórum Intersindical essa discussão partidária não entra, porque ela puxa para lados que não queremos levar. A pauta que nos une é a ST, independentemente da opção partidária. Este é o nosso lema. Essa é uma questão, mas no fórum produzimos várias coisas.

É fundamental a formação em ST. Já fizemos seis cursos anuais de formação sindical e eles têm uma receptividade e um resultado muito bons. O retorno é muito bom, e a qualificação dos trabalhadores, a partir desses cursos, também é muito boa, do ponto de vista da qualificação da ST. Então, isso é uma questão, a formação com serviços e academia. Várias modalidades de formação – cursos, formação regular, oficinas, grupos de estudo, reuniões ordinárias e periódicas, material didático, boletins... e as colunas diárias no nosso *blog* sobre saúde, trabalho, ambiente, direitos humanos,

e movimentos sindical e sociais. Formação é um ponto fundamental. Formação com uma amplitude maior, com penetração em algumas redes, como YouTube, Instagram. Redes mais civilizadas, porque essas redes de ostentação e de ódio não participamos. O canal do YouTube reúne centenas de vídeos, documentários, que contribuem para a massificação da formação que tentamos fazer a partir do fórum.

A segunda coisa é a estratégia de articulação política. Antes da pandemia, estávamos num processo de criar frentes parlamentares aqui no Rio de Janeiro, sede do fórum. Uma delas foi criada na Câmara dos Vereadores do Rio de Janeiro. Está parada por conta da pandemia. Também criamos uma frente parlamentar na Assembleia Legislativa Estadual. Vários deputados já tinham aderido à ideia, inclusive deputados de centro e de direita, porque, como não somos partidários, estamos dialogando sobre nossa pauta de ST, levando dados de morte, acidente, doença. A criação de frentes parlamentares, para nós, é fundamental, e estávamos negociando com alguns deputados federais a realização de algumas audiências públicas no Congresso Nacional. Uma, inclusive, já estava programada, sobre a Anvisa na sua relação com a ST, porque ela não trabalha as suas resoluções colegiadas para pensar no trabalho. Está na Constituição, muito claramente. Ainda não andou por causa da pandemia.

O fórum e as frentes têm se expandido para vários lugares, como Goiás, Paraíba, Mato Grosso, Brasília, mas as pernas são curtas, e ainda não se instalou plenamente em lugar nenhum. Recentemente, o Acre iniciou a formação de um fórum. Goiás tem um fórum formado, que funciona mais ou menos, não da forma como gostaríamos. Então, a ideia é ampliar os fóruns. Claro que a pandemia está prejudicando muito. Criar fóruns em todos os Estados brasileiros, fóruns intersindicais, é a questão. O fórum sindical tem uma missão fundamental, que é trabalhar a formação dos trabalhadores com os sindicatos e o serviço.

Então, as estratégias principais são: articulação com parlamento, articulação não só pela criação de frentes parlamentares, como audiências públicas. A outra coisa importante é que realizamos o encontro 'A Saúde do Trabalhador para além do umbigo', há dois anos. Precisamos sair do nosso umbigo de ST, porque no movimento sindical, grande parte dos sindicalistas são negros, e eles não discutem racismo, racismo estrutural, não se articulam com o antirracismo, por exemplo. O movimento sindical tem poucas mulheres porque eles não dão voz às mulheres, não discutem violência contra a mulher. O movimento sindical não tem nenhuma palavra de apoio, de luta conjunta com o movimento anti-homofobia. Sabemos que é difícil encontrar dirigente sindical homoafetivo. Os que existem, onde estão, se essa pauta não é sindical? Há um apagamento dessas diversidades, então, o que discutimos foi um seminário de três dias lá em João Pessoa, com o tema 'Saúde do Trabalhador para Além do Umbigo', que é urgente para o sindicalismo brasileiro. Os que restarem, que sobreviverem, devem se associar às lutas dos movimentos sociais de uma maneira mais organizada, mais orgânica, mais visceral. Trazer para dentro do sindicalismo a discussão do racismo, da violência contra a mulher, da participação feminina, do movimento LGBTQIA+ e, por outro lado, levar para esses movimentos a categoria do desemprego, a questão do adoecimento do trabalhador. É uma iniciativa de dupla mão, porque lá no movimento negro antirracista só tem trabalhador ou desempregado, e eles têm que discutir, conhecer, se apropriar desse conhecimento.

Entrevistadora – E o *blog* Multiplicadores de Visat?

Entrevistado – Estamos formando pessoas no Brasil. O projeto está vinculado ao fórum. Colocamos o fórum como instrumento do projeto, e uma orientanda de mestrado, Isabella Maio, bolsista no projeto do Fórum, colabora na organização das plataformas pedagógicas de formação. Seu objeto de mestrado é avaliar

o *blog* e seus conteúdos, a partir da percepção dos usuários.

Entrevistadora – Há esperança?

Entrevistado – É, não tem como não falar em esperança, não é? Mas eu acho que a esperança tem um aspecto pacífico demais. A esperança de que vai melhorar e ficar esperando, é muito passiva. A ideia de esperançar de Paulo Freire traz melhor a ideia do movimento de que não adianta só você ter esperança, é preciso fazer valer. O que eu considero mais, ao invés de esperança, tema da tese de doutorado da Luciene, é a chamada via concreta: a utopia. Sabemos que a utopia é aquela coisa irreal, assim como objetivo longínquo, o horizonte. Tem até aquela frase do Fernando Birri, que o Eduardo Galeano[9] publicizou para nós: 'Para que que serve a utopia? Serve para caminhar'. Conhece bem esta frase, não é?

Entrevistadora – Conheço bem.

Entrevistado – Então, eu acho que serve para caminhar, mas a utopia não serve só para caminhar. A utopia pode ser concreta. E quando você tem alegria, você consegue concretizar alguma coisa – utopia concreta, tá? Porque senão, tudo fica na linha da esperança, da distância. Por exemplo, quando seguimos o movimento sindical, o movimento de luta antirracista e contra a violência contra a mulher, inclusão da mulher, é uma utopia concreta. Ela é uma utopia. Eu gosto mais dessa expressão do que da expressão esperança. Utopia concreta não é uma expressão minha, não, tá? Thomas Morus e Ernst Block falam alguma coisa nessa linha, e utopia concreta, para mim, é movimento também. Você tem o movimento, que é o caminhar em direção ao horizonte, que é onde está a utopia, mas você vai conquistando o caminho. Essa utopia se concretiza também. E não só pelo caminhar, mas pelas coisas que você conquista no caminho. Você vai colhendo flores, por exemplo, não caminha só. Você vai pegando a frutinha da árvore no seu caminho, você vai se alimentando. Então, essa é a expressão que eu usaria mais.

Colaboradores

Bandini M (0000-0003-2899-090X)* e Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Vasconcellos LCF, Maio IS, Lima DOC. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano: tempo de mudança! Saúde debate. 2025;49(Esp 2):e10597. DOI: https://doi.org/10.1590/2358--28982025E210597P

2. Presidência da República (BR). 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] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2025 out 14]; Edição 182; Seção I:18055-9, [acesso em 2025 out 14]; Seção 1:18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Pública. 1991;25(5):341-9. DOI:* https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003

4. Oddone I, Re A. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.* São Paulo: Hucitec; 1986.

5. Vasconcellos LCF. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

6. Dias LA. *O mito da Medusa: gestão do SUS e saúde do trabalhador* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2020.

7. Polanyi K. *A grande transformação: as origens da nossa época.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

8. United Kingdom. *Health and Morals of Apprentices Act, 1802* (42 Geo. 3. c. 73). London: Parliament of Great Britain; 1802.

9. Galeano E. *As veias abertas da América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1971.

Recebido em 15/04/2025
Aprovado em 20/10/2025
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Ronaldo Teodoro

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 periocidade 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 apor-tem 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 p*eriódico, exceto o*nde 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 Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos 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 sobrescritas 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, elabora-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 Nº 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 metadados – 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 financiado 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: texo elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

Documento y testimonio: trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

El texto debe contener

En la primera página:

Título: expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

Resumen: en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras clave: al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: http://www.icmje.org. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

Introducción: con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

Material y métodos: descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Resultados y discusión: pueden presentarse juntos o en ítems separados

Conclusiones o consideraciones finales: depende del tipo de investigación realizada.

Referencias: deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149.

2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx, y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo – Documento complementario'.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA EXECUTIVA | *EXECUTIVE EDITOR*
Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9207943886703570 – Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2652-3435 – e-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORAS ASSISTENTES | *ASSISTANT EDITORS*
Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1758817428057120 – Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1615-9177 – e-mail: carina.revisao@cebes.org.br
Luiza Nunes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9703261480379007 – https://orcid.org/0009-0004-3644-644X – e-mail: luizapnunes@gmail.com

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | *LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING*
Rita Loureiro. http://www.apoioacultura.com.br – ritaloureiro@gmail.com

DESIGN DE CAPA | *COVER DESIGN*
Alex I. Peirano Chacon

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

A2Z Serviços de Idiomas e Soluções em Gestão LTDA (inglês/*english*)
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*)
Gabriel Zamora Salinas (espanhol e inglês/*spanish and english*)
Jean Pierre Barakat (inglês/*english*)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/*portuguese and english*)
Lígia Girão (inglês/*english*)
Luiza Nunes (normalização/*normalization*)
Paula Santos Diniz (inglês/*english*)
Simone Basilio (português e inglês/*portuguese and english*)
Wanderson Ferreira da Silva (normalização, português e inglês/*normalization, portuguese and english*)

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*
Diadorim
Directory of Open Access Journals (Doaj)
Capes Periódicos
Google Acadêmico
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Miguilin – Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras
Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

A revista Saúde em Debate é associada à
Associação Brasileira de Editores Científicos

Apoio

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2025.

v. 49. n. 147; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2025-2026)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2025-2026)
Presidente: Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial: Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
André Luiz da Silva Lima e Mello
Alcides Silva de Miranda
Claudia Maria de Rezende Travassos
Itamar Lages

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*
Iris da Conceição
José Leonidio Madureira de Sousa Santos (presidente)
Maria Lúcia Freitas Santos
Suplentes | *Substitutes*
Ana Taisa da Silva Falcão
Camila Ramos Reis
Maura Vanessa Silva Sobreira

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*
Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Carlos Octávio Ocké Reis
Dalia Elena Romero Montilla
Danilo Aquino Amorim
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jamilli Silva Santos
José Carvalho de Noronha
Lizaldo Andrade Maia
Luisa Regina Pessoa
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Ronaldo Teodoro dos Santos
Ronaldo De Souza Costa

SECRETÁRIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*
Giovanna Bueno Cinacchi

GESTORA FINANCEIRA | *FINANCIAL MANAGER*
Cristina Santos

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | *COMMUNICATION TEAM*
Clara Fagundes
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | (21) 97198-8249

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
www.cebes.org.br www.saudeemdebate.org.br