



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 45, NÚMERO 130  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2021  
ISSN 0103-1104

## SAÚDE EM DEBATE

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

### EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

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

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

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

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

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

### EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

### DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

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

### DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Karina Fuginelli (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

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

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Cristiane Negrão (português/portuguese)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

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

Maria Cristina R. Otálora (espanhol/spanish)

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

Paula Santos Diniz (inglês/english)

Simone Basilio (português/portuguese)

Todd Irwin Marshall (inglês/english)

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

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

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

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

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

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

Scientific Electronic Library Online (SciELO)

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

el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 45, NÚMERO 130  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2021

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

555 **Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica**

*Hunger, unemployment, corruption, and preventable deaths: faces of necropolitics*

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

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

563 **A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura**

*The Brazilian Health Reform during the Dilma governments: an analysis of the conjuncture*

Camila Ramos Reis, Jairnilson Silva Paim

575 **Governança e coordenação intersetorial de políticas públicas: a Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional**

*Governance and intersectoral coordination of public policies: the Intersectoral Chamber for Food and Nutritional Security*

Verena Duarte Moraes, Cristiani Vieira Machado, Rosana Magalhães

590 **Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio**

*Expressions of precarious working conditions in the rules of the game: Social Organizations in Primary Care in the municipality of Rio*

Júlia Matos da Fonseca, Sheyla Maria Lemos Lima, Marcia Teixeira

603 **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais em hospital universitário**

*Satisfaction and dissatisfaction in the work of professionals at a university hospital*

Magda Duarte dos Anjos Scherer, Jacks Soratto, Letícia de Lima Trindade, Denise Elvira Pires de Pires, Lusmair Martins de Brito

618 **Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro**

*Social networks and team configurations in a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro*

Tarciso Feijó da Silva, Tatiana Cabral da Silva Ramos, Helena Maria Scherlowski Leal David

633 **¿De qué hablamos cuando decimos 'Estilos de Vida?': la experiencia de una comunidad educativa en Colombia**

*What are we talking about when we say 'Lifestyles?': The experience of an educational community in Colombia*

Ana Yibby Forero Torres, Edna Rocio Rubio Galvis

647 **Qualificação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: análise segundo os ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**

*Qualification of Family Health Care Expanded Support Centers: analysis according to the Program for Improving Access and Quality of Primary Care cycles*

Erildo Vicente Muller, José Lucas Meira Stler, Manoelito Ferreira Silva Junior

666 **Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil**

*Nurses' performance in distinct models of Primary Health Care in Brazil*

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Larissa Fungueto, Maristela Salete Maraschin, Nelsi Salete Tonini

- 681**     **Histórico familiar para câncer de mama em mulheres: estudo populacional em Uberaba (MG) utilizando o Family History Screen-7**  
*Family history of breast cancer in women: a population-based study in Uberaba (MG) using the Family History Screen-7*  
Mariana Colombini Buranello, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, Gilberto de Araújo Pereira, Shamyry Sulyvan de Castro
- 691**     **Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018**  
*Proportional mortality in Brazil's indigenous population in the years 2000, 2010, and 2018*  
Francielle Thalita Almeida Alves, Elton Junio Sady Prates, Luis Henrique Prado Carneiro, Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá, Érica Dumont Pena, Deborah Carvalho Malta
- 707**     **O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes?**  
*The profile of health technologies incorporated in SUS during 2012-2019: who are the mainly demanders?*  
Francisco José Rodrigues Filho, Michelly Cristiny Pereira
- 720**     **O estudante de medicina e seu percurso acadêmico: uma análise de postagens sobre sofrimentos**  
*The medical student and his academic career: an analysis of postings of suffering*  
Andréia Ferreira dos Santos, Lana Veras
- 733**     **Perspectivas de brasileiros durante a pandemia da Covid-19: uma análise sobre autocuidado e bioética ambiental**  
*Perspectives of Brazilians during the Covid-19 pandemic: an analysis of self-care and environmental bioethics*  
Marta Luciane Fischer, Thiago Rocha da Cunha, Tuany Anna Maciel Burda
- ENSAIO | ESSAY
- 748**     **A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19**  
*The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19*  
Ligia Giovannella, Valentina Martufi, Diana Carolina Ruiz, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Aylene Bousquat, Rosana Aquino, Maria Guadalupe Medina
- 763**     **A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde**  
*The voice of the community in confronting Covid-19: proposals for reducing health inequities*  
Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Fernanda Beatriz Melo Maciel, Poliana Cardoso Martins, Adriano Maia dos Santos, Níliá Maria de Brito Lima Prado
- 778**     **El papel de la atención primaria en Guatemala para la Covid-19: límites y potencialidades**  
*Guatemala's primary healthcare role in Covid-19: limits and potentialities*  
Cristian David Osorio Figueroa

**795 Análise de conjuntura em saúde: aspectos conceituais, metodológicos e técnicos***Conjuncture Analysis of the Health: conceptual, methodological and technical aspects*

Camila Ramos Reis, Jairnilson Silva Paim

**807 Judicialização da saúde: as teses do STF***Judicialization of health: the theses of the STF*

Lenir Santos

**819 Erro diagnóstico subsidia pacote de reformas que mina a Estratégia Saúde da Família***Misdiagnosis subsidizes a package of reforms that undetermines the Family Health Strategy*

Ricardo Donato Rodrigues

**832 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres***National Policy for Integral Attention to Women's Health: leading role of the women's movement*

Kátia Souto, Marcelo Rasga Moreira

**847 Deficiência: palavras, modelos e exclusão***Disability: words, models and exclusion*

Paulo Henrique dos Santos Mota, Aylene Bousquat

## RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

**861 Exposição 'Zika Vidas que Afetam': um relato de experiência***Exhibition 'Zika Affecting Lives': an experience report*

Lenir Silva, Mariana Albuquerque, Marta Fabíola Mayrink

## REVISÃO | REVIEW

**871 Características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19: revisão integrativa da literatura***Characteristics of health professionals affected by Covid-19: an integrative literature review*

Roseany Patrícia da Silva Rocha, João Lucas Campos de Oliveira, Ariana Rodrigues da Silva Carvalho, Bruno Augusto Barros e Matos, Leandro Felipe Mufato, Antônio Cesar Ribeiro, Gleicy Kelly Teles da Silva

**885 Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura***Mental health and Covid-19: an integrative literature review*

Larissa Aline Carneiro Lobo, Carmen Esther Rieth

**902 Dispositivos de uso único: políticas de regulação de reuso e implicações para a saúde coletiva***Single-use devices: reuse regulation policies and implications for public health*

Eliana Auxiliadora Costa, Ediná Costa

**915 Avaliação de programas de atenção pós-parto no Brasil: perfil bibliométrico da produção científica (2000-2019)***Evaluation of postpartum programs in Brazil: bibliometric profile of scientific production (2000-2019)*

Ana Maria Bourguignon, Zulmira Hartz, Dirceia Moreira

# Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica

Ana Maria Costa<sup>1,2</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>1,3</sup>, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato<sup>1,4</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113000

**O POVO BRASILEIRO PADECE DAS AGRURAS ORIUNDAS DA ADOÇÃO DE POLÍTICAS** econômicas praticadas pelo governo, que se submete aos interesses do mercado e do capital em detrimento das necessidades e demandas da população. As elites nacionais sempre foram favorecidas nos diferentes governos, mas as discretas mudanças voltadas à redução das desigualdades, ocorridas nos governos Lula e Dilma, provocaram reações a ponto de justificar o golpe institucional-midiático de 2016.

Desde o início, a gestão de Michel Temer alinhou-se aos princípios neoliberais e implementou medidas que supostamente salvariam a economia, mas muito amargas para o povo: a reforma trabalhista, que subtraiu direitos dos trabalhadores, e a Emenda Constitucional 95, que congelou por 20 anos os investimentos sociais do governo federal. A insistência por esse caminho, que já vinha sendo desestimulado por instituições multilaterais, aprofundou o desemprego, a fome e as desigualdades sociais, sem provocar nenhum dinamismo na economia nacional.

Esse já era o cenário social e econômico quando a pandemia da Covid-19 se iniciou em fevereiro de 2020, ou seja, a pandemia não deve ser responsabilizada isoladamente pelas convergentes crises sanitária, econômica e política que assolam o País. Bolsonaro assumiu o comando em 2019 alicerçado na concepção de um Estado voltado a favorecer, ampliar e fortalecer o mercado, apoiado na implementação de uma política econômica fundada na redução dos gastos públicos e na privatização das empresas que compõem o patrimônio nacional. Com o desemprego crescente, um Produto Interno Bruto (PIB) inexpressivo e sem projeto para o Brasil, o governo vem claudicando desde seu primeiro ano de gestão, ao mesmo tempo que inunda a opinião pública de *fake news*, disseminando o ódio e a intolerância, alimentando com discursos e ideias antidemocráticas uma horda de fanáticos apoiadores que clamam pela intervenção militar e pela destruição das instituições da nossa democracia.

A pandemia e as consequências agravadoras das crises deixam marcas dolorosas. O luto das famílias de quase 600 mil vítimas, o gigantesco desemprego e a fome que atinge grande parcela da população de norte a sul do País geram desesperança e reduzem as perspectivas de futuro. Pesquisa de opinião realizada no final de 2020<sup>1</sup> revelou que 59% dos domicílios entrevistados estavam em situação de insegurança alimentar e que pelo menos 15% conviviam com a falta diária e constante de ter o que comer. Essa situação se agravou ao longo de 2021, uma vez que o desemprego aumentou, o auxílio emergencial

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com)

<sup>2</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



foi interrompido de janeiro a abril, o valor pago foi reduzido, e a inflação está perto de 8%, sendo a elevação dos preços do grupo dos alimentos os mais representativos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>2</sup> mostram que o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), indicador oficial de inflação da baixa renda, já subiu 5,9% de janeiro a setembro de 2021, em uma das maiores altas para o período nos últimos 20 anos. Uma inflação que penaliza sobremaneira os mais pobres.

A omissão, a incompetência e o negacionismo do governo federal no enfrentamento da pandemia imobilizaram o Ministério da Saúde, que não assumiu o seu papel de coordenador do Sistema Único de Saúde (SUS), não comprou vacinas, testes e insumos em tempo oportuno. Além disso, a falta de planejamento fez com que deixasse vencer a validade de vacinas, medicamentos, testes de diagnóstico, entre outros itens no valor de R\$ 243 milhões, os quais serão incinerados<sup>3</sup>.

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) instalada no Senado Federal vem exibindo ao Brasil a radiografia grotesca da corrupção no interior do governo, envolvendo militares, gestores, empresários, religiosos e políticos que se locupletaram para enriquecer com a crise sanitária, a dor e a morte dos brasileiros. Todos os dias, vêm à luz novas denúncias que envolvem desde negociatas até a realização de ‘estudos’ com resultados encomendados para justificar o uso de medicamentos sem eficácia para a Covid-19, de interesse da presidência da República. Brasileiros seguem estarrecidos com a dimensão e a gravidade dos crimes que envolvem o presidente e que embasam e justificam os mais de cem pedidos de *impeachment* sistematicamente ignorados pelo presidente da Câmara Federal em seu interesse e em obediência às elites endinheiradas que comandam a política nacional e desdenham da pobreza existente no País, como bem observou Noam Chomsky em recente entrevista: “raramente vi um país onde a elite tem tanto desprezo pelos pobres como o Brasil”<sup>4</sup>.

A necropolítica do governo federal já provocou a morte de quase 600 mil pessoas pela Covid-19, milhares delas evitáveis. Hallal<sup>5</sup> afirma que de cada cinco mortes ocorridas no Brasil por essa doença, quatro poderiam ter sido evitadas. O cálculo se baseia na mortalidade por milhão de habitantes, sendo que, no mundo, morreram 488 pessoas por cada milhão de habitantes; e no Brasil, 2,3 mil mortes por cada milhão de habitantes, ou seja, quatro vezes mais que a média mundial.

Werneck et al.<sup>6</sup> consideram mortes evitáveis por Covid-19 aquelas que não ocorreriam se fossem adotadas ações populacionais e ações em serviços de saúde. As ações populacionais se constituem de medidas para redução dos níveis de transmissão da doença com consequente redução do número de casos e mortes, como: fechamento provisório de atividades econômicas, distanciamento físico, redução da mobilidade, limitação de aglomerações, controle de portos, aeroportos e fronteiras. As ações em serviços de saúde compreendem medidas para redução da gravidade da doença e a morte, compreendidas por cuidados ambulatoriais e hospitalares. As medidas para redução da probabilidade de infecção compreendem tanto ações populacionais como ações de serviços de saúde: proteção individual, rastreamento de casos, rastreamento prospectivo e retroativo de contatos, isolamento, quarentena e vacinas.

Certamente, o desrespeito intencional do governo federal à ciência, às recomendações internacionais e às autoridades sanitárias; a ausência de coordenação nacional no enfrentamento da pandemia, a demora na aquisição de vacinas – único medicamento capaz de prevenir mortes por Covid-19 – acumulam-se como responsáveis pelas centenas de milhares de mortes evitáveis ocorridas pela doença no País.

Passados oito meses após o início da vacinação, em 17 de janeiro de 2021, apenas 35% da população está completamente vacinada com duas doses do imunizante ou com dose única, e 67,3% tomaram pelo menos uma dose da vacina<sup>7</sup>. Isso está muito aquém do desejado e da capacidade que o SUS tem de realizar campanhas de vacinação em massa no Brasil. A lentidão da vacinação mantendo a baixa cobertura vacinal facilita a propagação do vírus, a emergência de novas variantes e aumenta ainda mais o número de mortes evitáveis. Embora, neste momento, haja uma clara redução da taxa de contaminação e das mortes por Covid-19, resultante da vacinação, segue preocupante a disseminação da variante Delta em alguns estados. A recomendação da terceira dose ou dose de reforço especialmente aos idosos e a extensão da aplicação das vacinas aos adolescentes e infantes estão no centro de embates e joguetes políticos entre governos federal e estaduais.

Nesse cenário, o País se consolida como um dos países que mais sofreram os impactos da pandemia sem qualquer estratégia para evitar ou proteger a população. Reconstruir o Brasil irá requerer o envolvimento e o trabalho de todos, particularmente das forças democráticas que reconhecem um destino digno ao povo e à nação brasileira.

A pandemia comprovou a importância do SUS, mas ele permanece ameaçado pelas políticas neoliberais e pela sanha dos que querem se servir dele para enriquecer. As necessidades de saúde vão aumentar pelos efeitos deletérios da crise social e econômica, pelo represamento das medidas de saúde durante a pandemia e pelas sequelas ainda desconhecidas decorrentes da Covid-19. Precisaremos de um SUS mais forte, com mais recursos e mais presente na vida da população. Contudo, permanece forte a proposta de que há que se controlar os gastos públicos e reduzir o tamanho do Estado. A população sabe bem o que é controlar gastos e não defende dispêndio, mas, com certeza, defende que tamanho bom de Estado é aquele no qual cabem o bem-estar e os direitos dos cidadãos. É urgente acabar com o teto de gastos, que já se mostrou falido. Para mais recursos, precisamos de uma reforma tributária que proteja o trabalho e a produção e que cobre dos ricos e do capital improdutivo.

Para a comunidade do campo da saúde, fica o desafio de retomar as bases da reforma sanitária em ação política permanente que aprofunde a consciência coletiva com valores da democracia e da importância dos direitos sociais e da saúde.

## Colaboradoras

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

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Galindo E, Teixeira MA, Araújo M, et al. Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. Berlin: Food for Justice; 2021. [acesso em 2021 set 4]. Disponível em: [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/29813/WP\\_%234\\_final\\_version.pdf?sequence=2](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/29813/WP_%234_final_version.pdf?sequence=2).
2. Fernandes F. IPCA-15: Inflação de alimentos aumentou mais do que o dobro em agosto. Correio Braziliense. 2021 ago 25. [acesso em 2021 set 4]. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2021/08/4945759-ipca-15-inflacao-de-alimentos-aumentou-mais-do-que-o-dobro-em-agosto.html>.
3. Carta Capital. Governo Bolsonaro deixa vencer R\$ 243 mi em vacinas, testes e remédios. Carta Capital. 2021 set 6. [acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cartaexpressa/governo-bolsonaro-deixa-vencer-r-243-mi-em-vacinas-testes-e-remedios/>.
4. Brasil247. “Raramente vi um país onde a elite tem tanto desprezo pelos pobres como o Brasil”, diz Noam Chomsky. Brasil 247. 2021 ago 30. [acesso em 2021 set 6]. Disponível em: <https://www.brasil247.com/ideias/raramente-vi-um-pais-onde-a-elite-tem-tanto-desprezo-pelos-pobres-como-o-brasil-diz-noam-chomsky>.
5. BNews. CPI da Covid: Autores de estudo sobre mortes por coronavírus evitáveis depõem nesta quinta-feira. BNews. 2021 jun 24. [acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://www.bnews.com.br/noticias/politica/312106,cpi-da-covid-autores-de-estudo-sobre-mortes-por-coronavirus-evitaveis-depoem-nesta-quinta-feira.html>.
6. Werneck GL, Bahia L, Moreira JPL, et al. Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil. [acesso em 2021 set 6]. Disponível em: [https://idec.org.br/sites/default/files/mortes\\_evitaveis\\_por\\_covid-19\\_no\\_brasil\\_para\\_internet\\_1.pdf](https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf).
7. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. 2021. [acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=BRA>.

# Hunger, unemployment, corruption, and preventable deaths: faces of necropolitics

Ana Maria Costa<sup>1,2</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>1,3</sup>, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato<sup>1,4</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042021130001

**THE BRAZILIAN PEOPLE SUFFER FROM THE HARDSHIPS ARISING FROM** the adoption of economic policies practiced by the government, which submits to the interests of the market and capital to the detriment of the population's needs and demands. The national elites have always been favored in different governments, but the discreet changes that aimed at reducing inequalities, which took place in the Lula and Dilma administrations, provoked reactions to the extent of justifying the institutional-media coup of 2016.

From the beginning, Michel Temer's administration aligned itself with neoliberal principles and implemented measures that would allegedly save the economy, but very bitter for the people: the labor reform, which took away workers' rights, and the Constitutional Amendment 95, which froze for 20 years social investments by the federal government. The insistence on this path, which was already being discouraged by multilateral institutions, deepened unemployment, hunger, and social inequalities, without causing any dynamism in the national economy.

This was already the social and economic scenario when the Covid-19 pandemic began in February 2020, that is, the pandemic should not be held separately responsible for the converging health, economic, and political crises that plague the country. Bolsonaro took office in 2019 based on the conception of a State aimed at favoring, expanding, and strengthening the market, supported by the implementation of an economic policy based on the reduction of public spending and on the privatization of companies that make up the national heritage. With growing unemployment, an inexpressive Gross Domestic Product (GDP), and no project for Brazil, the government has been limping since its first year in office, while flooding public opinion with fake news, spreading hatred and intolerance, feeding with anti-democratic speeches and ideas a horde of fanatical supporters calling for military intervention and the destruction of the institutions of our democracy.

The pandemic and the aggravating consequences of the crises leave painful marks. The mourning of the families of nearly 600,000 victims, the massive unemployment and hunger that hits a large portion of the population throughout the country generate hopelessness and reduce the prospects for the future. An opinion poll carried out at the end of 2020<sup>1</sup> revealed that 59% of the households interviewed were in a situation of food insecurity and that at least 15% lived with a daily and constant lack of food. This situation worsened throughout 2021, as unemployment increased, emergency aid was interrupted from January to April, the amount of money paid was reduced, and inflation is close

<sup>1</sup>Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com)

<sup>2</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) - Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.



to 8%, with rising prices in the food group being the most representative ones. Data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE)<sup>2</sup> show that the National Consumer Price Index (INPC), the official indicator of low-income inflation, has already risen 5.9% from January to September 2021, in one of the highest rises for the period in the last 20 years. An inflation that heavily penalizes the poorest.

The omission, incompetence, and denial of the federal government in fighting the pandemic immobilized the Ministry of Health, which did not assume its role as the coordinator of the Unified Health System (SUS), did not buy vaccines, tests and supplies in a timely manner. Furthermore, the lack of planning caused the expiration of vaccines, medicines, diagnostic tests, among other items worth R\$ 243 million, which will be incinerated<sup>3</sup>.

The Parliamentary Inquiry Commission (CPI) installed in the Federal Senate has been showing Brazil the grotesque x-ray of corruption within the government, involving the military, managers, businessmen, religious men, and politicians who have indulged themselves to enrich with the health crisis, the pain, and the death of the Brazilian people. Every day, new accusations come to light that involve everything from negotiations to the carrying out of 'studies' with results ordered to justify the use of drugs without efficacy for Covid-19, which are of interest to the Presidency of the Republic. Brazilians continue to be appalled by the dimension and seriousness of the crimes involving the president and which support and justify the more than one hundred impeachment requests systematically ignored by the president of the Federal Chamber in his interest and in obedience to the wealthy elites who command national politics and disdain poverty in the country, as noted by Noam Chomsky in a recent interview: "I have rarely seen a country where the elite has such contempt for the poor as Brazil"<sup>4</sup>.

The federal government's necropolitics have already caused the death of nearly 600,000 people by Covid-19, thousands of them preventable. Hallal<sup>5</sup> states that out of every five deaths that take place in Brazil by this disease, four could have been avoided. The calculation is based on mortality per million inhabitants, whereas, in the world, 488 people died per million inhabitants; and in Brazil, 2.3 thousand deaths per million inhabitants, that is, four times more than the world average.

Werneck et al.<sup>6</sup> consider preventable deaths by Covid-19 as those that would not occur if populational actions and actions in health services were adopted. Populational actions are measures to reduce the levels of transmission of the disease with a consequent reduction in the number of cases and deaths, such as: temporary closure of economic activities, physical distancing, reduced mobility, limitation of agglomerations, control of ports, airports and borders. Actions in health services include measures to reduce the severity of illness and death, including outpatient and hospital care. Measures to reduce the probability of infection include both populational actions and health service actions: individual protection, case tracking, prospective and retroactive contact tracking, isolation, quarantine, and vaccines.

Certainly, the federal government's intentional disregard for science, international recommendations and health authorities; the lack of national coordination in fighting the pandemic, the delay in acquiring vaccines – the only medicine capable of preventing deaths from Covid-19 – have accumulated as being responsible for the hundreds of thousands of preventable deaths caused by the disease in the country.

Eight months after the beginning of vaccination, on January 17, 2021, only 35% of the population is fully vaccinated with two doses of the immunizing agent or with a single

dose, and 67.3% have taken at least one dose of the vaccine<sup>7</sup>. This is far from what is desired and far from the capacity that SUS has to carry out mass vaccination campaigns in Brazil. The slowness of vaccination keeping the vaccine coverage low facilitates the spread of the virus, the emergence of new variants, and further increases the number of preventable deaths. Although, at this time, there is a clear reduction in the rate of contamination and deaths by Covid-19 resulting from vaccination, the spread of the Delta variant in some states is still worrying. The recommendation of the third dose or booster dose, especially for the older people, and the extension of the application of vaccines to adolescents and infants are at the center of political disputes and games between the federal and state governments.

In this scenario, the country consolidates itself as one of the nations that suffered the most from the impacts of the pandemic without any strategy to avoid or protect the population. Rebuilding Brazil will require the involvement and work of everyone, particularly the democratic forces that recognize a dignified destiny for the Brazilian people and nation.

The pandemic proved the importance of the SUS, but it remains threatened by neo-liberal policies and the anger of those who want to use it to get rich. Health needs will increase due to the deleterious effects of the social and economic crisis, the damming of health measures during the pandemic, and the still-unknown sequelae resulting from Covid-19. We will need a stronger SUS, with more resources and more present in the lives of the population. However, the proposal that it is necessary to control public spending and reduce the size of the State remains strong. The population knows very well what it is to control expenditures and does not advocate spending, but it certainly defends that a good size for the State is the one in which the well-being and rights of citizens fit. It is urgent to end the expenditure ceiling, which has already proved bankrupt. For more resources, we need a tax reform that protects labor and production and charges the rich and the unproductive capital.

For the community in the field of health, it is left the challenge of recovering the bases of health reform in permanent political action that deepens collective awareness with values of democracy and the importance of social and health rights.

## Collaborators

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

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## References

- Galindo E, Teixeira MA, Araújo M, et al. Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. Berlin: Food for Justice; 2021. [acesso em 2021 set 4]. Disponível em: [https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/29813/WP\\_%234\\_final\\_version.pdf?sequence=2](https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/29813/WP_%234_final_version.pdf?sequence=2).
- Fernandes F. IPCA-15: Inflação de alimentos aumentou mais do que o dobro em agosto. Correio Braziliense. 2021 ago 25. [acesso em 2021 set 4]. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/economia/2021/08/4945759-ipca-15-inflacao-de-alimentos-aumentou-mais-do-que-o-dobro-em-agosto.html>.
- Carta Capital. Governo Bolsonaro deixa vencer R\$ 243 mi em vacinas, testes e remédios. Carta Capital. 2021 set 6. [acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cartaexpressa/governo-bolsonaro-deixa-vencer-r-243-mi-em-vacinas-testes-e-remedios/>.
- Brasil247. “Raramente vi um país onde a elite tem tanto desprezo pelos pobres como o Brasil”, diz Noam Chomsky. Brasil 247. 2021 ago 30. [acesso em 2021 set 6]. Disponível em: <https://www.brasil247.com/ideias/raramente-vi-um-pais-onde-a-elite-tem-tanto-desprezo-pelos-pobres-como-o-brasil-diz-noam-chomsky>.
- BNews. CPI da Covid: Autores de estudo sobre mortes por coronavírus evitáveis depõem nesta quinta-feira. BNews. 2021 jun 24. [acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://www.bnews.com.br/noticias/politica/312106,cpi-da-covid-autores-de-estudo-sobre-mortes-por-coronavirus-evitaveis-depoem-nesta-quinta-feira.html>.
- Werneck GL, Bahia L, Moreira JPL, et al. Mortes evitáveis por Covid-19 no Brasil. [acesso em 2021 set 6]. Disponível em: [https://idec.org.br/sites/default/files/mortes\\_evitaveis\\_por\\_covid-19\\_no\\_brasil\\_para\\_internet\\_1.pdf](https://idec.org.br/sites/default/files/mortes_evitaveis_por_covid-19_no_brasil_para_internet_1.pdf).
- Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. 2021. [acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=BRA>.

# A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura

*The Brazilian Health Reform during the Dilma governments: an analysis of the conjuncture*

Camila Ramos Reis<sup>1</sup>, Jairnilson Silva Paim<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113001

**RESUMO** A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) representa uma reforma social, podendo ser analisada como ideia, proposta, movimento, projeto e processo. São poucas as investigações e estudos examinando o processo da RSB em conjunturas recentes. Este artigo tem como objetivo proceder a uma análise de conjuntura do período correspondente aos governos Dilma Rousseff, considerando os fatos políticos produzidos em saúde, os projetos em disputa e a atuação de sujeitos. Trata-se de um estudo de caso, fundamentado num referencial marxista e utilizando metodologia de análise de conjuntura entre a posse e o *impeachment* da presidenta, com vistas a identificar fatos produzidos e divulgados na mídia, em publicações e sites. A análise realizada, tendo como referências o projeto da RSB e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), indica que o processo da RSB sofreu alteração no período devido à mudança na correlação de forças, tanto no setor quanto na sociedade. Conclui que o retrocesso do processo da RSB pode estar associado ao caráter regressivo das modificações na conjuntura desencadeadas a partir das Jornadas de Junho de 2013.

**PALAVRAS-CHAVE** Reforma dos serviços de saúde. Políticas de saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *The Brazilian Health Reform (RSB) represents a social reform and can be analyzed as an idea, proposal, movement, project and process. There are few investigations and studies examining the RSB process in recent conjunctures. This article aims to carry out a conjuncture analysis in the period corresponding to the Dilma Rousseff governments, considering the political facts produced in health, the disputed projects and the performance of subjects. This is a case study, based on a Marxist framework and using a methodology for analyzing the situation between the president's inauguration and impeachment, with a view to identifying facts produced and disseminated in the media, in publications and websites. as references the RSB project and the development of the Unified Health System (SUS), indicates that the RSB process underwent changes in the period due to changes in the correlation of forces, both in the sector and in society. It concludes that the setback of the RSB process may be associated with the regressive nature of the changes in the situation triggered after the June 2013 Days.*

**KEYWORDS** *Health care reform. Health policy. Unified Health System.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. [camila.ramos@ufba.br](mailto:camila.ramos@ufba.br)



## Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem sido objeto de investigação, com diferentes perspectivas teóricas. Enquanto fenômeno sócio-histórico, a RSB vem sendo analisada como ideia, proposta, movimento, projeto e processo<sup>1</sup>.

Diante das diversas transformações políticas, econômicas e sociais que a sociedade brasileira vem enfrentando, com perda de direitos, autoritarismo e priorização das políticas neoliberais, outras análises sobre a RSB se fazem necessárias.

Pesquisas sobre a atuação de governos na área de saúde têm apontado certas continuidades e mudanças em distintas conjunturas. Alguns estudos avaliam aspectos da conjuntura política, não só sinalizando alterações nas agendas em relação a governos, mas apontando impasses, contradições e obstáculos para a garantia do direito à saúde<sup>2-4</sup>. Outros indicam alterações nas agendas em relação a governos anteriores, ressaltando impasses, contradições e obstáculos para a garantia do direito à saúde<sup>5,6</sup>. Existem ainda contribuições sobre as mudanças ocorridas nas políticas de saúde no Brasil em diferentes âmbitos e dificuldades na consolidação de um sistema nacional universal, equânime e igualitário<sup>3-5</sup>. Assim, a crise econômica, os impactos do novo regime fiscal, o golpe de 2016, a austeridade fiscal, a abertura ao capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro impõem limites políticos para a consolidação e preservação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para o avanço do processo da RSB<sup>6</sup>.

Considerando a RSB como processo, foram identificadas na revisão de literatura poucas publicações resultantes de pesquisas concernentes à análise política em saúde nos governos da presidenta Dilma<sup>5,6</sup>, justificando o desenvolvimento do presente estudo, que busca responder à seguinte pergunta de investigação: como explicar os fatos políticos em saúde, projetos e a ação de sujeitos no processo da RSB entre 2011-2016?

Desse modo, este artigo tem como objetivo proceder a uma análise de conjuntura, considerando os fatos políticos produzidos em saúde, os projetos em disputa e a atuação de sujeitos no período correspondente aos governos Dilma Rousseff.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de caso de caráter histórico<sup>7</sup>, por meio de pesquisa documental sobre fatos produzidos na conjuntura correspondente ao período de janeiro de 2011 a maio de 2016. O quadro teórico de referência elaborado para pesquisa baseou-se nos conceitos de conjuntura, bloco histórico, hegemonia, classes sociais, relações de força, situação, estratégia, entre outros<sup>8-15</sup>.

A conjuntura está relacionada às inter-relações das diversas forças (sociais, políticas, econômicas) em uma determinada situação, onde diferentes forças sociais se expressam em oposição (luta de classes)<sup>16</sup>. Desse modo, a estratégia é caracterizada pela forma como as organizações se comportam em relação à superação dos problemas<sup>14</sup>. Os atores sociais adotam táticas e ações empreendidas na conjuntura, que podem ser de resistência, acumulação de forças e conquistas parciais no jogo do poder<sup>10</sup>.

O 'bloco histórico' é formado pela infraestrutura (economia) e a superestrutura (ideologia e política), sendo uma expressão das relações sociais de produção<sup>9</sup>. Caracteriza-se pela relação entre grupos dominantes e dominados, a partir de contradições e conflitos<sup>17</sup>. A sociedade civil abrange um conjunto de organizações responsáveis por difundir a ideologia e construir a hegemonia. Já a sociedade política, equivalente ao Estado restrito, é aquela constituída pelos mecanismos que garantem a manutenção da força pela classe dominante<sup>13</sup>.

Assim, a presente investigação baseou-se na análise de conjuntura, que supõe o exame de um feixe de relações (relações de força) e implica o conhecimento do seu

desenvolvimento desigual em cada um dos níveis que articuladamente compõem a totalidade social<sup>13</sup>. Portanto, buscou-se investigar os fatos políticos produzidos, a atuação dos sujeitos e a correlação de forças políticas e sociais em certos recortes do tempo.

Ao diferenciar um grupo social de uma classe social, Testa<sup>14</sup> afirma que um grupo social seria aquele possível de se identificar que realiza o trabalho concreto. A classe social é uma categoria, sendo necessário entendê-la analiticamente para que se possa compreender a realidade. Ambos, grupo e classe, possuem interesses. Assim, para fins de análise da conjuntura, faz-se necessário entender a estrutura de classe no Brasil e como ela foi se organizando e localizando na sociedade.

A metodologia adotada utilizou procedimentos sistematizados na literatura para a análise de conjuntura<sup>18-21</sup> e como estratégia de produção dos dados foram utilizados documentos e notícias divulgados na mídia (imprensa e eletrônica) e em publicações oficiais e de entidades de saúde, tais como: programas de candidatos nas eleições presidenciais de 2010 e 2014, Diário Oficial, sites do Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS).

O registro de dados decorrente do levantamento de documentos oficiais e matérias da mídia escrita foi armazenado em arquivos impressos e/ou digitalizados. Os dados foram analisados utilizando matrizes em Excel®, organizadas da seguinte forma: a) notícias obtidas nos sites das entidades, agências e órgãos governamentais da saúde; b) do site Saúde Legis; c) notícias da mídia impressa e eletrônica; d) levantamento e sistematização dos fatos.

A partir do material empírico, com a identificação dos principais fatos políticos, foi realizada a análise de conjuntura, tendo em conta a RSB e distintos momentos de conformação de projetos, sujeitos, estratégia e táticas da conjuntura antes e depois das Jornadas de Junho de 2013.

## Resultados e discussão

Nesta análise de conjuntura, foi possível destacar, pelo menos, três momentos do processo da RSB durante os governos Dilma.

O primeiro diz respeito ao ‘ensaio desenvolvimentista’ que corresponde ao seu 1º governo (até o ano de 2013), ressaltando o ‘neodesenvolvimentismo’ e os seguintes fatos: a) continuidade das políticas desenvolvidas no governo Lula, a exemplo do PAC e do ‘Minha casa, minha vida’; b) implantação da ‘Nova Matriz Econômica’ (NME); c) implementação de políticas anticíclicas em resposta à crise de 2008 e seus efeitos; d) redução das taxas de juros; e) implantação de políticas racionalizadoras na saúde; f) aprovação da Lei nº 141/2011; g) Jornadas de Junho de 2013; e, h) PEC do Orçamento Impositivo (PEC nº 358/2013), com repercussões no SUS.

O segundo momento corresponde ao período ulterior às Jornadas de Junho, incluindo o ano de 2014, com alguns fatos importantes: a) abertura ao capital estrangeiro no setor da saúde; b) PEC nº 451/2014 propondo planos privados para todos os trabalhadores, exceto empregados domésticos; c) consideração da proposta internacional de Cobertura Universal em Saúde; d) rebaixamento da seguridade social; e) saída do Brasil do ‘mapa da fome’; f) agravamento da crise econômica e dificuldades políticas diante do ajuste fiscal, da perda de apoio parlamentar e da Operação Lava Jato.

O terceiro momento superpõe-se ao segundo governo Dilma, onde podem ser ressaltados os seguintes fatos: a) mudança na condução econômica, com nítido atendimento aos

interesses do mercado e do capital; b) ajuste fiscal com redução das políticas sociais; c) ataques ao SUS e aos direitos sociais; d) golpe jurídico-parlamentar-midiático resultando no impeachment; e, e) aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95).

### **Estrutura de classes e 'bloco histórico'**

Neste tópico, busca-se analisar a estrutura de classe no Brasil e como ela foi se expressando na sociedade durante a conjuntura pesquisada.

Enquanto a mídia registrava o crescimento da 'classe média', Chauí<sup>22</sup> ressaltava que as classes sociais, para além da dimensão econômica, também se caracterizam pelos valores e ideologias, registrando o surgimento da chamada 'nova classe trabalhadora'. Ainda assim, a composição, inserção econômica e social, forma de expressão e consciência criavam dúvidas na sua caracterização, mesmo quando se utilizavam os conceitos de 'subproletariado' ou de 'preariado'.

Essa 'classe média' segue uma ideologia conservadora, influenciada pela economia neoliberal, incorporando formas autoritárias das relações sociais e valorizando a fragmentação socioeconômica e o individualismo competitivo. Dessa forma, a 'nova classe trabalhadora' enfrentava dificuldades para ser absorvida pelas classes dominantes e no imaginário da classe média. Assim, era possível identificar duas manifestações ideológicas: a) teologia da prosperidade (pentecostalismo) e b) 'empreendedorismo' quando o acesso ao 'consumo de massa' reforça a ideia de ascensão social<sup>22</sup>.

Boito<sup>23</sup> menciona a existência de duas frações 'burguesas', além das classes populares: o 'grande capital' e o 'conjunto de empresas de pequeno e médio porte'. A primeira se divide em 'grande burguesia interna' (com o objetivo de garantir o crescimento do capitalismo nacional) e a 'fração internacionalizada da burguesia brasileira' (articula-se com o capital financeiro e produtivo internacional). A segunda, formada por empresas de pequeno

e médio porte, tem um poder econômico e influência política reduzidos, não dispendo de uma organização e programa político próprio. No início do governo Dilma, foi possível observar disputas entre as burguesias interna e internacionalizada, lembrando que a partir de 2008 a burguesia interna assumiu a hegemonia no bloco do poder.

Essas forças sociais se manifestaram de formas distintas nos três momentos da análise da conjuntura. As políticas implantadas no início do governo (primeiro momento) tiveram relação com o 'ensaio desenvolvimentista', onde a presidenta tentou acelerar o 'lulismo'<sup>24</sup>. Porém, nessa empreitada, ela se afasta do ex-presidente Lula e desestabiliza as bases do 'lulismo'. Cumpre registrar que no início da gestão foi articulado uma espécie de acordo entre o governo e os 'produtivistas'. Em maio de 2011, esse grupo, composto pela Federação das Indústrias de São Paulo (Fiesp), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Força Sindical e os Sindicatos dos Metalúrgicos de São Paulo e do ABC, entregou um documento com diversas propostas visando à melhoria do setor produtivo<sup>25</sup>, que embasou as ações implantadas nos meses seguintes, a exemplo do Plano Brasil Maior. A Confederação Nacional da Indústria, que não participou do acordo feito com o governo no início de 2011, lançou um documento no final de 2012, trazendo propostas para a 'modernização' da Consolidação das Leis do Trabalho<sup>26</sup>. Esse ato simbolizou o afastamento dos industriais em relação à presidenta. Houve também divergências entre a Fiesp e a CUT<sup>27</sup>.

Outras contradições podem ter dificultado o 'neodesenvolvimentismo'. Na grande burguesia interna, havia divergências entre o capital bancário e o produtivo, a indústria de transformação e o agronegócio, dentre outras<sup>27,28</sup>. Havia contradições na classe trabalhadora e nas frações da burguesia, ou seja, na infraestrutura econômica da estrutura social. No movimento sindical e popular, identificava-se a criação de centrais sindicais que faziam oposição ao governo (Conlutas e a Intersindical) e

no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra havia correntes que apoiavam o governo e outras que pretendiam romper com o mesmo.

Contudo, essas contradições não afetaram a unidade geral da frente ‘neodesenvolvimentista’. Na realidade, o que conseguiu comprometer e polarizar a política nacional foi o campo neoliberal ortodoxo<sup>29</sup>. Assim, a estrutura de classes da sociedade brasileira se expressava, política e dinamicamente, nas lutas da superestrutura político-ideológica do ‘bloco histórico’ durante a conjuntura investigada. A situação desse ‘bloco histórico’ tornava-se ainda mais complexa devido às relações internacionais que influenciavam a política interna. Os argumentos de que o setor industrial tem conflito com o capital bancário nacional<sup>30(179)</sup> e de que as empresas de capital nacional possuem interesses que as opõem às de capital internacional<sup>27(58)</sup> reforçam as contradições rentistas e produtivistas. Na realidade, o programa firmado em 2011 se encaixava tanto na grande burguesia interna<sup>30</sup>, quanto no setor produtivo da burguesia<sup>27</sup>.

Em relação à política macroeconômica, Dilma apostou em continuidades (e algumas mudanças) em relação ao governo Lula, ao manter os programas sociais e valorizar o salário mínimo<sup>31</sup>. Ao iniciar o ‘ensaio desenvolvimentista’ e pactuar com a ‘coalizão produtivista’, enfrentou pressão do capital financeiro, articulado com a classe média. Dilma queria controlar a entrada do capital estrangeiro no país e promover uma valorização do produto nacional. Para isso ela interveio nas taxas de juros e em outros pontos da economia<sup>27</sup>.

Para deslegitimar a presidenta, as classes dominantes começaram a disseminar a ideia de que ela estava efetuando uma política intervencionista, que essa ação inviabilizava os interesses do mercado e não assegurava a confiança dos investidores. A grande mídia apoiou essa posição e, em abril de 2013, o Banco Central aumentou a taxa Selic. Esse fato demonstra a disputa pelo controle da política econômica. De um lado o governo, que ao tentar se articular e valorizar a política para o mercado interno

foi combatido. Do outro, o capital financeiro, articulado com o capital estrangeiro que era beneficiado pelas políticas neoliberais e obteve o apoio da burguesia, da classe média, de alguns segmentos da classe trabalhadora, além dos seus porta-vozes na grande mídia.

O governo apostou num ‘bloco histórico’ com a ‘coalizão produtivista’, que naquele momento representava o capital industrial e a classe trabalhadora. Porém, esse bloco foi rompido ao sofrer influência do capital financeiro e da classe média, estimulados pelo capital estrangeiro, assim como por mudanças na superestrutura político-ideológica pela ação da grande mídia e de outras forças sociais. Então, o capital industrial se afastou da presidenta e articulou-se com a ‘coalizão rentista’, que era aliada ao Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

Esse afastamento do capital industrial resultou na criação da frente única burguesa, composta pela burguesia, classe média e setores da classe trabalhadora, em oposição ao ‘neodesenvolvimentismo’ de Dilma. Alguns pontos podem ter sido estímulos para esse deslocamento, tais como: a) a financeirização do capitalismo teria levado à mistura entre capital da indústria e das finanças; b) afastamento do capital e do trabalho, a partir do ‘pleno emprego’, melhoria dos salários e fortalecimento dos sindicatos; c) mobilização da ‘coalizão rentista’ em torno da ideologia anti-intervencionista (críticas de incompetência, autoritarismo e corrupção); d) correlação de força internacional; e) abertura de diversas frentes de luta simultaneamente, dedicando-se a micro gerenciar projetos<sup>27</sup>. Em 2013, houve diversas greves a partir das modificações das pautas sindicalistas e dos ganhos salariais. O acesso à universidade (políticas de cotas, Programa Universidade para Todos – ProUni, Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni e Fundo de Financiamento Estudantil – Fies) representou não só a contemplação de políticas democratizantes, como também surgiu uma nova demanda: a de ser absorvido

pelo mercado de trabalho. Porém, esse grupo não encontrou o que julgava ter garantido, refletindo numa insatisfação e retirada do apoio ao ‘neodesenvolvimentismo’<sup>29</sup>. Esse ciclo de greves e as instabilidades das classes subalternas representam os limites e ambiguidades do projeto ‘lulista’<sup>32</sup>.

Ao ‘cutucar onças com varas curtas’, associando aos efeitos das Jornadas de Junho de 2013, a explosão da Lava Jato, a intensa dedicação da mídia em relação ao combate à corrupção e à oposição do parlamento, Dilma nem fez uma aliança interclassista, nem conseguiu um apoio efetivo e mobilização dos trabalhadores. Desta forma, a presidenta enfrentou intensa oposição nesse segundo momento da conjuntura analisada. As eleições presidenciais de 2014 expressaram, politicamente, distintas polarizações, com uma disputa acirrada no segundo turno e um questionamento dos resultados por parte do candidato derrotado.

Após as eleições, correspondendo ao terceiro momento dessa análise, a presidenta ainda tentou contornar a situação, atendendo interesses burgueses. Destaca-se a substituição de ministros da Fazenda (Mantega por Levy) e a adoção de um ajuste fiscal. No segundo governo, Dilma colocou em prática o projeto proposto pelo seu adversário político. Esta ação não impediu que o capital financeiro, junto dos empresários, articulassem, desde então, para o golpe do capital<sup>6</sup>. Consequentemente, tais ações desestabilizaram sua base social, assim como o ‘lulismo’, já que seus eleitores não viram de forma positiva sua atuação, realizando um programa que combatera no processo eleitoral.

Diante de tantos problemas, da perda de apoio político e com a crise orgânica fruto das mudanças na estrutura social, estimulada pela luta de classe, a presidenta Dilma provocou uma crise no ‘lulismo’, mesmo enquanto ‘reformismo fraco’, deixando espaços para a abertura do pedido de impeachment<sup>27,32</sup> e para a consumação do Golpe de 2016.

Finalmente, um aspecto considerado fundamental para a análise de conjuntura diz

respeito aos papéis da mídia, dos intelectuais e da religião, assim como das ideologias presentes no ‘bloco histórico’ (meritocracia, nacionalismo, empreendedorismo, machismo etc.). Assim, o exame dessa instância superestrutural passa pela investigação da mídia e da religião como dimensões da cultura<sup>33</sup>.

## Sujeitos e projetos em disputa

A partir do neoliberalismo no Brasil, houve uma nova configuração do capital financeiro internacional fazendo parte do bloco dominante. Compõem o bloco do poder os grandes grupos econômicos e os capitais especializados na acumulação (agronegócio, indústria, comércio ou serviço). Apesar de a maioria dos grupos econômicos não estar ligada, organicamente, ao capital financeiro, ambos se beneficiam da especulação e do financiamento da dívida pública, ganhando também com as elevadas taxas de juros, tendo a classe média alta como uma grande aliada desse projeto e da política neoliberal<sup>34</sup>.

A partir da crise mundial de 2008, os países dominantes responderam através da estatização das dívidas para salvar os bancos, com ênfase em políticas neoliberais e o reforço na financeirização da economia, emitindo críticas em relação às políticas universais e ao *Welfare State*<sup>6(12)</sup>. Com o agravamento da crise em 2011 e os desgastes no âmbito macroeconômico, houve um retorno da disputa entre as frações do capital, intensificada pelo Estado e pela mídia.

Assim, diversos projetos estavam em disputa na sociedade, dentre eles: a) liberalismo social ou social-democracia (‘neodesenvolvimentismo’), tentativa do primeiro governo Dilma; b) neoliberalismo, com a proposta da ‘nova agenda social’ e o documento elaborado pelo Banco Mundial<sup>35</sup>; e, c) socialista ou democrático-popular, ligado aos grupos de esquerda.

Após as Jornadas de Junho (segundo momento) e, especialmente, a partir das eleições de 2014 (terceiro momento), dois projetos políticos disputavam: 1) ‘Uma ponte para o futuro’ (Plano Temer)<sup>36</sup>, com a proposta do

novo regime fiscal e reformas com o objetivo de reduzir os gastos sociais, favorecendo o setor privado e 2) ‘Por um Brasil Justo e Democrático’<sup>37</sup>, que propunha ações de curto e longo prazo, criticando as medidas de ajuste fiscal, recomendando a retomada do crescimento, preservando o emprego e revertendo a recessão econômica, entre outros<sup>38</sup>.

Havia diversas disputas entre os sujeitos. As mudanças que ocorreram na sociedade, especialmente após as Jornadas de Junho, contribuíram para as disputas entre a classe média, as igrejas, especialmente as pentecostais, as Centrais Sindicais, os partidos, os movimentos sociais e o capital.

A articulação entre estrutura e conjuntura indica, portanto, as relações que os fatos estabelecem com a história, mediante as relações sociais, econômicas e políticas. Entre os enfrentamentos existentes na sociedade, além dos projetos em disputas, destacaram-se a atuação da ‘coalizão produtivista’, ao articular com o governo a pactuação de 2011. Já que essa coalizão foi capaz de induzir uma agenda no Estado, considera-se que tenha desempenhado o papel de ator social<sup>14</sup>. Por outro lado, a ‘coalizão rentista’, enquanto ator social, se colocou numa posição dominante, atuando como uma força de confronto e chegando a impulsionar uma mudança de postura da presidenta após as Jornadas de Junho (segundo e terceiro momentos).

## A saúde na conjuntura

Era possível observar, de início, dois projetos, já referidos, em disputa no Brasil, que se refletiam na saúde. O primeiro pretendia intensificar as reformas iniciadas no período de FHC, a chamada ‘nova agenda social’<sup>39</sup>. O segundo seria o ‘neodesenvolvimentismo’ com propostas para o setor da saúde<sup>40</sup>.

Ao se considerar o projeto da RSB como referência para a análise da conjuntura, é possível identificar duas concepções de SUS: o ‘SUS para pobre’ e o ‘SUS da RSB’. Além disso, existiam pelo menos três projetos em disputa

na saúde: o mercantilista ou privatista, o revisionista ou racionalizador e o democrático ou da RSB<sup>41</sup>.

Ao lado do projeto mercantilista, o projeto racionalizador ganhou força no primeiro governo da presidenta Dilma, destacando-se a atenção básica e a atuação focalizada dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A ênfase em medidas racionalizadoras parecia reforçar o projeto revisionista. Esta tendência se estendeu durante as negociações da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), efetivada com a aprovação da Lei Complementar nº 141/2012. O projeto democrático (RSB) não foi priorizado, apenas defendido pelas entidades e instituições vinculadas ao movimento sanitário, a exemplo do Projeto de Lei de Iniciativa Popular (Plip) nº 321/2013 – Saúde+10.

A aprovação da lei que permite a abertura ao capital estrangeiro nas ações e cuidados à saúde indicava uma vitória da coalizão de interesses de hospitais privados, empresas farmacêuticas e operadoras de planos de saúde<sup>42</sup>. Demonstrava a atuação do Legislativo em defender os interesses do mercado e na agilidade em desmontar os direitos sociais<sup>43</sup>.

Apesar de sancionada a LC 141, a rejeição do projeto de lei ‘Saúde +10’ e a aprovação da PEC 358 (orçamento impositivo) representaram grande retrocesso. E, com o crescimento dos planos privados de saúde, incorporação de novas tecnologias de alto custo e financeirização do setor, verifica-se uma expansão da mercantilização, persistindo o subfinanciamento, a sub-regulação e a privatização da saúde. Houve uma redução na participação da União na despesa pública, crescendo a participação dos estados e municípios, principalmente com a proposta de prolongamento da Desvinculação das Receitas da União (DRU), acrescida da Desvinculação das Receitas do Estado (DRE) e Desvinculação de Receitas dos Municípios (DRM).

Enfim, durante o período estudado, foi possível identificar vários ataques ao SUS, especialmente, a partir de 2014<sup>6,44</sup>. O Executivo e

o Legislativo rejeitaram a proposta de 10% das receitas brutas da União para a saúde, ignorando o movimento Saúde+10, comprometeram a sustentabilidade econômica do SUS e permitiram a abertura da saúde ao capital estrangeiro<sup>42</sup>. O Judiciário reconheceu a constitucionalidade das Organizações Sociais de Saúde (OSS) no Supremo Tribunal Federal depois de 17 anos de protelação, abrindo as portas para as Parcerias Público-Privadas (PPPs), terceirizações, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Públicos (Oscips) etc<sup>45</sup>.

Essas derrotas foram impostas por sujeitos e atores sociais vinculados ao projeto mercantilista, especialmente pelas operadoras de planos de saúde que financiaram as campanhas eleitorais de 2010 e 2014, ilustrando a influência do capital financeiro sobre as políticas públicas no Brasil.

### **Estratégias, forças políticas, bases sociais e práxis da RSB**

Entidades como o Cebes, Abrasco, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Rede Unida, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), movimentos populares, pesquisadores, intelectuais e a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, durante todo o período estudado, defenderam a RSB e o SUS. No âmbito da gestão, o Conass, Conasems e a Frente Parlamentar da Saúde também se articularam em prol da defesa do SUS. A atuação das entidades ligadas ao movimento sanitário que lutaram contra a perda de diversos direitos enfrentou a mudança na correlação de forças político-ideológicas desfavoráveis ao avanço da RSB, dos direitos dos trabalhadores e da população. Apesar das perdas de direitos e retrocesso, a RSB foi capaz de se articular e mobilizar aqueles que apostavam em um país com menos desigualdade.

Portanto, ao analisar os atores sociais, pode-se considerar a existência de sujeitos organicamente vinculados ao capital e alguns que foram cooptados defendendo o projeto mercantilista que se apoia nos aparelhos

hegemônicos da mídia, entidades de saúde e universidades. O projeto racionalizador conta com os sujeitos que fazem parte do governo (gestores e funcionários do governo). Por fim, o projeto da RSB direciona-se a partir do pensamento e práxis do movimento sanitário, tem o Cebes e outras entidades que apoiam o projeto estimulando a constituição de novos sujeitos sociais<sup>46</sup>.

Apesar do Ministério da Saúde ter sido ocupado por sanitaristas ligados ao movimento sanitário, houve subordinação de dirigentes na correlação de forças internas ao governo, sobretudo em relação à área econômica, com comportamentos que sugerem o fenômeno do ‘transformismo’.

A situação se agravou no segundo governo, quando o então PMDB ocupou o Ministério da Saúde numa negociação político-partidária. A partir daquele momento, o projeto mercantilista foi fortalecido e o SUS sofreu vários ataques.

Ao analisar os fatos produzidos na conjuntura, constata-se que o desenvolvimento da RSB e do SUS são condicionados e determinados pela correlação de forças e pelas suas bases de sustentação política<sup>47</sup>. Apesar do apoio dos movimentos populares, trabalhadores da saúde, técnicos, pesquisadores, Cebes, Abrasco, Rede Unida, Abres, Frente Parlamentar, Conass, Conasems e, recentemente, Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), Frente Povo Sem Medo, Frente Brasil Popular, Médicos pela Democracia, Médicos Populares e outros movimentos que defendem o lema ‘Nenhum direito à menos’, essas bases políticas não foram suficientes para evitar os retrocessos. A lista de opositores ainda é grande e poderosa, dentre eles: partidos do centro e direita; empresários da saúde; corporações profissionais; capital financeiro (planos de saúde através da Federação Brasileira de Bancos); Associação Nacional de Hospitais Privados; Banco Mundial; capital industrial (medicamentos, equipamentos, vacinas e atuação do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações), capital produtivo e Ministério da Saúde.

## Considerações finais

Ao apontar os fatos políticos, projetos em disputa, sujeitos e a atuação de atores na conjuntura, foi possível confirmar que o ‘processo’ da RSB sofreu alteração no período estudado devido à mudança na correlação de forças, tanto no setor quanto na sociedade. Houve nos governos Dilma uma opção pelo ‘lulismo parcial’ e o ‘ensaio neodesenvolvimentista’. Essa decisão comprometeu as políticas universais, com redução do financiamento da seguridade social e certa continuidade da política macroeconômica desenvolvida nos governos FHC e Lula, a exemplo do tripé macroeconômico. No entanto, outras análises de conjuntura devem ser consideradas no sentido de decifrar esta história recente do Brasil. Nessa perspectiva, o estudo de Zacarias<sup>48</sup> fornece indicações relevantes, não só para interpretar os impasses dos governos Dilma, mas, sobretudo, para compreender o fortalecimento das forças da direita no país e no chamado ‘bolsonarismo’.

No que diz respeito ao movimento sanitário, foi possível descrever a intensa atuação e resistência das entidades ligadas à RSB no combate aos retrocessos dos direitos sociais e da saúde, com a defesa da democracia, destacando-se a reiteração do lema do Cebes, ‘Saúde é democracia. Democracia é Saúde’. Contudo, foram impostos alguns limites para o processo da RSB e o desenvolvimento do SUS que estão ligados às questões estruturais, à composição das classes sociais e à correlação de forças políticas e ideológicas que disputaram projetos na sociedade e na saúde.

Assim, o processo da RSB foi alterado na conjuntura analisada. Com as mudanças estruturais sublinhadas no decorrer da investigação, especialmente, no que diz respeito às classes sociais e ideologias, associadas às derrotas

do ‘lulismo’ e do ‘neodesenvolvimentismo’, o projeto ‘neoliberal’ ganhou força.

Na saúde, a falta de sustentação política e ausência de bases sólidas no Legislativo, aprofundaram ainda mais esses limites impostos à RSB. Apesar do apoio das entidades de saúde, de parte dos gestores e de políticos, os oponentes da RSB e do SUS demonstraram mais poder nessa conjuntura, principalmente vinculado ao capital. Desta forma, pode-se enfatizar que houve uma correlação de forças desfavorável ao processo da RSB, com uma hegemonia da burguesia financeira e industrial, especialmente sob influência do capital estrangeiro, viabilizada pela entrada desse capital no setor saúde do país.

Assim, o retrocesso do processo da RSB verificado na conjuntura pode estar associado ao caráter regressivo das modificações desencadeadas a partir das Jornadas de Junho, que parecem culminar no fortalecimento de grupos conservadores, na direita, no ultraliberalismo econômico, no autoritarismo e no neofascismo.

Em conclusão, este estudo sugere que o processo da RSB persiste, sobretudo pelo ativismo do movimento sanitário, apesar dos constrangimentos e retrocessos apontados pela análise da conjuntura. Desse modo, argumenta-se a necessidade de constituição de novos sujeitos que possam se articular com instituições, movimentos e entidades a fim de garantir uma sustentabilidade política e social para o projeto da RSB.

## Colaboradores

Reis CR (0000-0001-5646-4355)\* e Paim JS (0000-0003-0783-262X)\*, contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; 2008.
2. Paim JS, Travassos C, Almeida C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Londres: The Lancet. 2011; (11): 60054-8.
3. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. Londres: The Lancet. 2019 [acesso em 2020 jun 20]; 394(10195):345-356. Disponível em: <https://cutt.ly/Hg7lncZ>.
4. Santos L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? Ciênc. Saúde Colet. Rio de Janeiro. 2018; 23(6):2043-2050.
5. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(2):143-161.
6. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. Saúde de debate. 2018; 42(2):11-21.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
8. Gramsci A. Maquiavel, a Política e o Estado Moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.
9. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. Volume 1: Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
10. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. Volume 3: Maquiavel – Notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000. p. 19-46.
11. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. Volume 3: Maquiavel – Notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2000; p. 45-46.
12. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. Volume 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
13. Portantiero JC. Gramsci Y. El análisis de coyuntura (algumas notas). In: Portantiero JC. Los usos de Gramsci. México: Folio; 1983.
14. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.
15. Liguori G, Voza P. Dicionário Gramsciano (1926-1937). São Paulo: Boitempo; 2017.
16. Harnecker M. Os conceitos elementais do materialismo histórico. Rio de Janeiro: Graal; 1973.
17. Portelli H. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
18. Silva LEP. Metodologia de Análise de Conjuntura. São Leopoldo: Estudos Teológicos; 1988.
19. Alves JED. Análise de conjuntura: teoria e método. Aparte - Inclusão Social em Debate. Mimeo: Rio de Janeiro; 2008.
20. Souza HJ. Como se faz análise de conjuntura. Petrópolis: Vozes; 2014.
21. Virgens JHA, Teixeira CF. Revisão da produção científica sobre análise de conjuntura: contribuição à análise política em saúde. Saúde debate. 2018; 42(2):377-393.
22. Chauí M. A nova classe trabalhadora e a ascensão do conservadorismo. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M. Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2016. p. 15-22.
23. Boito AJR. Uma crise no caminho do neodesenvolvimentismo. Hist. Luta de classes. 2016; 12(22):83-95.
24. Singer A. O lulismo em crise: um quebra-cabeça do período Dilma (2011-2016). São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
25. Skaf P, Henrique A, Silva PP. Um acordo pela indústria brasileira. Folha de São Paulo. 2011 maio 26.

- [acesso em 2020 ago 11]. Disponível em: <https://cutt.ly/Bg7lODk>.
26. Confederação Nacional da Indústria. 101 propostas para modernização trabalhista. Brasília, DF. CNI; 2012.
  27. Singer A. Cutucando Onças com Varas Curtas: O ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). São Paulo: Novos Estudos; 2015.
  28. Boito AJR. A crise política do neodesenvolvimentismo e a instabilidade da democracia. São Paulo: Crítica Marxista; 2016.
  29. Boito AJR. Os atores e o enredo da crise política. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M. Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2016. p. 23-29.
  30. Boito AJR. O lulismo é um tipo de bonapartismo? Uma crítica às teses de André Singer. São Paulo: Crítica Marxista; 2013. p. 179.
  31. Dweck E, Teixeira RA. A política fiscal do governo Dilma e a crise econômica. Campinas: Instituto de Economia; 2017.
  32. Braga R. O fim do lulismo. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M. Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo; 2016. p. 55-60.
  33. Almeida R. Deus acima de todos. In: Democracia em risco?: 22 ensaios sobre o Brasil hoje. São Paulo: Companhia das Letras; 2019. p. 35-51.
  34. Filgueiras L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. In: Basualdo EM, Arceo E. Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2006. p. 179-206.
  35. Associação Nacional de Hospitais Privados. Livro Branco: Brasil Saúde 2015. A sustentabilidade do Sistema de Saúde brasileiro. Rio de Janeiro: ANAHP; 2015. [acesso em 2018 jan 22]. Disponível em: <https://cutt.ly/Tg7kVXP>.
  36. Fundação Ulysses Guimarães. Uma ponte para o futuro. 2015. [acesso em 2020 nov 16]. Disponível em: <https://cutt.ly/dg7k9BC>.
  37. Fundação Perseu Abramo; Brasil Debate; Centro Internacional Celso Furtado de Políticas Para o Desenvolvimento, et al. Por um Brasil Justo e Democrático. [Brasília, DF] 2015. [acesso em 2020 nov 16]. Disponível em: <https://cutt.ly/rg7k611>.
  38. Observatório Análise Política em Saúde. Ponte para um país justo e democrático?: Projetos para tirar Brasil da crise disputam agenda econômica em 2016. Salvador: OAPS; 2016. [acesso em 2020 jul 16]. Disponível em: <https://bityli.com/TWslm>.
  39. Bacha EL, Schwartzman S. Brasil: a nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC; 2011.
  40. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
  41. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
  42. Scheffer M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(4):663-666.
  43. Costa AM, Pêgo RA, Saddi FC, et al. Saúde no poder legislativo: objeto, investigação e tendências. In: Teixeira CF. Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações. Salvador: Edufba; 2016.

44. Reis CR, Paim JS. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011- 2016). *Divulg. saúde debate*. 2018. p. 101-114.
45. Marques T, Mendes A. Uma decisão favorável às OSS: impasses à construção do SUS. *Domingueira da Saúde*. Campinas. 2015.
46. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? In: Fleury S. *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018; (58):85-114.
47. Magno LD, Paim JS. Dos clamores das ruas aos rumores do Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. *RECIIS (Online)*. 2015 [acesso em 2020 jul 16]; 9(4):1-14. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1043/1987>.
48. Zacarias CSJ. *Decifra-me ou devoro-te: as Jornadas de Junho, o Golpe de 2016 e a ascensão da extrema-direita no Brasil*. Campos do Paricarana: Boa Vista; 2020.

---

Recebido em 03/12/2020  
Aprovado em 31/05/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Governança e coordenação intersetorial de políticas públicas: a Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional

## *Governance and intersectoral coordination of public policies: the Intersectoral Chamber for Food and Nutritional Security*

Verena Duarte Moraes<sup>1</sup>, Cristiani Vieira Machado<sup>1</sup>, Rosana Magalhães<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113002

**RESUMO** A trajetória da política de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil expressa a construção de estratégias de governança para viabilizar a participação social e a articulação entre setores. Nesse processo, destacam-se as Conferências Nacionais, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) e a Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan), composta por ministérios e secretarias governamentais. O objetivo deste artigo é analisar a atuação da Caisan, de 2012 a 2016, na coordenação intersectorial da política no governo federal. A pesquisa se baseou na literatura sobre governança, considerando dois eixos de análise: estrutura e dinâmica de atuação da Câmara; a agenda da Caisan e sua relação com o Consea. As estratégias metodológicas foram: revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas semiestruturadas. Observou-se que a atuação da Caisan favoreceu a coordenação intersectorial da política, influenciando medidas governamentais em resposta a demandas das Conferências e do Consea. Contudo, constataram-se fragilidades, como baixa participação de representantes governamentais com poder decisório e limitado enfrentamento de desafios em áreas que expressam conflitos entre interesses econômicos e sanitários. Conclui-se que o seu fortalecimento é essencial, sobretudo após a extinção do Consea, que favorecia a participação social e a intersectorialidade na política de SAN.

**PALAVRAS-CHAVE** Segurança alimentar. Políticas públicas. Colaboração intersectorial. Governança.

**ABSTRACT** *The trajectory of the Food and Nutrition Security Policy in Brazil expresses the construction of governance strategies to enable social participation and articulation between sectors. Noteworthy in this process are the National Conferences, the National Council for Food and Nutrition Security (Consea), and the Intersectoral Chamber for Food and Nutrition Security (Caisan), made up of government ministries and secretariats. The purpose of this article is to analyze Caisan's performance from 2012 to 2016 in the intersectoral coordination of politics in the federal government. The research was based on the literature on governance, considering two axes of analysis: structure and dynamics of the Chamber's performance; the Caisan agenda and its relationship with Consea. The methodological strategies were: literature review, document analysis, and semi-structured interviews. It was observed that Caisan's performance favored the intersectoral coordination of the policy, influencing governmental measures in response to demands from the Conferences and Consea. However, weaknesses were expressed, such as low participation of government representatives with decision-making power and limited coping with challenges in areas that express conflicts between economic and health interests. It is concluded that its strengthening is essential, especially after the end of Consea, which favored social participation and intersectoriality in policy.*

**KEYWORDS** *Food security. Public policies. Intersectoral collaboration. Governance.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
moraes.veve@gmail.com



## Introdução

Diante das transformações nos padrões de produção e consumo de alimentos, intensificou-se na agenda pública brasileira o tema da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A sociedade civil desempenhou um papel importante na construção de políticas de SAN, em parceria com governos para elaboração de diretrizes, propostas e monitoramento de ações<sup>1</sup>.

Na década de 1980, a pressão de organizações sociais, especialmente acadêmicas e profissionais, impulsionou a realização da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, que abordou o tema de forma ampla e apontou a importância do Direito Humano à Alimentação Adequada e da configuração um Conselho suprassetorial e participativo, que se concretizaria com a criação, em 1993, do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea)<sup>2</sup>.

Por meio da mobilização social em torno da questão alimentar, realizou-se a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, cujos debates orientaram, em fins de 1994, as diretrizes para uma Política Nacional de Segurança Alimentar. Essa Conferência contribuiu para ampliar o leque de representações da sociedade civil envolvida com a construção de um projeto democrático-participativo da SAN<sup>3</sup>.

O Consea foi extinto em 1995 e recriado em 2003, no primeiro ano do governo Lula, que colocou o combate à pobreza e à fome no Brasil no centro da agenda governamental<sup>4</sup>. Com o apoio do Consea, em 2004, após dez anos de realização da I Conferência, ocorreu a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; e em 2007, a III Conferência Nacional<sup>5</sup>.

Nos anos seguintes, as Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional e o Consea ampliaram progressivamente o escopo do debate e a diversidade no que se refere à participação da sociedade civil, por meio da interlocução do governo com organizações sociais<sup>2</sup>. Alguns méritos na coordenação e monitoramento intersectorial das políticas de SAN são atribuídos às

Conferências e ao Consea, como espaços importantes para a tomada de decisões na área<sup>6</sup>.

Um avanço expressivo foi a promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional em 2006, que definiu atribuições para a atuação do Consea, expressando a preocupação com a institucionalização e a continuidade das políticas na agenda governamental<sup>2</sup>. Além disso, a lei instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan), integrado por conselhos e conferências que congregam órgãos e entidades de diferentes setores em todos os níveis de governo, e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan), composta pelos ministros de Estado e secretarias federais de várias áreas<sup>6</sup>.

A trajetória da SAN no Brasil expressa, portanto, a busca de construção de estratégias de governança para viabilizar a participação social e a articulação entre setores na construção e implementação de uma política complexa. A governança em políticas públicas é aqui compreendida como

Conjuntos de atores estatais e não-estatais interconectados por laços formais e informais, operando dentro do processo de elaboração de políticas e incorporados em contextos institucionais específicos<sup>7(31)</sup>.

Se as Conferências e o Consea foram fundamentais para promover o envolvimento da sociedade civil na definição da agenda da política, os desafios de operacionalização de estratégias intersetoriais exigiram a construção de um modelo de governança alicerçado na atuação conjunta de diferentes órgãos do Estado, o que levou à constituição de uma instância adicional de articulação. A Caisan nacional, composta por membros de ministérios e secretarias que atuam direta ou indiretamente com a SAN, é uma instância governamental, responsável pela coordenação e pelo monitoramento intersetorial das políticas de SAN<sup>5</sup>, tendo, portanto, um papel diferente e complementar ao do Consea.

Tal arranjo de governança com base em duas instâncias de coordenação – uma somente governamental e outra mista, com participação social – seria alterado pela extinção do Consea em 2019<sup>8</sup>, o que ressalta ainda mais a necessidade de compreender a relevância da Caisan no período anterior, quando as duas instâncias estiveram em pleno funcionamento e em interação.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é analisar a atuação da Caisan de 2012 a 2016 na coordenação intersetorial da política no âmbito do governo federal. Tal foco se justifica pela relativa escassez de estudos específicos sobre a atuação dessa instância, em comparação com a maior frequência de estudos sobre o Consea. Busca-se ainda explorar como a agenda construída com participação social nas Conferências e no Consea pautou as ações dessa instância governamental no período, expressando as conexões entre instâncias colegiadas dentro do singular desenho de governança construído para a política de SAN, que procurou articular participação social e coordenação intersetorial de políticas públicas.

## Metodologia

A pesquisa se baseou em contribuições da literatura sobre governança em políticas públicas, considerando a relevância da interação de atores, instituições e redes, que expressam ideias, interesses e conflitos<sup>7</sup>. A governança de políticas voltadas para problemas complexos, como os da área de SAN, exige o envolvimento de diferentes órgãos e áreas. Nesse sentido, a reflexão conceitual sobre intersetorialidade associada à governança é importante:

A intersetorialidade implica articulação estratégica voltada à convergência de iniciativas e integração de recursos gerenciais, financeiros e humanos com o objetivo de dar novos contornos ao padrão tradicionalmente fragmentado das agências públicas.

No campo da saúde, a intersetorialidade contribui para o alcance de resultados e mudanças sustentáveis e equitativas<sup>9(1428)</sup>.

O estudo enfocou a atuação da Caisan como uma das instâncias de coordenação da Política Nacional de SAN de janeiro de 2012 a maio de 2016, considerando dois eixos de análise: estrutura e dinâmica de atuação da Câmara; e agenda da Caisan e sua relação com o Consea. O primeiro eixo se relaciona com a descrição da estrutura, organização, composição e dinâmica de funcionamento, incluindo a participação de representantes dos órgãos nas reuniões da Caisan. O segundo eixo se refere à agenda da Caisan, incluindo os temas priorizados e sua relação com proposições do Consea. Busca-se contribuir para compreender como atores estatais e não estatais se relacionaram na coordenação da política de SAN.

A Câmara, apesar de criada em 2007, começou a ter o registro das reuniões em atas em 2012, o que definiu o ano inicial da pesquisa. O encerramento em 2016 se deve à reestruturação ministerial consequente à mudança de governo, que alterou o contexto e relações entre órgãos e atores envolvidos na política. O período do estudo foi de atuação plena das duas instâncias – Caisan e Consea –, favorecendo a análise da governança da política.

As técnicas de pesquisa envolveram revisão bibliográfica sobre políticas de SAN e análise documental (leis, decretos, normas, publicações oficiais, regimentos internos, documentos da Caisan, do Consea e das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional). Destacaram-se como fontes as atas, pautas e listas de presença das plenárias da Caisan e do Consea, e as recomendações e exposições de motivos emitidas pelo Consea (visando identificar sua relação com a agenda da Caisan). Os documentos não disponíveis na página oficial das instâncias foram solicitados por intermédio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão do governo federal.

Adicionalmente, foram realizadas, em 2018, 14 entrevistas semiestruturadas com atores

que participaram do Consea, Caisan e das Conferências, sendo 7 representantes do governo e 7 da sociedade civil. As entrevistas, com duração aproximada de uma hora, foram gravadas e transcritas, procedendo-se posteriormente à análise de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (parecer: 2.344.180).

Na apresentação dos resultados, para assegurar o anonimato dos entrevistados, a menção às entrevistas foi realizada com códigos entre parênteses, conforme classificação do *quadro 1*. Destaca-se que os entrevistados representantes do governo exerceram distintas funções, considerando-se para a organização do quadro a de maior relevância para a pesquisa.

Quadro 1. Relação dos entrevistados na pesquisa. Brasil, 2018

Entrevistados	Código
Ex-Presidente do Consea	E1
Ex-Presidente do Consea	E2
Ex-Presidente do Consea	E3
Ex-Presidente do Consea	E4
Sociedade civil, representou o Fórum Brasileiro de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (FBS-SAN) no Consea	E5
Sociedade civil, representou a Rede Nacional de Mobilização Social (Coep) no Consea	E6
Sociedade civil, representou a Rede Evangélica Nacional de Ação Social (Renas) no Consea	E7
Integrante do governo, representou a Companhia Nacional de Abastecimento (Conab) do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento no Consea.	E8
Integrante do governo, representou a Secretaria Executiva do Consea e da Caisan	E9
Integrante do governo, representou a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde no Consea e na Caisan	E10
Integrante do governo, representou a coordenação da Secretaria Executiva do Consea e a coordenação da Secretaria Executiva da Caisan	E11
Integrante do governo, representou a coordenação da Secretaria Executiva do Consea e a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição no Ministério da Saúde	E12
Integrante do governo, representou a Coordenação Geral de Monitoramento das Ações de SAN no Ministério do Desenvolvimento Social e a Secretaria Executiva da Caisan	E13
Integrante do governo, representou a Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no Ministério do Desenvolvimento Social e a Secretaria Executiva da Caisan	E14

Fonte: Elaboração própria.

## Resultados

### Estrutura e dinâmica de atuação da Caisan

A Caisan foi criada em novembro de 2007, mas suas reuniões tornaram-se periódicas e registradas em atas a partir de 2012. A Câmara,

desde sua criação, ficou vinculada à Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sesan) sob coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Alguns entrevistados apontaram que a decisão sobre o locus institucional e membros dessa instância foi alvo de controvérsias e debates (E2; E5) ou argumentaram que a intersetorialidade poderia ser fortalecida

caso essa instância tivesse uma vinculação suprassetorial (como o Consea), e não a um ministério específico (E5; E8).

Em 2010, compunha a sua estrutura organizacional a presidência, a secretaria executiva, os comitês técnicos e dois plenos: o ministerial (ministros integrantes do Consea) e o pleno executivo (representantes dos ministérios)<sup>10</sup>.

A única reunião registrada do pleno ministerial ocorreu no segundo semestre de 2011, quando foi aprovado o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Plansan) (2012-2015). Tal reunião contou com a participação de muitos suplentes e com a presença dos seguintes ministros: Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Desenvolvimento Agrário; Meio Ambiente, Pesca e Aquicultura; Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República; Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República.

Em 2016, a Câmara teve a sua composição modificada, passando a ter um único pleno formado pelos representantes governamentais titulares (ministros) e suplentes (designados pelo ministro) do Consea<sup>11</sup>. Tal mudança decorreu da dificuldade de reunir todos os ministros, que ocasionava a demora na expedição de resoluções e recomendações internas do governo, dificultando a gestão nesse espaço (E3; E4; E11).

Buscou-se então conformar um único pleno composto por titulares e suplentes, visando à autonomia e agilidade decisória. A Câmara passou a apresentar a seguinte organização:

pleno da Caisan (ministros, secretários, diretores e outros técnicos do governo), presidência, secretaria executiva, comitês gestores (incluídos em 2014) e comitês técnicos<sup>11</sup>.

Os comitês gestores tinham por finalidade apoiar e acompanhar as ações necessárias à operacionalização de programas ou planos intersetoriais relativos à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Tais comitês eram compostos por representantes dos ministérios e secretarias especiais, podendo ter a participação de convidados de outros órgãos, entidades públicas e da sociedade civil<sup>11</sup>.

Os comitês técnicos eram órgãos de assessoramento da Caisan que subsidiavam as tomadas de decisão. Possuíam a mesma composição dos comitês gestores, e sua duração deveria ser delimitada, podendo ser prorrogada quando necessário<sup>10</sup>. Durante o período estudado, a Câmara instituiu 13 comitês técnicos.

Segundo entrevistados, os comitês técnicos foram importantes para que as discussões fossem aprofundadas e estruturadas, contribuindo para a definição de ações intersetoriais (E4; E3). A maior parte dos comitês técnicos abordou a construção, o monitoramento e a avaliação do Plansan, que foi mencionado como o principal instrumento de conexão entre setores e promoção da intersetorialidade (E12).

Em relação à composição, a Caisan era integrada por membros governamentais titulares e suplentes do Consea, compreendendo, em 2016, representantes de 20 órgãos do governo federal (*quadro 2*).

Quadro 2. Composição da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional em 2016

Órgãos do Governo	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
	Casa Civil da Presidência da República
	Ministério da Saúde
	Ministério das Relações Exteriores
	Ministério da Educação
	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Quadro 2. (cont.)

Órgãos do Governo	Ministério do Desenvolvimento Agrário
	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
	Ministério do Meio Ambiente
	Ministério da Justiça e Cidadania
	Ministério da Ciência Tecnologia e Inovação
	Ministério da Integração Nacional
	Ministério da Fazenda
	Ministério das Cidades
	Ministério da Cultura
	Ministério do Trabalho Previdência e Social
	Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial
	Secretaria de Governo da Presidência da República
	Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
	Secretaria Especial de Direitos Humanos

Fonte: Elaboração própria.

A análise da participação dos representantes dos ministérios nas reuniões da Câmara, a partir das atas e listas de presenças, mostra que nenhuma plenária foi presidida pelo Ministro de Desenvolvimento Social, que exerceria a

função de secretário-geral. Todas foram dirigidas pelos secretários executivos da Câmara. O gráfico 1 ilustra a participação dos órgãos governamentais nas plenárias no período.

Gráfico 1. Participação dos representantes governamentais na Caisan de 2012 a 2016



Fonte: Elaboração própria.

O MDS e o Ministério da Saúde estiveram presentes em todas as reuniões, em geral, com mais de um representante. Depois desses, o secretário executivo do Consea, os membros dos Ministérios da Educação e das Relações Exteriores foram os mais participativos.

A rotatividade de representantes e a baixa participação de alguns órgãos dentro da Caisan foram mencionadas como desafios iniciais dessa instância (E;3; E4; E9; E11). A secretaria do governo da Presidência da República, os Ministérios de Relação Exteriores e Educação se destacaram pela baixa alternância de representantes.

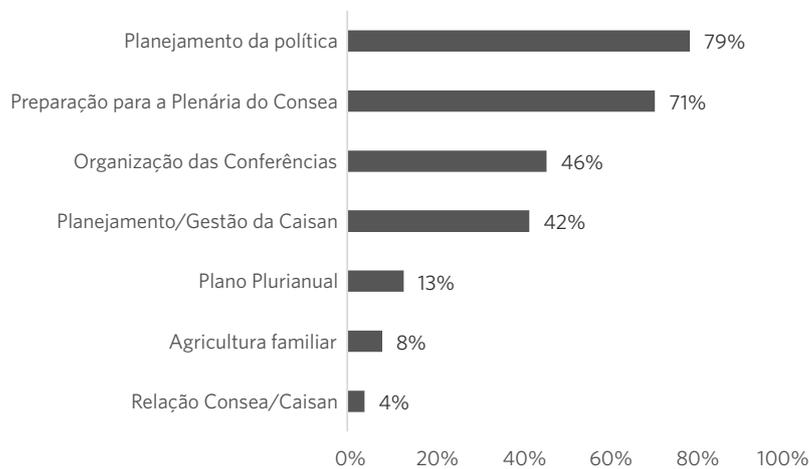
Os mesmos participantes frequentes nas plenárias da Caisan compareciam de forma

assídua nas reuniões da Consea, o que teria favorecido encaminhamentos mais qualificados dos debates do Conselho para a Câmara (E12).

### A agenda da Caisan e sua relação com o Consea

A agenda política da Caisan no período abrangeu uma diversidade de temas, expressos nas pautas. As principais temáticas se originaram nos debates realizados no Consea. Entretanto, os representantes dos ministérios, com assento na Câmara, também poderiam propor assuntos, independentemente das demandas do Conselho. O *gráfico 2* demonstra os temas mais frequentes nas pautas dessa instância.

Gráfico 2. Frequência (%) dos temas mais constantes nas pautas da Caisan de 2012 a 2016



Fonte: Elaboração própria.

O tema mais frequente foi o planejamento da política, compreendendo discussões sobre o Plansan, o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, o Sisan e a PNSAN. O Plano teve destaque nos debates, com ênfase na sua construção e monitoramento, o que é consoante com as atribuições previstas no decreto de criação da Câmara. Apesar da construção da Política Nacional não ter sido explicitada com

frequência nas plenárias, o Plansan é um instrumento que materializa a política, havendo forte relação entre a construção do Plano e o fortalecimento da PNSAN (E14).

O tema preparação para a plenária do Consea foi o segundo mais frequente, referindo-se, em geral, a discussões prévias das pautas que seriam abordadas no Conselho. Isso contribuía para que o governo chegasse

mais articulado em suas posições, acelerando a tomada de decisão para determinados temas. Essa questão foi abordada de forma positiva por entrevistados, visto que deixava os debates mais produtivos (E12; E14).

O assunto referente à organização das Conferências foi o terceiro mais debatido, compreendendo a programação do evento, debates sobre a participação do governo nas subcomissões de preparação, elaboração dos documentos de referência e balanço das conferências estaduais. Observou-se sinergia entre o Consea e a Caisan na preparação das Conferências, bem como a importância desse evento na agenda (E10). De maneira geral, os entrevistados apontaram as Conferências como um processo de aprendizagem institucional tanto pelo governo quanto pela sociedade civil, que pressupõe escuta, diálogo e tensões. Os relatos também reconheceram as Conferências como um espaço participativo e democrático que logrou resultados positivos em importantes áreas (E5; E6; E7; E10; E11; E14).

O debate acerca do Planejamento/Gestão da Caisan foi o quarto tema mais frequente. Envolveu apresentações sobre as ações desenvolvidas, eleições para os temas centrais a serem discutidos, criação dos comitês técnicos, elaboração dos regimentos internos e balanço das atividades, apresentando avanços e desafios. Destaca-se que o tema Planejamento/Gestão do Consea também foi frequente nas pautas do Conselho, o que pode estar relacionado com o esforço de institucionalização e fortalecimento dessas instâncias.

A discussão sobre o Plano Plurianual (PPA) foi o quinto assunto mais debatido, com ênfase na metodologia da sua elaboração e na construção do programa temático de SAN no novo PPA (2016-2019). Durante a elaboração desse programa temático, buscou-se compatibilizar as demandas recebidas das instâncias de participação da sociedade civil

(Fórum Interconselhos e debates gerados em todo o País). A participação da sociedade e do governo nesses fóruns de discussão foi avaliada de forma positiva pelos representantes da Câmara. Mencionou-se, como desafio para o PPA, a construção de um programa que refletisse a intersetorialidade da SAN, que tivesse um caráter estratégico, metas robustas e que respondesse aos desafios da SAN (E10). A construção do PPA temático foi destacada nas entrevistas como uma conquista intersetorial importante da Câmara (E9; E10).

Apesar de o tema da Agricultura Familiar não aparecer de forma frequente nas pautas, existia um comitê técnico que abordava a agricultura urbana e periurbana. Essa iniciativa visava à formalização de parcerias para promover a agricultura urbana com enfoque na produção orgânica sustentável, utilizando terrenos públicos, de escolas e áreas disponíveis para fazer hortas comunitárias, com a produção feita por cooperativas de agricultores. Vários entrevistados apontaram limites institucionais para avançar na questão da distribuição da terra, pela posição contrária do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa) (E1; E3; E8; E9; E13; E14).

O tema da relação entre o Consea e a Caisan foi pouco frequente nas atas das plenárias, mas foi destacado pelos entrevistados, que, em sua maioria, ressaltaram o diálogo e a sinergia entre as duas instâncias (E2; E12). Apesar do predomínio de relações de colaboração e complementação entre tais instâncias, em certas ocasiões, ocorriam tensões, caso representantes da sociedade civil no Consea e nas Conferências considerassem que a Câmara estaria dando respostas insuficientes para as demandas.

Além dos temas principais, outras questões foram debatidas nas plenárias da Caisan, reafirmando a expressiva amplitude da política de SAN, conforme resumido no *quadro 3*.

Quadro 3. Temas diversos discutidos nas plenárias da Caisan de 2012 a 2016

Temas diversos	Ano
Proposta do Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil	2012
Direito Humano à Alimentação	2012
Exposição de Motivos do Consea: Balanço, Proposta de fluxo e Encaminhamentos	2012
Preços dos alimentos	2013
Proposta Boletim Municipal de SAN	2013
Encontro Interconselhos	2014
Elaboração do Relatório 'O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional: um retrato multidimensional Relatório 2014'	2014
Apresentação do estudo 'Avaliação da evolução temporal do estado nutricional das crianças de 0 a 5 anos beneficiárias do PBF'	2014
Apresentação dos resultados das metas para a redução do sódio em alimentos processados	2014
Preparação para a conferência da FAO	2014
Análise da conjuntura do país	2014
Mudanças climáticas	2014
Resultados sobre Mapeamento de SAN nos Estados e Municípios	2015
Agenda Internacional	2015
Situação do Beribéri em 2014	2015
Apresentação do Mapa de Vulnerabilidade em SAN	2015

Fonte: Elaboração própria.

Alguns desses temas também estiveram presentes na agenda do Consea, o que demonstra a similaridade das discussões e a possibilidade de a Caisan articular respostas junto aos ministérios. Entretanto, no período estudado, temas conflitivos que mobilizam fortes interesses econômicos, como a regulação do uso de agrotóxicos e da indústria de alimentos, não foram muito debatidos nas plenárias da Caisan. Isso sugeriu certa fragilidade dessa instância para orientar a ação do Estado no que se refere a questões envolvendo disputas de interesses entre agentes econômicos e dos setores sociais.

Sobre a capacidade de a Câmara tomar decisões intersetoriais, os entrevistados apontaram que as plenárias apresentavam capacidade de deliberação e pactuação sobre algumas ações e programas. Todavia, muitas de suas decisões tinham que ser encaminhadas e negociadas com os ministérios para assegurar a execução

das demandas e viabilizar programas e políticas da área (E2; E9).

## Discussão

A pesquisa identificou que a Câmara demorou cinco anos para funcionar plenamente. Outro estudo já havia relatado as dificuldades de estruturação da Caisan na esfera federal e, também, de criação dessas instâncias na esfera estadual<sup>12</sup>. A Câmara é um órgão muito complexo, uma vez que cada ministério possui um poder muito elevado e que, entre os ministérios, há interesses divergentes e pesos orçamentários assimétricos<sup>13</sup>.

Compreende-se que a construção de um novo modelo de governança, envolvendo a atuação conjunta de diferentes setores do governo, é um processo desafiador que requer

tempo e acordos para estruturação e alcance dos objetivos propostos. Além disso, demanda valorização para que se constitua como um espaço decisório da agenda estratégica no âmbito do governo. A pesquisa observou que a demora para a estruturação da Caisan esteve relacionada principalmente com discussões sobre como seria seu formato, sua composição e seu lócus institucional.

No que concerne à inserção da Câmara, houve amplo debate entre os integrantes do Consea. A Caisan era vinculada ao MDS, e não à Casa Civil da Presidência da República, como o Consea. A vinculação a um ministério específico pode trazer desafios para a promoção da intersectorialidade<sup>5</sup>.

No entanto, a pesquisa revelou que, após alguns anos de experiência, a Câmara, mesmo vinculada ao MDS, desempenhou bem suas funções, ao manter a constância no trabalho e a interação entre diversos setores. Nesse sentido, um desafio seria compatibilizar ações intersectoriais com fluxos decisórios que assegurem a participação de atores decisivos, sem colidir com a organização hierárquica do governo e o processo político.

Em relação à constituição de espaços internos na Caisan, observou-se que a maioria dos comitês técnicos abordou o Plansan. Segundo Machado<sup>14</sup>, a construção desses planos depende de um trabalho conjunto das diversas secretarias de governo. O presente estudo identificou que os comitês técnicos contribuíram para articular os setores e atores da política e aprofundar os debates, favorecendo a tomada de decisão e a construção intersectorial do Plansan.

Quanto à participação dos representantes governamentais nas plenárias, observou-se o engajamento expressivo de algumas áreas e atores. A pesquisa revelou a presença ativa e frequente nas reuniões de quatro ministérios: Desenvolvimento Social, Saúde, Educação e Relações Exteriores, com baixa rotatividade dos representantes, sugerindo a implicação dessas áreas com a política de SAN. Além desses setores, o secretário executivo do

Consea teve participação frequente na Caisan. Resultado similar foi encontrado na análise da presença dos representantes governamentais nas plenárias do Consea.

A Câmara potencializa a participação dos primeiros escalões de governo e os compromete em torno da construção de uma agenda própria de negociação (considerando as dificuldades prévias de participação sistêmica dos mais altos escalões no Consea)<sup>6</sup>. Entretanto, identificou-se na pesquisa que os suplentes dos ministros compareciam mais nas reuniões. Outro estudo realizado na esfera municipal observou que os participantes da Câmara local eram majoritariamente técnico-administrativos, sem poder decisório, que desconheciam a política de SAN, indicados pelos primeiros escalões das secretarias municipais<sup>15</sup>. A presença mais frequente de técnicos, a baixa participação de alguns órgãos governamentais e de atores com poder de decisão, e a alta rotatividade entre os representantes, foram identificadas no presente estudo como limites à atuação do Câmara Nacional.

Tais fragilidades podem dificultar a implementação das políticas da área da SAN, uma vez que as ações poderiam ser potencializadas quando realizadas de forma articulada entre ministérios. No entanto, a Caisan, mesmo com fragilidades, permitiu no período a relação de apoio mútuo entre os ministérios, estabelecendo processos que concretizam a prática intersectorial.

Vale mencionar a existência de outras instâncias que tratam de temas relacionados com a SAN, como a Comissão e a Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção Orgânica (Ciapo), responsáveis pela coordenação da Política Nacional de Agroecologia e Produção, com composição semelhante ao Consea e à Caisan respectivamente. Como na experiência da Caisan, não houve consenso em relação à inserção institucional da Ciapo, e seus representantes não possuíam força no ministério para implementar as demandas colocadas nas reuniões<sup>16</sup>. A análise de semelhanças e diferenças entre a Ciapo e a Caisan pode ser objeto de estudos futuros.

Em relação à agenda da Caisan, a pesquisa identificou que os principais temas debatidos envolviam a intersetorialidade e a participação social. O tema de planejamento da política incluiu: o Plansan, o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, o Sisan e a PNSAN.

As prioridades do Plansan foram definidas com participação da sociedade civil, mediante a realização de Conferências Nacionais de SAN. A partir de 2011, as Conferências passaram a definir as prioridades para a elaboração do Plano que deviam ser consideradas para o período quadrienal posterior<sup>5</sup>. A atribuição específica da criação do Plansan exigiu certo grau de comprometimento do governo e foi importante para efetivar a intersetorialidade.

O Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade buscou organizar as orientações de forma articulada, conjunta e intersetorial para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade e seus determinantes no País<sup>17</sup>. Essa estratégia ganhou notoriedade na agenda pelo crescente aumento de sobrepeso e obesidade na população brasileira. Dados da pesquisa do Vigitel, realizada em 2017, demonstram que 54% da população brasileira sofre com excesso de peso<sup>1</sup>. Para o enfrentamento do problema, foi necessário o envolvimento de diversos ministérios, especialmente o Ministério da Saúde, e a sociedade civil, explicitando esforços para ampliar as ações integradas.

Outro assunto frequente foi a organização das Conferências. Durante o período analisado, ocorreu uma Conferência cujas deliberações orientaram a PNSAN e o Plansan. As Conferências de SAN se destacam pela forte participação de diversas representações da sociedade civil e pela parceria estabelecida com o Estado no desenvolvimento de políticas para área<sup>19</sup>. A pesquisa corroborou o reconhecimento das Conferências como um espaço participativo relevante para o alcance de resultados positivos na política.

O tema da preparação para a plenária do Consea e da relação entre o Consea e a Caisan demonstrou como a articulação entre essas

duas instâncias é importante para a operacionalidade das ações. Nesse sentido, observou-se que a coexistência desses dois espaços – Consea e Caisan – favoreceu o alinhamento entre áreas e a complementaridade das atividades. Corroborando esse achado, um estudo sobre as políticas de SAN no período de 2003 a 2019, que analisou documentos publicados por essas duas instâncias, destacou que a apresentação de propostas e conteúdos são complementares entre si e alinhados aos contextos políticos e históricos de cada momento<sup>20</sup>.

Cabe ainda ressaltar o trabalho importante desses órgãos tanto no acompanhamento das decisões em âmbito federal como no desenvolvimento de ações e proposições<sup>20</sup>. A institucionalização de espaços de diálogo como a Caisan, que tem a possibilidade de dar consequência às manifestações produzidas pelo Consea e, posteriormente, monitorar as ações, atenua a fragmentação na construção da PNSAN.

A existência do Sisan possibilita a construção de espaços formais que permitem o diálogo entre sociedade civil e governo, bem como a articulação entre diferentes setores governamentais<sup>5</sup>. Para Maluf<sup>21(272)</sup>,

O Sisan pode ser caracterizado como um sistema aberto em função do seu propósito de organizar e monitorar as ações e políticas públicas dos diversos setores governamentais e não governamentais, articulando-as numa política nacional de SAN.

As diretrizes da intersetorialidade e da participação social, norteadoras do Sisan, tendo como pilares a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Consea e a Caisan<sup>22</sup>, contribuem para a governança na área no País. No entanto, Zimmermann<sup>19</sup> argumenta que é importante assumir que o Sistema está em construção, mostrando-se como um desafio para a gestão governamental, visto que é integrado por câmaras intersetoriais e Conselhos, ambos presentes nas três esferas de governo.

Destaque-se que dados da Pesquisa de Orçamento Familiar revelam que, entre os anos 2017-2018, ocorreu um aumento expressivo de todos os graus associados à situação de Insegurança Alimentar (IA) – leve, moderada e grave –, que vinham em um cenário de redução no Brasil<sup>23</sup>. A complexidade dos problemas envolvidos com a IA demonstra a pertinência de aprimorar mecanismos de governança que promovam uma maior convergência e articulação entre setores, no sentido de garantir a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e fortalecer a PNSAN nos seus diferentes níveis (global, regional, nacional e local).

A construção da PNSAN resultou do protagonismo da sociedade civil, cuja mobilização e engajamento com a temática impulsionaram a entrada da SAN na agenda pública brasileira<sup>5</sup>. A Câmara teria a potência de viabilizar o planejamento conjunto, criando um espaço de governança intersetorial que se torna fundamental para a gestão de uma política complexa.

A governança construída para política de SAN no período estudado representa um desenho singular e complexo, ao compreender um conselho com participação da sociedade civil e representantes governamentais (o Consea) e uma instância somente de órgãos governamentais (a Caisan), ambos fortemente orientados pelos debates e diretrizes de Conferências participativas. Outras políticas que exigem coordenação e articulação intersetorial não apresentam esse tipo de configuração. Por exemplo, no caso das políticas para os idosos, existe o Conselho Nacional de Direitos dos Idosos (CNDI), que tem representantes da sociedade civil e do governo<sup>24</sup>, mas não existe uma instância formal de composição apenas governamental. Já no caso da Política Nacional de Controle do Tabaco, a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco reúne representantes de diferentes órgãos governamentais<sup>25</sup>, mas não existe um conselho amplo com participação da sociedade civil (em que pese sua importância na política). A existência de duas instâncias, no caso da SAN, oferecia um rico potencial de aliar o

processamento das demandas da sociedade com mecanismos adicionais de coordenação entre áreas de governo para a operacionalização de políticas propostas, valorizando tanto a participação social como a intersetorialidade.

Por outro lado, temas conflitivos muito debatidos no Consea e nas Conferências, como o orçamento, a regulação dos agrotóxicos, dos transgênicos e da rotulagem e publicidades de alimentos, não foram frequentes na agenda da Caisan, no período estudado. Segundo outro estudo, a abordagem associada à garantia da SAN, da Alimentação Adequada Saudável e do Direito Humano à Alimentação Adequada, bem como os princípios, os valores e as estratégias que vêm sendo construídos no País nesses âmbitos de ação política, são incompatíveis com os produtos e as práticas mercadológicas do setor privado comercial<sup>26</sup>. A Caisan, que poderia enfrentar os interesses econômicos das corporações privadas de forma mais efetiva, pareceu ter limitada influência sobre questões consideradas estruturantes.

Além disso, com a extinção do Consea e a consequente interrupção de atuação conjunta entre esses dois espaços, observou-se ausência de movimentações para a construção de novas ações, gerando incerteza de continuidade de esforços que vinham sendo empreendidos<sup>20</sup>. Nesse sentido, a Câmara necessita ser fortalecida para proporcionar que as propostas de instâncias participativas (como era o Consea) e que demandas da sociedade civil tenham uma articulação efetiva dentro do governo, contribuindo para a implementação das diferentes dimensões da SAN. É necessário também mobilizar a população, expandir o debate e ampliar o conhecimento sobre essa temática para concretizar a defesa dessa agenda com ampla participação da sociedade.

## Conclusões

Em que pese a complexidade da articulação de múltiplos órgãos governamentais e interesses, a pesquisa mostrou que, no período estudado,

a Caisan favoreceu o planejamento conjunto e ações integradas entre diferentes setores do governo. Esse modelo de governança intersectorial foi também importante por proporcionar a interlocução e o processamento pelos órgãos de governo das demandas da sociedade civil provenientes do Consea e das Conferências.

Contudo, ainda persistem desafios para fortalecer a efetividade da Caisan na gestão e implementação de políticas intersectoriais. A baixa presença de representantes com maior poder de decisão e de alguns órgãos governamentais, a alta rotatividade entre os representantes e o pouco envolvimento com decisões políticas em áreas críticas impuseram limites à sua atuação. Desse modo, promover seu fortalecimento e a inclusão das questões da SAN na agenda federal é essencial para a consolidação das políticas públicas de SAN.

A literatura sugere uma escassez de estudos específicos sobre a Caisan. Outras pesquisas são necessárias para acompanhar como essa

instância tem atuado no período mais recente na gestão da PNSAN, sobretudo após a extinção do Consea, um espaço que favorecia a participação social e a intersectorialidade na construção de uma política estratégica para a o bem-estar social e saúde da população.

## Colaboradoras

Moraes VD (0000-0001-9540-6772)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Machado CV (0000-0002-9577-0301)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Magalhães R (0000-0003-3831-8877)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Costa CA, Bógus CM. Significados e apropriações da noção de segurança alimentar e nutricional pelo segmento da sociedade civil do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Saúde e Soc.* 2012; 21(1):103-114.
2. Burlandy L. A atuação da sociedade civil na construção do campo da Alimentação e Nutrição no Brasil: elementos para reflexão. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(1):63-72.
3. Maluf RS, Reis MC. Conceitos e princípios de Segurança Alimentar e Nutricional. In: Rocha C, Burlandy L, Magalhães R, organizadores. *Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 15-42.
4. Tomazini CG, Leite CKS. Programa Fome Zero e o paradigma da segurança alimentar: ascensão e queda de uma coalizão? *Rev. Sociol. Polit.* 2016; 24(58):13-30.
5. Burlandy L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):851-860.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Gabe KT, Jaime PC. Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. In: Jaime PC, organizadora. Políticas públicas de alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 41-49.
7. Marques E. Governo, atores políticos e governança nas políticas urbanas no Brasil e em São Paulo: conceitos para uma agenda de pesquisas futuras. *Bras. Sci. político. Rev.* 2013; 7(3):8-35.
8. Castro I. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(2):e00009919.
9. Magalhães R. Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(10):3143-3150.
10. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário; Câmara Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Resolução nº 4, de 30 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o Regimento Interno da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN. *Diário Oficial da União.* 31 Dez 2010.
11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário/Câmara Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil). Resolução nº 1, de 26 de dezembro de 2016. Aprova o Regimento Interno da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. *Diário Oficial.* 28 Dez 2016.
12. Nascimento RCDO. O papel do CONSEA na construção da Política e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2012.
13. Custódio MB. Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: Arranjo Institucional e Alocação de Recursos. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
14. Machado ML, Gabriel CG, Soar C, et al. Adequação normativa dos planos estaduais de segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(1):2-14.
15. Marano D, Morgado CMC, Franco AS, et al. Relato de Experiência: percurso e desafios para adesão municipal ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Demetra* 2021; (16):e50901.
16. Sambuichi RHR, Spínola PAC, Mattos LM, et al. Análise da Concepção da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica. In: Sambuichi RHR, Moura IF, Mattos LM, et al., organizadores. A política nacional de agroecologia e produção orgânica no Brasil: uma trajetória de luta pelo desenvolvimento rural sustentável. Brasília, DF: Ipea; 2017. p. 117-147.
17. Rauber F, Jaime PC. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição voltadas ao sobrepeso e obesidade. In: Jaime PC, organizadora. Políticas públicas de alimentação e nutrição. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019. p. 123-131.
18. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
19. Zimmermann SA. A Pauta do Povo e o Povo em Pauta: As Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional Brasil - Democracia, Participação e Decisão Política. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2011.
20. Oliveira ASB, Casemiro JP, Brandão AL, et al. Monitoramento e Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional: um olhar sobre as publicações oficiais. *Ciênc. Saúde Colet.* No prelo 2020.
21. Maluf RS. O Consea na construção do sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. In: Silva JGDA, Del Grossi ME, França CGDE, organizadores. *Fome Zero: a experiência brasileira.* Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2010. p. 265-287.
22. Leão M, Maluf RS, organizadores. A construção social de um sistema público de segurança alimentar

- e nutricional: a experiência brasileira. Brasília, DF: ABRANDH; 2012.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
24. Souza MS, Machado CV. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(10):3189-3200.
25. Portes LH, Machado CV, Turci SRB. Coordenação governamental da Política de Controle do Tabaco no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(7):2701-2714.
26. Burlandy L, Alexandre VP, Gomes FS, et al. Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(6):1809-1818.

---

Recebido em 27/10/2020

Aprovado em 13/07/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: VDM foi bolsista de Doutorado da Capes e recebeu apoio do Proex-Capes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz para a realização da pesquisa de campo. CVM é bolsista de produtividade do CNPq

# Expressões da precarização do trabalho nas regras do jogo: Organizações Sociais na Atenção Primária do município do Rio

*Expressions of precarious working conditions in the rules of the game: Social Organizations in Primary Care in the municipality of Rio*

Júlia Matos da Fonseca<sup>1</sup>, Sheyla Maria Lemos Lima<sup>1</sup>, Marcia Teixeira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113003

**RESUMO** Objetivou-se analisar as relações de trabalho no âmbito da Atenção Primária (AP) operada pelas Organizações Sociais (OSs) no município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2019. Foram utilizadas contribuições do neoinstitucionalismo histórico para analisar as regras formais das relações de trabalho e sua relação com a precarização a partir dos documentos elaborados pelas instâncias legislativa, executiva e prestadora de serviços. Foram consideradas as modalidades de contratação; contribuições previdenciárias ou trabalhistas; modalidades de recrutamento e seleção; representação dos trabalhadores; plano de cargos, salários e benefícios; remuneração; escopo de práticas e composição das equipes. Destacaram-se como expressões da precarização as incertezas na garantia de direitos trabalhistas, a insegurança quanto ao futuro profissional, a sobrecarga de trabalho, entre outros. O estudo da trajetória da política de AP no período considerado permitiu reconstruir argumentos, dimensões legislativas e regulamentares, bem como as inflexões e a evolução da política. As regras do jogo contidas nas normativas expressam a flexibilização e a precarização do trabalho na AP do município, colocando em questão a sustentabilidade dos serviços baseados no modelo das OSs.

**PALAVRAS-CHAVE** Trabalho. Organização Social. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *The objective was to analyze the labor relations in the scope of Primary Care operated by Social Organizations in the city of Rio de Janeiro in the period from 2009 to 2019. The contributions of historical neoinstitutionalism were used to analyze the formal rules of labor relations and their relationship with precarious working conditions based on documents prepared by the legislative, executive and service providers. The following hiring modalities were considered: social security or labor contributions; recruitment and selection modalities; worker representation; job, salary and benefits plan; remuneration; scope of practices and team composition. The uncertainties in guaranteeing labor rights, insecurity about the professional future, work overload, among others, stood out as expressions of precarious working conditions. The study of the trajectory of Primary Care policy in the considered period reconstructs arguments, legislative and regulatory dimensions, as well as the inflections and evolution of the policy. The rules of the game contained in the regulations express the flexibility and precarious working conditions in Primary Care in the municipality, calling into question the sustainability of services based on the model of Social Organizations.*

**KEYWORDS** *Work. Social Organization. Primary Health Care.*

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



## Introdução

A precarização, conceito abrangente para a compreensão das relações de trabalho, tem sido utilizada para se referir a uma piora das condições de trabalho, seja pela diminuição dos postos, redução dos direitos e incremento do trabalho informal, temporário, intermitente, entre outros<sup>1</sup>. O trabalho precário se caracteriza pela incerteza e imprevisibilidade, no qual os riscos empregatícios passam a ser assumidos principalmente pelos trabalhadores, e não mais pelos empregadores<sup>2</sup>.

No campo da precarização, inserem-se, ainda, a flexibilização, compreendida como um conjunto de medidas para adaptar ou eliminar direitos trabalhistas de acordo com a realidade econômica e produtiva, e a terceirização, conceituada como a transferência de parte do processo produtivo de uma organização (contratante) para outra (contratada ou 'terceirizada')<sup>3,4</sup>. A terceirização pode se manifestar como quarteirização, quando há uma intermediadora responsável por gerenciar contratos entre a 'empresa-mãe' e a empresa terceirizada, e/ou quando a empresa terceirizada contratada pela 'empresa-mãe' repassa as atividades a serem realizadas para outras empresas, cooperativas de trabalho (trabalhadores 'autônomos') ou prestadores de serviços individuais (Pessoas Jurídicas – PJ)<sup>5</sup>. Portanto, a terceirização e seus desdobramentos, ao permitirem condições de trabalho e de proteção social inferiores, vinculam-se à precarização do trabalho<sup>6</sup>.

Nos últimos anos, as relações de trabalho mais estáveis e com vínculos formais têm sido substituídas por relações mais flexíveis, diminuindo o acesso a direitos trabalhistas e acarretando aumento da precarização das relações de trabalho. Esse cenário se relaciona com a situação macroeconômica e, portanto, com a política econômica do neoliberalismo<sup>7</sup>.

Com o avanço do neoliberalismo, diversos países realizaram reformas administrativas, políticas e econômicas<sup>8,9</sup>. Nesse contexto, ocorreram mudanças no modelo de gestão das

instituições do Estado que foram influenciadas por uma agenda pautada na Nova Gestão Pública. Esse modelo introduziu arranjos alternativos à gestão direta do Estado, mais próximos àqueles praticados no setor privado, gerando mudanças nos processos de trabalho dos serviços públicos, inclusive na saúde<sup>9,10</sup>.

No Brasil, esse debate ganhou concretude com a criação, em 1995, do Ministério da Administração e Reforma do Estado e com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado<sup>8</sup>. Foi criado um novo ente jurídico administrativo, as Organizações Sociais (OSs) (Lei nº 9.637/1998), qualificação concedida a entidades já existentes, de direito privado e sem fins lucrativos, que realizariam parceria com o Estado intermediadas por um contrato de gestão<sup>11</sup>. Assim, o Plano Diretor, a lei de qualificação e os contratos de gestão expressam marcos regulatórios que permitiram a adoção do modelo das OSs.

Mais recentemente, mudanças nos regramentos institucionais tiveram efeitos nas relações de trabalho do País. Desde 2016, iniciou-se um processo de revisão de políticas sociais de forma mais intensa, a partir do aprofundamento das políticas de austeridade, com a aprovação de um conjunto de reformas. Tais reformas são denominadas contrarreformas, ressaltando o retrocesso que provocaram na regulação social do trabalho<sup>12,13</sup>.

Uma delas foi a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), de 2016, que congelou despesas primárias do setor público por vinte anos, sendo atualizadas apenas pela inflação do ano anterior com base na variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)<sup>14</sup>. Nesse sentido, a EC 95 intensificou o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), acarretando restrições financeiras aos municípios com reflexos na contratação e remuneração dos trabalhadores.

A reforma trabalhista, aprovada com a Lei nº 13.467, de 2017, alterou diversos pontos da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), como, por exemplo, a contribuição sindical; o acordo entre as partes para demissão sem justa

causa; o contrato de trabalho intermitente; horas extras, entre outros<sup>15</sup>. Adicionalmente, a lei da terceirização (Lei nº 13.429/2017) passou a permitir a terceirização das atividades-fim<sup>16</sup>.

Diante das mudanças na regulação do trabalho, este artigo tem como objetivo analisar as relações de trabalho no âmbito da Atenção Primária (AP) operada pelas OSs no município do Rio de Janeiro, no período de 2009 a 2019, a partir da análise das regras formais que sustentaram essas relações, identificando possíveis expressões de precarização.

## Material e métodos

Durante o período estudado, as OSs foram responsáveis por grande parte da AP no município do Rio, sendo que, em 2015, geriam 98% das unidades de AP<sup>17</sup>. Entre 2009 e 2019, atuaram 11 OSs diferentes: Instituto Social Fibra (Fibra); Viva Rio; Centro Integrado e Apoio Profissional (Ciap); Associação Global Soluções em Saúde (Global); Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec); Instituto Gnosis (Gnosis); Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas); Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM); Centro de Estudos e Pesquisas 28 (CEP 28), Instituto de Psicologia Clínica Educacional e Profissional (IPCEP) e Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social (Ideias)<sup>18</sup>.

Realizou-se análise documental das regras produzidas pelas instâncias legislativa, executiva e prestadora de serviços, a fim de compreender as relações de trabalho estabelecidas na AP no município do Rio. O referencial de análise utilizado foi o neoinstitucionalismo, que considera que as regras formais (leis, normas) e informais (código de conduta, hábitos) influenciam as interações humanas<sup>19,20</sup>. Assim, os documentos analisados foram considerados como regras formais que moldam as relações de trabalho estabelecidas na AP com as OSs. O neoinstitucionalismo histórico sustentou a análise da trajetória das políticas implementadas no

período entre 2009 (início da contratação das OSs na AP) e 2019, compreendendo dois mandatos do governo Eduardo Paes e um do governo Marcelo Crivella.

No âmbito legislativo, foram consideradas: a Lei federal nº 9.637, de 1998, a Lei municipal nº 5.026, de 2009, e o decreto municipal nº 30.780, de 2009, que dispõem sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais<sup>11,21,22</sup>.

Na instância executiva, foram analisados: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, referente ao âmbito federal; três Planos Municipais de Saúde (dois do governo do Eduardo Paes e um do Marcelo Crivella); o documento 'Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde – Estudo para otimização de recursos' (governo Marcelo Crivella); o 'Relatório Parcial – 1ª versão (2018)' (grupo de trabalho do Conselho Municipal de Saúde); e 27 contratos de gestão – instrumento que regula a relação entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (contratante) e a OS (contratada) – relativos às OSs atuantes no período de 2009 a 2019<sup>23-28</sup>. Não foram considerados os contratos de gestão emergenciais, e, por isso, a CEP 28 e a IPCEP não foram incluídas na análise.

Na instância prestadora, foram analisados 5 estatutos – funções, atos e objetivos da instituição – referentes às OSs Fiotec, Iabas, Gnosis, SPDM e Viva Rio<sup>29-33</sup>. Não foram obtidos os estatutos das demais OSs. Sobre os regulamentos de contratação de pessoal, foram acessados os de 4 OSs: Iabas, Gnosis, SPDM e Viva Rio<sup>34-37</sup>. Cabe a observação de que a Fiotec não possui regulamento de contratação de pessoal. Quanto às demais OSs, não foram identificados em seus *sites* eletrônicos os regulamentos de pessoal. Foram também acessados os 206 editais completos de seleção de pessoal no período de 2009 a 2019, referentes às OSs Fibra (2), Fiotec (14), Gnosis (4), Iabas (68), IPCEP (23), SPDM (51) e Viva Rio (44). Dos editais, foram apenas considerados aspectos relevantes da precarização do trabalho.

Ao todo, foram analisados 251 documentos das três instâncias formuladoras de regras

para a AP do município do Rio de Janeiro, deles extraindo indicadores sobre relações de trabalho apresentados no *quadro 1*.

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em função da

dispensabilidade – dados de acesso público e irrestrito –, de acordo com os requisitos da Resolução nº 466, de 2012, e da Resolução nº 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 1. Indicadores selecionados sobre relações de trabalho – 2009/2019

Instância	Documentos*	Indicadores
Legislativa	Lei federal nº 9.637/1998; lei municipal nº 5.026/2009 e decreto municipal nº 30.780/2009	Representação de trabalhadores; plano de cargos, salários e benefícios; remuneração; contribuições previdenciárias ou trabalhistas; cessão de servidores; complementação salarial de servidores cedidos
Executiva	Política nacional de atenção básica 2017	Número de agente comunitário de saúde por equipe; incentivo financeiro das equipes de atenção básica tradicional; escopo de práticas dos agentes comunitários
	3 planos municipais de saúde	Equipes de saúde da família e suas modalidades de contratação
	Documento 'Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde – estudo para otimização de recursos' e o 'Relatório parcial – 1ª versão'	Número de trabalhadores e equipes de saúde da família; tipologia das equipes
	27 contratos de gestão	Contratação de pessoal; remuneração; contribuições previdenciárias ou trabalhistas; reserva de vagas/cotas; cessão de servidores; rescisão por parte da contratante – responsabilidade sobre os custos de dispensa de pessoal; controle da jornada de trabalho
Prestadora de serviços/OS	5 estatutos	Atribuições referentes às relações de trabalho (plano de cargos, salários e benefícios; política de recursos humanos/manual de recursos humanos; admissão, contratação, demissão, promoção e delegação de atribuições dos trabalhadores; formação dos trabalhadores); participação de trabalhadores (participação como associados; representação no conselho de administração); remuneração de trabalhadores associados e conselheiros (remuneração de associados; remuneração de conselheiros de administração)
	4 regulamentos de contratação de pessoal	Procedimentos de incorporação/contratação de trabalhadores (modalidade de recrutamento e seleção; reserva de vagas/cotas; modalidade de contratação) e procedimentos de gestão de trabalho (pagamento; benefícios; licenças; avaliação de desempenho; controle da jornada de trabalho; promoção; remanejamento/transferência; extinção/rescisão do contrato de trabalho)
	206 editais de seleção completos	Modalidade de recrutamento e seleção; remuneração; requisitos para concorrer à vaga

Fonte: Elaboração própria.

\* Documentos acessados em: Site de busca Google, Site da Prefeitura do Rio de Janeiro, Sistema de legislação da saúde (Saúde Legis), Sites das Organizações Sociais de Saúde e redes sociais Facebook/Instagram.

## Resultados e discussão

Os resultados estão apresentados segundo duas grandes categorias que expressam a precarização de trabalho: contratação dos trabalhadores (modalidades de contratação; contribuições previdenciárias ou trabalhistas; modalidades de recrutamento e seleção) e gestão do trabalho (representação dos trabalhadores; plano de cargos, salários e benefícios; remuneração; escopo de práticas; composição das equipes).

### Contratação dos trabalhadores

O Plano Municipal de Saúde (2010-2013) do primeiro mandato do governo Eduardo Paes (2009-2012) apresentou como objetivo ‘desprecarizar’ os vínculos irregulares trabalhistas dos profissionais de saúde da SMS – contratos temporários, vínculos por bolsas, cooperativas de trabalho e triangulação por Organizações Não Governamentais (ONGs)<sup>25,38</sup> –, substituindo-os pela modalidade de contratação da CLT, a serem celebrados com as OSs, previstas na lei e em decretos municipais de 2009, as quais passaram a operar grande parte da Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>21,22,25</sup>. A análise dos regulamentos de contratação de pessoal das OSs evidenciou que efetivamente foi aplicada a contratação por CLT<sup>34-37</sup>.

A incorporação de profissionais na AP pelas OSs foi consolidada durante o segundo mandato do Eduardo Paes (2013-2016), conforme evidencia o documento do Plano Municipal de Saúde (2014-2017). Considerando todos os níveis de atenção à saúde, observa-se que foram eliminados os vínculos por cooperativa, que eram 932 em 2009; e incrementados os vínculos por CLT intermediados pelas OSs, que chegaram a 14.427 em 2012<sup>26</sup>. Houve, também, uma diminuição do número de servidores públicos estatutários municipais, passando de 25.411, em 2009, para 24.534, em 2012<sup>26</sup>. Cabe destacar que o vínculo celetista, quando comparado ao estatutário, é mais precário por não garantir, por exemplo, a estabilidade que assegura a permanência do trabalhador no serviço público.

Pouco antes do início do governo Eduardo Paes, em novembro de 2008, existiam apenas 128 equipes de saúde da família implantadas no município, e, ao final do seu segundo mandato, em novembro de 2016, foram alcançadas 951 equipes, o que possibilitou importante incremento de cobertura da AP no município<sup>39</sup>.

Vale lembrar que a CLT se tornou mais precária com a reforma trabalhista de 2017, que, além de promover alterações nas formas de demissão, de estimular a contratação por terceirização e permitir o trabalho intermitente, afastando-se dos referenciais da proteção social do trabalho anteriores à reforma, reforçou também a primazia da negociação entre trabalhador e empregador com relação aos direitos já estabelecidos. Essas consequências foram efetivamente manifestadas durante o governo de Marcelo Crivella (mandato de 2017 a 2020).

A saúde do município do Rio de Janeiro, portanto, vem experimentando ao longo dos anos fragilidades nas modalidades de contratação, efeito da conjuntura mais ampla do neoliberalismo que afeta também os serviços públicos de saúde. Antes do governo Eduardo Paes, a fragilidade se expressava pelos contratos irregulares; durante o governo Eduardo Paes, houve a escolha política das Organizações Sociais, utilizando como modalidade de contratação a CLT – sem assegurar o cumprimento da totalidade dos direitos previstos; e no governo Marcelo Crivella, mantiveram-se as OSs e a contratação por CLT, introduzindo flexibilizações propiciadas pela reforma trabalhista e pela lei da terceirização de 2017.

Quanto às contribuições previdenciárias ou trabalhistas, todos os contratos de gestão destacam que as OSs são responsáveis por essas contribuições, tema que também aparece no decreto municipal. É previsto, adicionalmente, que a contratante (SMS) pode reter parcela de recurso da contratada (OS) no caso de não pagamento de obrigações previdenciárias/trabalhistas por ela.

Entretanto, no governo Marcelo Crivella, a obrigatoriedade de pagamento dessas contribuições ficou comprometida em função do

não repasse da totalidade de recursos financeiros da SMS para as OSs, comprometendo o pagamento de direitos trabalhistas dos profissionais de saúde, tais como salários e fundo de garantia, como veiculado em diferentes jornais da grande mídia<sup>40-43</sup>. Portanto, apesar do vínculo CLT, obrigações previdenciárias e trabalhistas básicas não foram cumpridas em sua totalidade.

A análise dos contratos de gestão identificou a possibilidade de subcontratação pela OS de serviços destinados à atividade-meio e à atividade-fim, e, nesses casos, o subcontratado deve ser responsável solidário com a contratada (OS) por obrigações, tais como as tributárias, trabalhistas e previdenciárias<sup>44</sup>. Essa novidade foi identificada no contrato de gestão de 2019 da OS Ideias e está relacionada com as mudanças na regulação do trabalho, tendo em vista que, a partir da aprovação da lei da terceirização, em 2017, passou a ser permitida a terceirização de atividade-fim.

Portanto, por meio dos contratos de gestão com as OSs, abrem-se caminhos para relações de trabalho terceirizadas e quarteirizadas, possibilitando que os trabalhadores estejam vinculados a uma OS contratada ou a uma

subcontratada da OS, contribuindo para aumentar o grau de incerteza quanto à garantia dos direitos trabalhistas.

No município do Rio, a empresa Doctor Vip Brasil atuou como quarteirizada, celebrando contrato com os trabalhadores pela natureza jurídica de Sociedade em Conta de Participação, caracterizada por uma sociedade criada entre duas ou mais pessoas para a realização de uma atividade comercial pré-determinada. A diferença dessa modalidade de contratação para a Pessoa Jurídica (PJ) é que na Sociedade em Conta de Participação não há necessidade de o profissional abrir firma ou possuir Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). Essas modalidades não preveem os direitos da CLT, não sendo possível obtê-los nem judicialmente<sup>45,46</sup>.

Outro ponto a ser destacado é a pluralidade nas modalidades de recrutamento e seleção para incorporação dos trabalhadores. Considerando os 4 regulamentos de contratação de pessoal analisados, há diferentes exigências nas etapas de seleção entre as OSs, Iabas, Gnosis e Viva Rio (*quadro 2*). A SPDM não faz referência às etapas de seleção no seu regulamento<sup>34-37</sup>.

Quadro 2. Etapas do processo seletivo das Organizações Sociais Iabas, Gnosis e Viva Rio

IABAS	VIVA RIO	GNOSIS
<p>Processo de seleção simplificado – interno ou externo</p> <p>Pelo menos duas etapas, entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prova objetiva e/ou redação;</li> <li>• Análise do currículo e documentos comprobatórios de requisitos mínimos;</li> <li>• Duas entrevistas de avaliação (caráter eliminatório)</li> </ul> <p>Processo seletivo público</p> <p>Pelo menos uma prova (objetiva ou discursiva)</p>	<p>Processo seletivo interno ou externo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise do histórico profissional/ currículo</li> </ul> <p>Pode incluir também:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provas de conhecimentos gerais e/ou específicos e/ou técnica com nota mínima para aprovação;</li> <li>• Entrevistas (individual ou em grupo);</li> <li>• Dinâmicas de grupo;</li> <li>• Pesquisa cadastral no e-social (apenas para processo seletivo externo)</li> </ul>	<p>Pode conter as seguintes etapas ou outras mais apropriadas ao caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prova de conhecimentos específicos;</li> <li>• Análise de currículo;</li> <li>• Avaliação psicológica: entrevistas, aplicação de testes psicológicos e dinâmicas de grupo.</li> </ul> <p>Comprovação de especialização eventualmente exigida no edital de seleção</p>

Fonte: Elaboração própria a partir do regulamento de contratação de pessoal do Iabas, regulamento interno para contratação de pessoal do Gnosis e regulamento de gestão de pessoas do Viva Rio<sup>34,35,37</sup>.

Foi possível identificar diferentes etapas de seleção ao comparar dois editais de uma mesma OS. O edital 004/2015 exigiu as etapas de prova objetiva e entrevista técnica, enquanto o edital 11/2015 incluiu, além dessas etapas, a avaliação de títulos, sendo ambos editais da OS Iabas, do ano 2015 e para o cargo de enfermeiro<sup>47,48</sup>.

Existem, ainda, outras formas de divulgação de vagas menos reguladas que os editais, tais como os sites das OSs, site vagas.com.br e divulgação em redes sociais<sup>49-52</sup>. A OS IPCEP, por exemplo, criou o ‘Canal do Médico’ para atendimento por um número de WhatsApp e e-mail, para divulgação de vagas e para manter contato com os profissionais médicos<sup>53</sup>.

Essas diversidades observadas nos processos de recrutamento e seleção expressam a falta de normas mais gerais que orientem esses processos e garantam formas de incorporação dos trabalhadores menos desiguais e precárias.

## Gestão do trabalho

Um primeiro aspecto a ser considerado sobre a gestão do trabalho é a representação de trabalhadores em instância deliberativa das OSs. A lei federal de qualificação das OSs não garante explicitamente a representação de trabalhadores no Conselho de Administração (CA), importante órgão de deliberação, deixando a cargo das legislações estaduais e municipais a definição mais específica<sup>10,11</sup>.

Diferentemente, a lei municipal do Rio de Janeiro define a representação de empregados das OSs nos CA em 10% de seus integrantes<sup>21</sup>. A representação dos trabalhadores nos CA também está prevista em todos os estatutos das OSs analisadas, como exigido pela lei municipal citada<sup>30-33</sup>. A única exceção é a Fiotec, que, por sua condição de fundação de apoio a órgão da administração pública, não possui conselho administrativo, tendo sua configuração composta por conselho curador, conselho fiscal e diretoria executiva, para os quais não há previsão de representação dos trabalhadores da OS<sup>29</sup>.

Outro aspecto a ser ressaltado refere-se à previsão de plano de cargos, salários e benefícios para os trabalhadores das OSs. A lei federal e a lei municipal do Rio de Janeiro de qualificação das OSs exigem que o CA aprove um regulamento contendo esse plano<sup>11,21</sup>. Igualmente, todos os estatutos analisados das OSs, com exceção da Fiotec, que não possui CA, preveem essa atribuição para os Conselhos<sup>29-33</sup>. Apesar da previsão do plano de cargos, salários e benefícios, não há exigência de criação de um plano de carreira que possibilite a progressão do trabalhador. Esse aspecto aponta para a falta de perspectiva de ascensão profissional e insegurança quanto ao futuro. Essa situação pode favorecer o desligamento e a rotatividade de trabalhadores, o que é prejudicial para a continuidade dos serviços.

Sobre a remuneração paga aos trabalhadores, vale destacar que foram observadas diferenças ao comparar os valores contidos nos editais de seleção das OSs. Na SPDPM, por exemplo, três editais de 2017 para seleção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) definiram diferentes valores: R\$ 1.155,50, R\$ 1.213,28 e R\$ 1.262,20, além de incluírem vale-alimentação e vale-refeição em todos os editais<sup>54-56</sup>. Uma diferença no salário de R\$ 106,07, considerando um salário pouco maior que mil reais, é uma diferença importante (cerca de 10%). Essa condição evidencia a assimetria que existe entre profissionais contratados por uma mesma OS e que exercem a mesma função laboral.

Além disso, a OS IPCEP, nos editais de 2019, durante o governo Crivella, reduziu as remunerações de algumas categorias profissionais quando comparadas aos valores pagos por outras OSs no ano anterior. Para os enfermeiros, os valores pagos em 2018 pelas OSs Gnosis e Iabas eram de, respectivamente, R\$ 5.976,66, acrescidos de insalubridade e possível inclusão de benefícios, e R\$ 5.540,92, acrescidos de vale-transporte, seguro de vida em grupo e vale-alimentação ou refeição. Em 2019, o valor oferecido em três editais do IPCEP para essa mesma categoria era de R\$ 4.263,00, somado apenas o adicional de insalubridade R\$ 199,60<sup>57-61</sup>.

Destacam-se, também, aspectos sobre o escopo de práticas dos ACS. A PNAB 2017 ampliou o rol de atividades a serem realizadas pelos ACS, os quais passaram a aferir pressão arterial, realizar medição de glicemia capilar, aferir temperatura axilar, realizar técnicas limpas de curativo, entre outros, desde que assistidos por um profissional de saúde de nível superior. A realização de novas atividades compromete a execução de ações mais abrangentes (exemplo: ações educativas e de promoção da saúde), distanciando os agentes de suas atividades originais no trabalho comunitário<sup>23,62-65</sup>.

Durante o período estudado, ocorreram, também, mudanças na composição das equipes da atenção básica. A PNAB 2017 (Portaria nº 2.436/2017) possibilitou a diminuição do quantitativo de ACS por equipe se comparada à PNAB anterior (Portaria nº 2.488/2011). Além disso, a PNAB 2017 reconheceu e concedeu incentivo financeiro às equipes tradicionais de atenção básica (incentivo antes destinado somente às equipes de ESF), nas quais não há exigência de ACS na equipe mínima<sup>23,66</sup>. Assim, diante de um contexto de austeridade e subfinanciamento do SUS, incentivou-se a constituição de equipes tradicionais, contribuindo para a alteração dos processos de trabalho, redução do número de trabalhadores e consequente aumento da carga de trabalho.

Essas mudanças no regramento da PNAB em nível federal influenciaram o município do Rio de Janeiro durante o governo Marcelo Crivella. No final de outubro de 2018, no documento 'Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde', foi proposta a extinção de 184 equipes de saúde da família e 55 equipes de saúde bucal, com corte total de cerca de 1.400 postos de trabalho, contrariando as metas de aumento das equipes apresentadas no Plano Municipal de Saúde (2018-2021), que propunha passar de 1.294 equipes de saúde da família e de saúde bucal, em 2018, para 1.314, 1.334 e 1.354 equipes, respectivamente, em 2019, 2020 e 2021<sup>27,28</sup>. Sublinha-se que, em novembro de 2019, o número de equipes de saúde da família implantadas caiu para 923 equipes,

expressando, de forma contrária ao definido no Plano Municipal, uma importante retração da ESF<sup>39</sup>. Essa diminuição foi facilitada pelas contratações via CLT por OS, mais vulneráveis às mudanças de governo e, também, pelas alterações promovidas pela PNAB e pela reforma trabalhista, aprovadas em 2017.

Outra alteração na composição das equipes foi apresentada na proposta de reorganização da AP no Rio de Janeiro, em 2018, estabelecendo que as equipes deveriam ser diferentes em razão do Índice de Desenvolvimento Social (IDS). Regiões com IDS mais alto teriam uma equipe composta por ao menos um médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, sem prever a incorporação obrigatória de ACS, e tendo uma população adscrita de até 16.000 habitantes<sup>28</sup>. Usar esse indicador para definição do número e da composição de equipes em regiões que convivem com IDS altos e baixos pode distorcer a necessidade de equipes, reduzindo a atenção prestada e ocasionando sobrecarga de trabalho às equipes.

## Considerações finais

As relações de trabalho no SUS e na AP se relacionam diretamente com a conjuntura política e econômica em que se inserem, sendo afetadas pelo contexto neoliberal e de reforma do Estado. O modelo jurídico das OSs foi criado no contexto de reforma do Estado, com regras mais próximas do setor privado e maior flexibilização das relações de trabalho.

O estudo da trajetória da política de AP no período considerado permitiu reconstruir argumentos, dimensões legislativas e regulamentares, bem com as inflexões e evolução da política.

As mudanças nos regramentos em nível federal, com a reforma trabalhista de 2017, enfraqueceram a contratação coletiva do trabalho, aumentando a assimetria de poder dos trabalhadores frente aos interesses patronais, agravadas com a supressão da gratuidade da Justiça do Trabalho e pela liberação do

negociado sobre o legislado. Adicionalmente, as mudanças na PNAB 2017 também contribuíram para redução do número de equipes de saúde da família e de trabalhadores na AP, principalmente dos ACS, gerando consequências para o trabalho.

A opção pela contratação de pessoal por meio das OSs no governo de Eduardo Paes, embora com a pretensão de ‘desprecarizar’ e regularizar as relações de trabalho, e apesar de ampliar a cobertura da AP à população do município do Rio de Janeiro, contribuiu para reduzir o escopo dos direitos trabalhistas dos profissionais contratados pelas OSs, ao abrir caminho para uma formalização celetista precarizada.

Já o governo de Marcelo Crivella não assume o custo político de romper com o modelo de atenção que assegurou a ampliação da cobertura do governo anterior, porém, com o estrangulamento de recursos repassados de forma não mais regular para as OSs, acentua as fragilidades do modelo, principalmente com relação ao trabalho. Nesse governo, a incerteza ou a não garantia de direitos trabalhistas se expressaram de forma mais intensa, com a quarteirização, a redução na remuneração dos trabalhadores e o não cumprimento de obrigações trabalhistas e previdenciárias.

A proposta apresentada pelo documento da reorganização da AP do município, com redução de custos, mudanças na tipologia das equipes e redução de trabalhadores e equipes, foi condizente com as mudanças das regras em nível federal, seja a mudança a partir da EC 95, de 2016, que trouxe constrangimentos financeiros ao SUS, seja a mudança a partir da PNAB 2017, que permitiu a diminuição de ACS e formatos de equipes distantes do modelo das equipes de saúde da família.

O poder discricionário das OSs reflete pluralidade das regras no que se refere às modalidades de recrutamento e seleção, o que resulta em uma situação de precarização diante das incertezas geradas para os profissionais. Também são identificadas: fragilidade, no nível federal, no que se refere à garantia de representação de trabalhadores em órgão deliberativo da OS, e alterações, no que se refere às atribuições dos ACS, o que coloca em questão o modelo de atenção à saúde, distanciando os agentes de suas ações de promoção da saúde no território.

O contexto de crise da AP no município do Rio de Janeiro trouxe preocupações quanto à sustentabilidade dos serviços baseados no modelo jurídico das OSs. A rápida expansão da AP ocorreu às custas da precarização nas relações de trabalho, concretizada na terceirização e quarteirização, no atraso ou não pagamento de direitos trabalhistas, na sobrecarga de trabalho, na demissão de trabalhadores, entre outros aspectos explicitados. Nesse sentido, as regras do jogo, contidas nas normativas analisadas, são capazes de expressar diferentes modos da precarização do trabalho presentes na AP do município.

A ampliação do acesso desejável, por si só, não assegura os atributos necessários à qualidade do cuidado ofertado pela AP à população – vínculo, integralidade, longitudinalidade do cuidado etc., que requerem trabalhadores qualificados e com condições dignas de trabalho.

## Colaboradoras

Fonseca JM (0000-0002-3339-7193)\*, Lima SML (0000-0003-1450-0498)\* e Teixeira M (0000-0002-9502-0789)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Lazzareschi N. Flexibilização, desregulamentação e precarização das relações de trabalho: uma distinção necessária. *Revista Labor*. 2015; (13)63-82.
2. Kalleberg AL. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Rev. Bras. Ciênc. Sociais*. 2009; 24(69):21-30.
3. Filgueiras VA, Cavalcante, SM. Terceirização: debate conceitual e conjuntura política. *Revista da ABET*. 2015; 14(1):15-36.
4. Siqueira Neto JF. Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil. In: Oliveira CAB, Mattoso JEL, editores. *Crise e trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado?* São Paulo: Scritta; 1996. p. 327-344.
5. Sanches AT. Terceirização e terceirizados no setor bancário: relações de emprego, condições de trabalho e ação sindical. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006. 156 p. [acesso em 2019 jul 18]. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/3777/1/Ana%20Tercia%20Sanches.pdf>.
6. Antunes R, Druck G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. *O social em quest*. 2015; (34):19-40.
7. Antunes R. Aumento da miséria extrema, informalidade e desigualdade marcam os dois anos da Reforma Trabalhista. *Jornal da Unicamp*. 2019. [acesso em 2019 set 12]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/ju/noticias/2019/11/11/aumento-da-miseria-extrema-informalidade-e-desigualdade-marcam-os-dois-anos>.
8. Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(2):285-297.
9. Costa e Silva V, Escoval A, Hortale VA. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(8):3593-3604.
10. Teixeira M, Matta GC, Silva Junior AG. Modelos de gestão na atenção primária à saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 117-142.
11. Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Maio 1998.
12. Pochmann M. A uberização leva à intensificação do trabalho e da competição entre os trabalhadores. *Revista POLI – Saúde, edu. Trab*. 2016; IX(48):16-19.
13. Krein JD. O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva: consequências da reforma trabalhista. *Tempo Social*. 2018; 30(1):77-104.
14. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(7):1-16.
15. Brasil. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*. 14 Jul 2017.
16. Brasil. Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. *Diário Oficial da União*. 31 Mar 2017.

17. Ramos ALP, De Seta MH, Andrade CLT. Terceirização e Desempenho da Atenção Primária à Saúde nas Capitais Brasileiras. In: Sá MC, Tavares MFL, De Seta MH. Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de ensino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 295-357.
18. Rio de Janeiro. Organizações Sociais – Saúde da Família – Contratos de Gestão. 2019. [acesso em 2020 mar 20]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=2247880>.
19. Lima LD, Machado CV, Gerassi CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 181-219.
20. North D. The new institucional economics and development. Economic Working Paper Archive. 1993; 1-8.
21. Rio de Janeiro. Lei nº 5.026 de 19 de maio de 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 20 Maio 2009.
22. Rio de Janeiro. Decreto nº 30.780, de 2 de junho de 2009. Regulamenta a lei municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. 3 Jun 2009.
23. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
24. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Seção disponibiliza documentos sobre 'reorganização' da ESF no Rio de Janeiro. 2018. [acesso em 2021 jul 22]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/45172>.
25. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2010-2013. 2009. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4130215/PLANOMUNICIPAL-DESAUDE20102013.pdf>.
26. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017. 2013. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf).
27. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2018. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7677780/4225104/PMS2018\\_VersaoPreliminar.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7677780/4225104/PMS2018_VersaoPreliminar.pdf).
28. Rio de Janeiro. Secretária Municipal de Saúde, Subsecretaria de Atenção Primária. Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SUBPAV; 2018.
29. Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde. Alteração de Estatuto – FIOTEC. 2002. [acesso em 2019 ago 6]. Disponível em: <http://www.fiotec.fiocruz.br/documentacao/104-alteracao-do-estatuto-pt/file>.
30. Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde. Estatuto – 24ª alteração consolidada. 2017. [acesso em 2019 ago 6]. Disponível em: [http://iabas.org.br/?page\\_id=128](http://iabas.org.br/?page_id=128).
31. Instituto Gnosis. Estatuto Social do Instituto Gnosis – 5ª alteração consolidada. 2017. [acesso em 2019 ago 6]. Disponível em: <https://www.institutognosis.org.br/estatuto-social>.
32. Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina. Estatuto Social – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. 2014. [acesso em 2019 ago 6]. Disponível em: [https://www.spdm.org.br/images/stories/pdf/Estatuto\\_SPDM\\_2015.pdf](https://www.spdm.org.br/images/stories/pdf/Estatuto_SPDM_2015.pdf).
33. Viva Rio. Estatuto Social da Associação de Fins Não Econômicos Denominada Viva Rio 2017. 2017. [aces-

- so em 2019 ago 6]. Disponível em: <http://vivario.org.br/regulamentos/>.
34. Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde. Regulamento de contratação de pessoal. [acesso em 2019 ago 21]. Disponível em: [http://iabas.org.br/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento\\_Interno\\_de\\_Contratacao\\_de\\_Pessoal-rev11.pdf](http://iabas.org.br/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento_Interno_de_Contratacao_de_Pessoal-rev11.pdf).
  35. Instituto Gnosis. Regulamento interno para contratação de pessoal – Dispõe sobre os procedimentos internos necessários para contratação de pessoal para o Instituto Gnosis. [acesso em 2019 ago 21]. Disponível em: <https://www.institutognosis.org.br/copia-regimento-interno>.
  36. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Regulamento Interno – Departamento de Recursos Humanos. [acesso em 2019 ago 21]. Disponível em: [https://www.spdm.org.br/flip/manual\\_funcionario/manual\\_funcionario.pdf](https://www.spdm.org.br/flip/manual_funcionario/manual_funcionario.pdf).
  37. Viva Rio. Regulamento de gestão de pessoas. 2019. [acesso em 2019 ago 21]. Disponível em: <http://vivario.org.br/regulamentos/>.
  38. Teixeira M, Oliveira RG, Arantes RF. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no governo Lula. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 197-225.
  39. Brasil. E-Gestor Atenção Básica. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2019 dez 18]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>.
  40. Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rev. Trab. Edu. Saúde. 2015; 13(1):45-66.
  41. Lettiere G, Bianchi P. Rio: rede municipal de saúde tem salários atrasados e falta de remédio. UOL. 2017 ago 31. [acesso em 2019 dez 12]. Disponível em: [tps://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/08/31/sem-dinheiro-da-prefeitura-oss-atrasam-salarios-e-falta-remedio-e-comida.htm](https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/08/31/sem-dinheiro-da-prefeitura-oss-atrasam-salarios-e-falta-remedio-e-comida.htm).
  42. Rodrigues M. TRT ordena bloqueio de R\$ 300 milhões após Prefeitura do Rio apresentar contas. G1. 2019 dez 12. [acesso em 2019 dez 12]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/12/12/trt-expede-mandado-para-bloquear-r-300-milhoes-apos-prefeitura-do-rio-apresentar-contas.ghtml>.
  43. Seara B, Macedo A. Prefeitura do Rio tem R\$ 325 milhões arrestados para pagar salários da Saúde. Jornal Extra. 2019 nov 26. [acesso em 2019 dez 12]. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/extra-extra/prefeitura-do-rio-tem-325-milhoes-arrestados-para-pagar-salarios-da-saude-rv1-1-24102276.html>.
  44. Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social. Contrato de gestão nº 025/2019. 2019. [acesso em 2019 nov 28]. Disponível em: [http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9016020/4261306/CG025\\_2019CAP1.0.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/9016020/4261306/CG025_2019CAP1.0.pdf).
  45. Doctor Vip Brasil. Trabalhe conosco. 2019. [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: <https://www.doctorvipbrasil.net.br>.
  46. Guimarães A, Prado A, Bassan P. Documentos mostram ligações entre família de Crivella e fornecedores da área da saúde no Rio. G1. 2020 maio 25. [acesso em 2020 maio 26]. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/25/documentos-mostrar-ligacoes-entre-a-familia-de-crivella-e-fornecedores-da-area-da-saude-no-rio.ghtml>.
  47. Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde. Edital 004/2015. 2015 [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [https://jconcursos.uol.com.br/media/uploads/anexos/2015/rj\\_iabas\\_3\\_ed\\_1795.pdf](https://jconcursos.uol.com.br/media/uploads/anexos/2015/rj_iabas_3_ed_1795.pdf).
  48. Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde. Edital 11/2015. 2015. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [https://arquivo.pciconcursos.com.br/iabas-rj-abre-cinco-processos-seletivos-com-vagas-imediatas-e-cadastro-reserva/1331120/56c434ad7e/edital\\_de\\_abertura\\_n\\_11\\_2015.pdf](https://arquivo.pciconcursos.com.br/iabas-rj-abre-cinco-processos-seletivos-com-vagas-imediatas-e-cadastro-reserva/1331120/56c434ad7e/edital_de_abertura_n_11_2015.pdf).

49. Instituto Gnosis. Página Facebook. 2019. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: <https://www.facebook.com/institutognosis/>.
50. Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social. Abertura de processo seletivo. 2019. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: <http://ideiasrj.org.br/vagas-abertas/>.
51. Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina. Perfil Spdmpais. Instagram: @Spdmpais. 2019. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: <https://www.instagram.com/spdmpais/>.
52. Vagas. Vaga enfermeiro – Viva Rio. 2016. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: [www.vagas.com/v1420728](http://www.vagas.com/v1420728).
53. Instituto de Psicologia clínica Educacional e Profissional. Página IPCEP. Facebook: @IPCEP. 2019. [acesso em 2019 dez 11]. Disponível em: <https://www.facebook.com/IPCEP/>.
54. Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina. Edital 01/2017 da AP1.0. 2017. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [http://www.spdmpais.org.br/images/pdf/rj/Edital\\_01\\_2017\\_ESTÁCIO\\_SÁ.pdf](http://www.spdmpais.org.br/images/pdf/rj/Edital_01_2017_ESTÁCIO_SÁ.pdf).
55. Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina. Edital 02/2017 da AP3.2. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [http://www.spdmpais.org.br/images/pdf/rj/Edital\\_02-2017.pdf](http://www.spdmpais.org.br/images/pdf/rj/Edital_02-2017.pdf).
56. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina. Edital 05/2017. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [http://www.spdmpais.org.br/images/pdf/rj/Edital\\_05-2017.pdf](http://www.spdmpais.org.br/images/pdf/rj/Edital_05-2017.pdf).
57. Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde. Edital 03/2018. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [https://www.ibade.org.br/Cms\\_Data/Contents/SistemaConcursoIBADE/Media/IABASESF2018/Edital/EDITAL\\_ESF\\_PARA\\_DIVULGACAO\\_180418.pdf](https://www.ibade.org.br/Cms_Data/Contents/SistemaConcursoIBADE/Media/IABASESF2018/Edital/EDITAL_ESF_PARA_DIVULGACAO_180418.pdf). Acesso em: 18 ago. 2019.
58. Instituto Gnosis. Edital 04/2018. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [https://0e042c68-bd6b-4653-b8c4-08587cb70e7c.filesusr.com/ugd/d3df7f\\_41216b7c48fa4cc19198a78fa899d504.pdf](https://0e042c68-bd6b-4653-b8c4-08587cb70e7c.filesusr.com/ugd/d3df7f_41216b7c48fa4cc19198a78fa899d504.pdf).
59. Instituto de Psicologia clínica Educacional e Profissional. Edital 09/2019. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [http://ipcep.org.br/novo/?page\\_id=2598](http://ipcep.org.br/novo/?page_id=2598).
60. Instituto de Psicologia clínica Educacional e Profissional. Edital 10/2019. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [http://ipcep.org.br/novo/?page\\_id=2598](http://ipcep.org.br/novo/?page_id=2598).
61. Instituto de Psicologia clínica Educacional e Profissional. Edital 68/2019. [acesso em 2019 ago 18]. Disponível em: [http://ipcep.org.br/novo/?page\\_id=2598](http://ipcep.org.br/novo/?page_id=2598).
62. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(1):261-274.
63. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):38-51.
64. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(1):1-4.
65. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
66. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 22 Out 2011.

---

Recebido em 12/11/2020  
Aprovado em 31/05/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais em hospital universitário

## *Satisfaction and dissatisfaction in the work of professionals at a university hospital*

Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>1,2</sup>, Jacks Soratto<sup>3</sup>, Letícia de Lima Trindade<sup>4,5</sup>, Denise Elvira Pires de Pires<sup>6</sup>, Lusmair Martins de Brito<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113004

**RESUMO** Estudo descritivo de abordagem qualitativa com objetivo de identificar aspectos geradores de satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde de um hospital universitário. Participaram do estudo 52 profissionais da clínica cirúrgica e do serviço de emergência. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual semiestruturada, e os achados submetidos à análise temática, com o auxílio do *software* Atlas.ti. A pesquisa seguiu todos os cuidados éticos. Os resultados foram organizados em duas categorias analíticas: satisfação e insatisfação no trabalho. Condições de trabalho, relações no trabalho e percepções sobre o modo de trabalhar foram temas articuladores presentes nas duas categorias, revelando a dialética desses aspectos e indicando que condições objetivas e a forma como os trabalhadores lidam com elas influenciam o desfecho. Hospital como espaço de formação e trabalho foi relacionado unicamente com a satisfação, sinalizando um caminho promissor para gestores hospitalares e professores. Evidenciou-se a necessidade de investir nas condições de trabalho, organizar democraticamente os processos de trabalho e fomentar boas relações de trabalho. Os achados sinalizam um nicho de investigação importante e abrangente, com vistas a contribuir para formulação de políticas públicas e para a orientação de intervenções nos hospitais universitários.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do trabalhador. Satisfação no emprego. Hospitais universitários. Pessoal de saúde. Condições de trabalho.

**ABSTRACT** *Descriptive study with a qualitative approach aiming to identify aspects that generate satisfaction and dissatisfaction in the work of health professionals at a university hospital. Study with 52 professionals from the surgical clinic and the emergency service. Data collection was carried out through semi-structured individual interviews, and the findings were submitted to thematic analysis with the aid of the Atlas.ti software. The research followed all ethical precautions. The results were organized into two analytical categories, job satisfaction and dissatisfaction. Working conditions, relationships at work and perceptions about the way of working were themes present in both categories, revealing the dialectic of these aspects and indicating that objective conditions and the way workers deal with them influence the outcome. The Hospital as a space for training and work was related solely to satisfaction, signaling a promising path for hospital managers and teachers. The need to invest in working conditions, democratically organize work processes and foster good working relationships was highlighted. The findings point to an important and comprehensive research niche, with a view to contributing to the formulation of public policies and for the guidance of interventions in university hospitals.*

**KEYWORDS** *Occupational health. Job satisfaction. Hospitals, university. Health personnel. Working conditions.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
magscherer@hotmail.com

<sup>2</sup>Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) - Paris, França.

<sup>3</sup>Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) - Criciúma (SC), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) - Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) - Chapecó (SC), Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.



## Introdução

O processo de trabalho e o modo de organização nos serviços do Sistema Único Saúde (SUS), em especial, no cenário hospitalar, são temas debatidos na literatura atual, especialmente acerca do modo como esses aspectos interferem na saúde dos trabalhadores<sup>1-4</sup>. Nesse contexto, os elementos que determinam a satisfação ou a insatisfação no trabalho são diversos, multifatoriais e dinâmicos, sofrem influência do ambiente, das condições de trabalho e da maneira ou capacidades do trabalhador para enfrentar as adversidades do meio<sup>5</sup>.

A satisfação e a insatisfação compõem um processo dinâmico, sendo que os trabalhadores podem estar satisfeitos com determinada situação e insatisfeitos com outros fatores ou condições. Aspectos como as relações interpessoais entre os indivíduos da equipe, condições de trabalho, organização dos serviços, divisão das tarefas, direitos trabalhistas, motivação e segurança podem influenciar a satisfação e a insatisfação dos profissionais<sup>2,6-8</sup>. O trabalhador estar satisfeito ou insatisfeito gera consequências para a instituição, interferindo na produtividade, na qualidade do atendimento prestado aos usuários e no ambiente de trabalho, assim como na vida do trabalhador, com impactos em sua vida pessoal e familiar e no seu processo saúde-doença<sup>6,7,9</sup>.

A insatisfação comumente está relacionada a vivências de inadaptação entre os componentes mental e físico, ao sofrimento, à ansiedade, às dificuldades na organização do trabalho, nem sempre explicitadas pelo trabalhador. Já a satisfação tem relação com o significado e o valor atribuído ao trabalho pelo indivíduo, com a capacidade de adaptação ao conteúdo das atividades produtivas, as relações interpessoais, a qualidade da tarefa prestada e o bem-estar<sup>10</sup>.

O trabalho em hospitais é influenciado pela introdução de inovações tecnológicas, por avanços no conhecimento científico e pela diversidade e complexidade das condições clínicas dos usuários. Trata-se de um ambiente onde predomina o modelo clínico de

atenção, centrado nas especialidades médicas e no atendimento fragmentado aos usuários. Esse cenário é desafiante, tem implicações na saúde dos profissionais<sup>11-13</sup>, os quais precisam de educação permanente<sup>1,2</sup>.

O ambiente de trabalho é um ambiente técnico, humano e cultural. E, como diz Schwartz<sup>14</sup>, marcado por todo tipo de infidelidades que se combinam, acumulam, reforçam-se umas nas outras, numa produção de variabilidades. Essas variabilidades precisam ser geridas pelos profissionais, produzindo processos de satisfação e insatisfação.

Diante do exposto, o presente estudo procura responder à seguinte questão de pesquisa: quais aspectos influenciam a satisfação e a insatisfação no trabalho de profissionais de saúde no cenário hospitalar?

## Material e métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, realizado em um hospital universitário no Brasil, no período de 2016 a 2017, com objetivo de identificar aspectos/elementos geradores de satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde. O estudo desenvolveu-se nos serviços de Clínica Cirúrgica (CC) e de Emergência Adulto (EA). A escolha desses dois cenários assistenciais foi intencional, tendo em vista serem serviços comuns e prioritários nas instituições hospitalares, e, em geral, tipificam o trabalho nesses espaços assistenciais.

Participaram 52 profissionais, sendo 19 da CC (um assistente social, um fisioterapeuta, um nutricionista, dois médicos, três auxiliares de enfermagem, cinco enfermeiros e seis técnicos de enfermagem) e 33 da EA (um auxiliar de enfermagem, um assistente social, um nutricionista, quatro médicos, 11 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem).

Nos dois serviços estudados, há trabalhadores com contratos distintos de trabalho: os servidores públicos, com regime jurídico único, e os celetistas, vinculados à Empresa

Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), implantada no hospital em 2013, com contrato regido pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Dos entrevistados, 38 eram celetistas, que ingressaram no hospital a partir de 2014, e 14 eram servidores públicos, sendo cinco com ingresso na década de 1990 e os demais de 2000 a 2006.

O critério de inclusão dos participantes foi ser profissional que presta assistência direta ao paciente, considerando os seguintes parâmetros: entrevistar ao menos um representante de cada categoria profissional e que atuasse em cada um dos três turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno). O número de participantes foi considerado suficiente pelo critério de saturação dos dados adotado em pesquisas qualitativas<sup>15</sup>.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas orientadas por roteiro com perguntas abertas relacionadas ao trabalho dos profissionais em hospital universitário. O referido roteiro incluiu duas questões analisadas neste manuscrito: aspectos/elementos geradores de satisfação e de insatisfação no trabalho no referido contexto.

A análise dos dados foi orientada pela Análise Temática seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados, associando-se recursos do *software* Atlas.ti para a organização e tratamento dos dados<sup>16,17</sup>. Após a transcrição das entrevistas, digitação em documento de texto, refinamento gramatical e ortográfico, os arquivos.doc [*documents*] foram inseridos no *software* Altas.ti. Nos documentos inseridos, foram selecionados os trechos de falas dos participantes [*quotations*], os quais foram tipificados por meio de códigos [*codes*] compostos por palavras que descrevessem a síntese da seleção. Por fim, os *codes* foram agrupados [*codes groups*] de acordo com seu conteúdo em quatro categorias temáticas que contemplam aspectos do trabalho que influenciam a satisfação e a insatisfação dos profissionais.

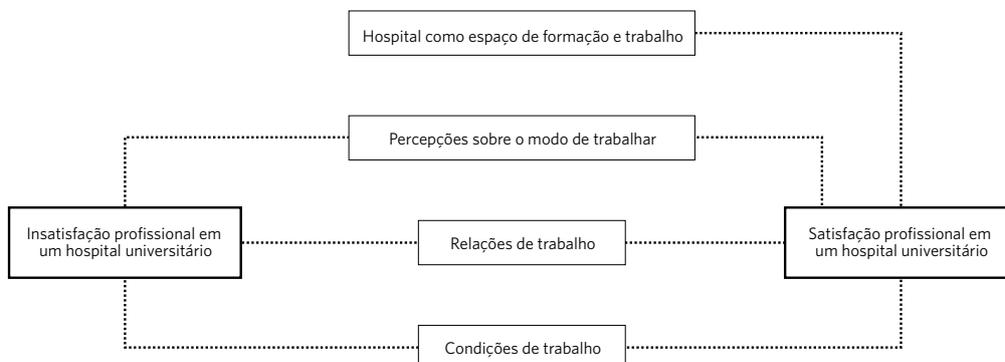
Com vistas a propiciar uma melhor visualização da magnitude dos aspectos geradores de satisfação e insatisfação no trabalho, os resultados da análise qualitativa foram apresentados, associando-se, de modo descritivo, as frequências absolutas (n) e relativas (%) dos achados, considerando-se o total de trechos codificados relacionados a cada *code*, por categoria analítica: elementos/fatores geradores de satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde de hospitais universitários. O tratamento e a interpretação dos resultados foram orientados pelos referenciais do Processo de Trabalho<sup>18</sup>, da Ergologia<sup>19</sup> e da Psicodinâmica do Trabalho<sup>10</sup>.

O estudo respeitou todos os preceitos éticos para pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob parecer número 562.224/2014. Para a realização das entrevistas, foi garantido aos participantes um ambiente que oportunizasse sigilo. Nos resultados, para preservar o anonimato, não foram identificadas as profissões nem os locais de trabalho. As entrevistas foram codificadas pela letra 'E' (entrevistado), seguida da letra 'C', quando o contrato de trabalho era regido pela CLT, ou 'S', quando o participante era servidor público, sendo posteriormente numeradas na ordem sequencial em que foram realizadas, por exemplo, EC1, ES2, e assim sucessivamente.

## Resultados

A análise dos dados mostrou que, majoritariamente, os aspectos presentes no processo de trabalho dos profissionais de saúde têm um caráter dialético, gerando satisfação ou insatisfação, dependendo das condições que se apresentam e da forma como os trabalhadores lidam com eles. A *figura 1* mostra a síntese da organização dos achados que compõem as duas macrocategorias analíticas e os quatro temas.

Figura 1. Categorias temáticas que agrupam elementos geradores de satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde de um hospital universitário no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

As sínteses dos achados relativos à satisfação e à insatisfação no trabalho dos profissionais de saúde do hospital estudado estão apresentadas nas *tabelas 1 e 2*, com as categorias temáticas associadas, além da descrição das respectivas magnitudes.

A ‘satisfação profissional em um hospital universitário’ agregou 338 trechos (*quotations*), vinculados a 19 códigos, os quais foram articulados a quatro categorias temáticas, conforme a *tabela 1*.

Tabela 1. Categorias temáticas e códigos de acordo com o número e percentual de *quotations* relacionadas à satisfação dos profissionais de saúde de um hospital universitário no Brasil (n=338)

Categorias temáticas	Códigos	Quotations	
		n	%
Hospital como espaço de formação e trabalho (n=31 - 9,2%)*			
	Trabalhar em um hospital universitário	17	54,9
	Aprendizado	9	29,0
	Capacitação	5	16,1
Condições de trabalho (n=63 - 18,6%)*			
	Remuneração	17	27,0
	Estrutura e ambiente de trabalho	16	25,4
	Disponibilidade de instrumentos de trabalho	14	22,2
	Administração da EBSERH	5	7,9
	Jornada de trabalho	5	7,9
	Direitos trabalhistas	3	4,8
	Pessoal disponível para assistência	3	4,8
Relações no trabalho (n=186 - 55%)*			
	Trabalho em equipe e relação entre os profissionais	81	43,5
	Relação com os pacientes	38	20,4
	Apoio da chefia	37	19,9

Tabela 1. (cont.)

Categorias temáticas	Códigos	Quotations	
		n	%
	Relação com os outros setores	26	14,0
	Comunicação	4	2,2
Percepções sobre o modo de trabalhar (n=58 - 17,2%)*			
	Trabalhar com o que gosta	23	39,7
	Assistência de qualidade	23	39,7
	Resolubilidade da assistência	7	12,1
	Reconhecimento e valorização profissional	5	8,6

Fonte: Elaboração própria.

\*Subtotal e percentual referente à magnitude da categoria temática.

Por sua vez, a ‘insatisfação profissional em um hospital universitário’ contemplou um total de 352 trechos (*quotations*), vinculados a 24 códigos, os quais foram articulados a três categorias temáticas, conforme *tabela 2*.

Tabela 2. Categorias temáticas e códigos de acordo com o número e percentual de *quotations* relacionadas à insatisfação dos profissionais de saúde de um hospital universitário no Brasil (n=352)

Categorias temáticas	Códigos	Quotations	
		n	%
Condições de trabalho (n=234 - 66,5%)*			
	Deficit nos Instrumentos de trabalho	46	19,7
	Estrutura	28	12,0
	Burocratização do trabalho	25	10,7
	Pessoal disponível para assistência	24	10,3
	Escala	22	9,4
	Administração da EBSEH	21	9,0
	Remuneração	18	7,7
	Capacitação	14	6,0
	Jornada de trabalho	12	5,1
	Excesso de trabalho	12	5,1
	Vínculo	7	3,0
	Distância de casa ao trabalho	5	2,1
Relações no trabalho (n=62 - 17,6%)*			
	Relação com os outros setores	17	27,4
	Falta de apoio da chefia	15	24,2
	Trabalho em equipe e relação entre os profissionais	14	22,6
	Comunicação	11	17,7
	Relação com os pacientes	5	8,1

Tabela 2. (cont.)

Categorias temáticas	Códigos	Quotations	
		n	%
Percepções sobre o modo de trabalhar (n=56 - 15,9%)*			
	Falta de compromisso profissional	19	33,9
	Influência do trabalho na saúde	15	26,8
	Desorganização dos profissionais com o trabalho	8	14,3
	Falta de reconhecimento da chefia	7	12,5
	Biossegurança	4	7,1
	Falta de leito ou vaga	3	5,4

Fonte: Elaboração própria.

\*Subtotal e percentual referente à magnitude da categoria temática.

A seguir, foram destacados trechos das entrevistas que evidenciam o conteúdo das categorias temáticas, demonstrando, com exceção da primeira categoria, a relação dialética presente nas falas dos participantes com relação a geração de satisfação e de insatisfação no trabalho.

### O hospital como espaço de formação e trabalho

Trabalhar em um hospital universitário proporciona aprendizagem, o que foi considerado motivo de satisfação para os profissionais. Soma-se a isso, conforme os participantes, o fato de haver número menor de pacientes em relação a outros hospitais, por ser um hospital-escola, o que possibilita determinar uma rotina e construir um bom ambiente de trabalho. Além disso, destacaram a característica de ser um hospital de referência na rede de serviços e a relação pedagógica com residentes e estudantes da graduação, que oportuniza troca de experiências, torna o trabalho desafiador e exige busca contínua de conhecimentos.

Conforme os trechos:

*O fato de ser um hospital-escola é um pouco mais fechado, não tem aquele tumulto de gente, você tem número delimitado de pacientes. Isso facilita bastante, dá para determinar uma rotina para atender. (ES28).*

*A relação com os estagiários e os residentes me dá muita satisfação porque é um aprendizado contínuo, a busca por conhecimento, o incentivo à pesquisa científica. Estar em um hospital universitário acabou sendo muito desafiador e muito gratificante. (ES35).*

Essa categoria temática foi a única relacionada apenas à satisfação no trabalho.

### Condições de trabalho

A adesão do hospital à EBSEERH provocou mudanças na modalidade de emprego, gerando satisfação para alguns e insatisfação para outros.

Os que estavam satisfeitos relataram que a empresa valoriza os trabalhadores, que a gerência e a assistência melhoraram, que ocorreram reformas na estrutura. Além disso, que pontos eletrônicos foram instalados, melhorando o compromisso dos profissionais com o horário de trabalho. Os salários passaram a ser pagos em dia, e os vínculos temporários foram extintos. Destacaram-se nessa percepção profissionais que mudaram de um vínculo precário para a modalidade CLT.

*Quanto à EBSEERH, estou aqui desde quando era sem EBSEERH. Totalmente diferente. Gerência diferente. Hoje funciona pelo ponto eletrônico, a filosofia de trabalho mudou. O funcionário da*

*EBSERH é muito próximo do perfil do funcionário privado. Tem receio de ser punido, de ser mandado embora [...]. Essa mudança com a EBSERH foi drástica, em respeito ao público, ao funcionário. Vão cobrar [...] mas não é só cobrar, [dão] garantias, o salário em dia, não houve [...] perda salarial [...]. Na época que era contrato temporário, que tinha muitos, atrasava o salário três, quatro meses, era uma bagunça. Médico vinha trabalhar, ficava o tanto da carga horária que queria, enfermeiro, fisioterapeuta, qualquer profissional, não batiam o ponto e pronto. Isso vem mudando. Essa gerência da EBSERH mudou para melhor. (EC17).*

Os profissionais insatisfeitos justificaram que a EBSERH é nova, sem identidade. Segundo eles, o hospital continua com problemas relacionados à falta de pessoal para assistência, ao acesso dos usuários ao hospital, pois este ficou mais burocrático, à redução do número de atendimentos e procedimentos. Consideram, também, que a diversidade de vínculos, direitos e deveres trabalhistas gera conflitos entre os profissionais.

*Nós tivemos a passagem de gestão do hospital universitário para a EBSERH. O projeto trazia várias melhorias para a instituição hospitalar, o que na realidade não aconteceu. Primeiro, porque os concursos que ocorreram não atenderam às necessidades. O que mudou foi a estratégia de modelo de gestão, com gastos maiores para fora e menos para dentro, para fortalecimento da instituição. Não precisava disso. Quem perde são os usuários dos serviços. (ES37).*

A remuneração prevaleceu como fator de satisfação para os profissionais com contrato CLT, e de insatisfação para aqueles que são servidores públicos. Os satisfeitos com a remuneração justificaram que o salário sofre reajustes anuais, além de ser maior do que o de outros serviços e categorias profissionais. Conforme os trechos: *“Me sinto confortável com o salário que recebo hoje, em relação a outras categorias de mesmo nível, em relação aos outros serviços por aí” (EC25).*

*O que faz a gente querer estudar para sair da empresa privada e querer ir para o serviço público é o salário. É sem comparação. Eu trabalhava numa empresa privada, eu recebia 900 reais, e vim para cá para receber quase quatro mil. [...] lá na Secretaria eu ganho metade do ganho aqui, mas como lá são vinte horas por semana, ainda compensa. O que vale a pena hoje em dia, minha fase é querer ficar num local, carga horária e o salário. (EC33).*

De acordo com os profissionais insatisfeitos, a remuneração dos servidores públicos está defasada, e, para os trabalhadores com vínculo celetista, a remuneração é maior. Segue trecho: *“Estou insatisfeito com a questão salarial [...] eu recebo menos que os meus colegas que entraram nesse momento [quando o hospital aderiu à EBSERH]” (ES38).*

A estrutura do hospital foi considerada um motivo de satisfação e insatisfação para os profissionais do serviço de EA. Os profissionais satisfeitos com a estrutura justificaram que boa parte do hospital foi reformada ou passa por reformas, possui espaço, com acessibilidade, e dispõe de materiais e equipamentos de qualidade. Conforme o relato:

*É um local totalmente adaptado, tem banheiro adaptado, temos rampa. A altura das pias, dos balcões, todos são apropriados para um cadeirante utilizar, portas largas. (ES18).*

Os profissionais que estavam insatisfeitos com a estrutura mencionaram que as reformas do hospital não foram bem planejadas, os responsáveis não ouviram a opinião dos trabalhadores, culminando em espaços físicos com diversas inadequações. Relataram que na EA existem alas muito pequenas, sem banheiro, sem copa, que em alguns espaços as equipes dividem os banheiros com usuários, potencializando o risco biológico para os trabalhadores.

Sobre o trabalho na CC, os profissionais relataram que os materiais foram armazenados só no terceiro andar, e sua entrega só pode ser feita por um profissional determinado. Os

trabalhadores do segundo andar têm que se deslocar até o terceiro todas as vezes que precisam de material, o que consideram perigoso, pois, em caso de emergência com o paciente, o tempo para prestar assistência pode ser comprometido. E, ainda, as portas das alas reformadas não permitem a passagem das camas, que os locais de descanso existentes são insuficientes e concentram-se num andar, que as alas cirúrgicas são insuficientes, o que faz com que os pacientes demorem para ser operados.

*O segundo andar é ala nova, reformada e não prevê sequer banheiro para os funcionários [...], a gente conta com um banheiro no final do corredor do terceiro andar, que é unissex. A gente está numa profissão que preza pela privacidade do paciente, pela intimidade, o sigilo, e a minha privacidade não está sendo respeitada [...]. Meu horário de trabalho são seis horas, mas, para chegar aqui, saio pelo menos meia hora antes e vou chegar em casa, pelo menos, meia hora depois, então são sete horas. Eu não posso ficar sete horas sem comer, uma reforma que não prevê o mínimo espaço para que eu possa fazer a minha refeição é desumano. (ES39).*

De outro lado, a disponibilidade de materiais e equipamentos para o trabalho e a disponibilidade de espaço adequado de armazenamento, também foram motivos de satisfação. Entre os materiais mencionados estão os Equipamento de Proteção Individual (EPI), os insumos para realização de exames, as camas eletrônicas, os equipamentos de monitorização, ventilação e para exames de imagem do paciente.

*Medicamento não falta para o paciente. Não falta insumos, luvas, EPI. Tudo a gente tem acesso aqui no Hospital. O paciente é monitorado, assistido, tem os equipamentos para poder facilitar a melhora dele. Questão de exames, se aqui não tem o aparelho que faça, se não tem o tipo de exame, é encaminhado para fora. (EC19).*

O ambiente de trabalho do hospital tem sido fonte de satisfação por ser considerado sossegado, com espaço agradável. Conforme o trecho:

*O ambiente bom de trabalho. O hospital está passando por uma interação nova com a EBSEH, então, assim, boa parte deles já está reformada. É bem interessante trabalhar aqui. (EC30).*

Os profissionais insatisfeitos identificam *deficits* nos instrumentos de trabalho, em especial, a falta ou o sucateamento de materiais e equipamentos, como: ventilador, monitor, aparelhos para verificação de pressão arterial, para realização de eletrocardiograma e nebulização, oxímetro, equipamentos cirúrgicos, bomba de infusão. Faltam, também, fralda, seringa, capote, máscara, suporte de soro, poltronas, aparelho de barbear. Esses instrumentos de trabalho são essenciais na prestação da assistência, e *deficits* nessa área podem ocasionar riscos para profissionais e usuários, incluindo acidentes de trabalho, erros profissionais, infecções e diversos outros danos à saúde.

*Material, duas semanas atrás, faltou bastante. Falta lâmina de barbear, materiais para a punção venosa, faltam coisas que facilitam a vida deles [paciente]. Eu não consigo ter fralda. Teve paciente meu que urinava na cama porque não tinha fralda e a família não tinha condições de comprar, tinha que ficar trocando a cama. São coisas que parecem básicas e são essenciais. Eu estava usando no lugar de fralda absorvente para paciente homem, só que não dá, porque a urina é muito maior que a quantidade do absorvente, a urina vazava muito. Na ora de evacuar, o absorvente não dava. Eu utilizava fralda de pano num senhor de 80 anos. [...] Elas meio que veem o nosso sofrimento e compram. (EC33).*

A disponibilidade de pessoal para assistência por vezes é fonte de satisfação, por vezes de insatisfação no trabalho. Para os profissionais satisfeitos, o hospital não tem problemas com falta de pessoal para o trabalho. Segue trecho: “Ter recursos humanos suficientes é o que mais satisfaz, porque não tem nada pior do que você querer fazer e não ter como” (EC24).

No entanto, os profissionais insatisfeitos afirmaram que os setores têm falta de pessoal

para assistência, com implicações na sobrecarga de trabalho. Há necessidade de remanejamentos nos setores para cobrir a carência de outros; e, no período noturno, os profissionais, muitas vezes, têm dificuldade de dispor do horário de repouso. Entre as categorias profissionais mencionadas como escassas para assistência, estão: técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e médicos.

*Tem dias na Pediatria que fica uma enfermeira e duas técnicas. É muito trabalho para pouco funcionário. Acho que a EBSERH teria que ver isso. Ela fala que visa à qualidade do serviço, mas essa questão ela não visa. [...] Se lota o setor e não coloca funcionário suficiente. O que tem de funcionário de licença médica... A noite está deixando a desejar no número de técnicos. Porque à noite, querendo ou não, o funcionário tem direito à hora do repouso, do descanso [...]. (ES8).*

Os profissionais satisfeitos relacionam, como aspectos que geram satisfação profissional, a escuta das necessidades do trabalhador pelo gestor, a flexibilidade no momento da formulação das escalas de trabalho e folgas. Conforme o trecho:

*Sempre tem reuniões. Porque tem vários que trabalham em outros hospitais. O chefe sempre dá oportunidade de encaixar. Para não entrar em choque com escala do outro serviço. Eles sempre trabalham visando esse bem para o colaborador. (EC20).*

Por outro lado, a falta de profissionais, ocasionando o remanejamento de trabalhadores entre os setores, foi motivo associado à insatisfação com a escala. Os participantes insatisfeitos alegam que são escalados em setores nos quais não têm perfil para trabalhar. Seguem exemplos:

*Causa insatisfação é a escala, por esse problema de estar escalado em um lugar onde não tem perfil. (EC21).*

*Insatisfação é esse rodízio, que quebra a rotina. Porque hoje estou na medicação, amanhã na semi-intensiva, na sexta na pediatria. (EC6).*

## Relações no trabalho

No que diz respeito às relações no trabalho, foram incluídas aquelas que os profissionais estabelecem com outros setores do hospital, assim como no trabalho em equipe, as relações com os colegas, com a chefia e com os usuários dos serviços.

Quando mencionam aspectos de satisfação ou insatisfação com outros setores, referem-se, em geral, à farmácia, ao almoxarifado, ao laboratório, ao centro cirúrgico e ao transporte interno de pacientes. Por vezes, a relação é harmoniosa e fluída, quando as demandas são atendidas na temporalidade necessária, o que gera satisfação, mas, quando prevalecem as dificuldades de comunicação ou o que eles chamam de burocratização do trabalho, há insatisfação. De acordo com os profissionais, a burocracia está no excesso de papéis para registro, o que faz com que os pedidos aos setores muitas vezes demorem a ser efetivados, e, por sua vez, estes demorem a realizar determinados procedimentos, gerando conflitos entre os profissionais, além de influenciar a prestação da assistência ao paciente. Nesse contexto, muitas vezes, os medicamentos, exames, cirurgias, transferências de pacientes atrasam ou não são realizados. Conforme as falas:

*A relação é bem tranquila. A farmácia consigo lidar bem, o Centro Cirúrgico também, eles me pedem paciente, eu tenho um tempo para arrumar para mandar. É boa a relação com os setores. (ES19).*

*Tem a demora, o laboratório, às vezes, a gente coleta, chama, e demora um pouco a vir. O maqueiro demora muito, isso é uma dificuldade, e grande, é um problema constante e recorrente. A farmácia demora um pouco, às vezes, tem um errinho de nada e eles ficam botando empecilho, dificuldade, sempre tem. São poucas as pessoas*

*que têm a boa vontade de fazer no momento que a gente pede. Eles perguntam, 'é urgência?'. Mas aqui é uma urgência, não precisa perguntar. Demora, a gente liga novamente, se estressa um pouco, chega até a brigar, 'ah, pedi o maqueiro há quase uma hora, o paciente tinha que fazer uma tomografia de urgência'. (EC3).*

A colaboração e a coesão entre os membros da equipe se destacam como fontes de satisfação para a maioria dos participantes do estudo. Os profissionais insatisfeitos com o trabalho em equipe e com as relações com os colegas relataram que existem conflitos interpessoais, falta de interação e de iniciativa. Seguem exemplos:

*Porque, assim, como é que a equipe [...] a gente nunca fica só. Sempre a gente recorre a alguém que já vivenciou. Se não vivenciou, a gente vai na luta para buscar. Mas... sempre a gente tem alguém para ajudar. (EC6).*

*Acho um desafio trabalhar em equipe, é o ideal, é fundamental, mas é um desafio. [...] O enfermeiro, o técnico de enfermagem com um tempo de formação, não tenho que ficar falando que o paciente está grave. Tem que olhar e ver. Realmente não tenho muita paciência. (ES16).*

*A equipe da noite, eu percebo que eles são bem coesos, eles são profissionais bastante capacitados, eles têm experiência. Os que não têm experiência a gente acolhe, a gente ajuda, orienta, fica junto e consegue, assim, desenvolver um bom trabalho, quando a gente puder... assim, está numa emergência máxima, todo mundo está ajudando, todo mundo se resolve, todo mundo colabora, a gente consegue ter o trabalho bom. Eu dou um... eu digo um trabalho bom a ótimo, porque a equipe... a equipe realmente se ajuda. (EC7).*

Ainda no que tange às relações, os profissionais destacam a satisfação vinda do contato com os pacientes. Já a insatisfação deriva das cobranças que eles fazem e que não podem ser atendidas pelos profissionais. Como demonstram as falas:

*Eu posso estar com o problema que eu estiver, mas quando eu entro no quarto do paciente, eu deixo os meus problemas. Dá até emoção, mesmo. Meu negócio são os pacientes. (EC52).*

*Tem paciente que pensa que está no hospital privado, que tem um técnico somente para aquela pessoa, tem de tudo aqui. É incrível. (EC51).*

Também, o apoio da chefia sobressaiu como razão de satisfação para parte dos profissionais e de insatisfação para outros. A chefia acessível e presente traz satisfação, e aquela que se mostra restrita gera insatisfação. Conforme as falas:

*A chefia aqui é bem acessível. Você consegue sempre, se precisa ter acesso a eles, conversar e expor os seus problemas. Normalmente, sempre mensalmente tem reunião de setor. Ela abre para você colocar, expor todos os problemas. (EC23).*

*A nossa, do setor, não tem muita flexibilidade, não aceita muita opinião, às vezes, a gente fala que necessita de reuniões. Não é muito flexível, não escuta. Acho que se tivesse uma entre ela e a equipe, seria bem melhor. Falta comunicação. (EC26).*

*[A] chefia não está presente, às vezes que procuro, nunca consigo nada, não resolvo minhas coisas aqui. Tem uma diferença sim, de pessoas para pessoas, de tratamento. Tem pessoas que conseguem mudar escala, folga. Precisava ser uma pessoa mais proativa, mais presente. (EC31).*

## Percepções sobre o modo de trabalhar

Os profissionais percebem que trabalhar com o que gostam, prestar assistência de qualidade e ter seu trabalho reconhecido e valorizado promovem a satisfação. Segue exemplo:

*Estou aqui para trabalhar e fazer o melhor, não importa a quem. O paciente merece uma resposta, seja 'sim' ou 'não', e eu vou atrás dela. Quando me*

*chamaram no concurso, foi um dos dias mais felizes da minha vida. Não por ter o concurso, mas porque eu me formei em uma faculdade pública e, pela primeira vez, estou devolvendo para a população o que a população pagou para eu estudar. Não tem alegria maior para mim. Amo o que faço, faço por amor, sou apaixonada por enfermagem, não consigo me ver fazendo outra coisa. (EC40).*

Cuidar do paciente se destaca como motivo de satisfação, uma vez que para parte dos participantes o processo assistencial é gratificante, bem como a resolutividade da assistência prestada. Conforme os trechos:

*A minha maior satisfação é cuidar de um paciente e ver a reabilitação, a melhora dele, ir para casa, sair andando. Isso para mim é gratificante, gosto muito. (EC32).*

*Um senhor ficou aqui vários dias. A esposa dele, quando eu chegava: - ainda bem que você está aqui, me sinto confiante, sinto que as coisas vão dar certo. Isso pra mim é o melhor. (EC29).*

Ao mesmo tempo, a falta de compromisso profissional de colegas e a influência do trabalho no seu próprio adoecimento são aspectos que geram insatisfação. Seguem trechos:

*Acho que as pessoas são muito pouco proativas. Você pede um negócio, e a pessoa demora três anos para se levantar da cadeira. Isso me irrita profundamente. Não entende a gravidade. (ES16).*

*Tenho hérnia cervical com dor crônica, fibromialgia. Faço tratamento para depressão. (ES9).*

*Tenho asma, nosso repouso tem uma estrutura muito fechada, não consigo dormir lá, tem muito ácaro. Durmo no consultório. Botei dois anos um atestado porque tive pneumonia. O contato com os pacientes, as crianças e o repouso lá no ácaro. (EC10).*

## Discussão

Os resultados demonstram proximidade entre as macrocategorias satisfação e insatisfação, do ponto de vista da magnitude das *quotations*. E, ao analisar as categorias temáticas, observa-se forte influência das condições e relações de trabalho.

Estudos clássicos mostram que o trabalho humano pode ser fonte de realização, ao atender às necessidades e possibilitar a expressão criativa da finalidade projetada<sup>10,18</sup>, e pode ser gerador de insatisfação, dependendo das condições e relações de trabalho.

Neste estudo, as relações de trabalho emergiram como aspecto impulsionador da satisfação, com destaque para o trabalho em equipe, as relações entre os profissionais e destes com as chefias e os usuários, corroborando outros estudos<sup>13,20</sup>. Contudo, em um sentido inverso, as relações se mostram insatisfatórias quando há problemas relacionais entre a equipe, com a chefia, com os usuários e com outros setores do hospital. A insatisfação quanto a esses aspectos poderia estar relacionada à percepção de que falta comprometimento de alguns colegas e às condições de trabalho no que tange à carência de pessoal nos setores e ao modo de organização do trabalho, considerado burocrático, com pouca margem de manobra na definição das escalas.

As condições de trabalho, sobretudo o *deficit* nos instrumentos, seguidas de problemas estruturais, que aparecem nesta pesquisa como elementos preponderantes para a insatisfação, são achados recorrentes também em diversos estudos<sup>11,13</sup>, e tendem a se impor como a questão central a dificultar o agir profissional. No entanto, outros aspectos não tão visíveis poderiam estar sendo mascarados, seja pelo fato de os participantes se colocarem em posição de exterioridade à situação em análise, por dificuldades de falar do seu trabalho ou por problemas na forma com que os dados são coletados nas diferentes pesquisas, que pouco acessam a complexidade da experiência no trabalho.

Um projeto coletivo unindo as pessoas e contribuindo para dar sentido ao trabalho pode ser produtor de saúde dos trabalhadores. Lacunas de competências para lidar com o cotidiano dos serviços hospitalares poderiam estar na invisibilidade como aspectos de insatisfação. E o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das adversidades do meio poderia ser produtor de satisfação. Schwartz<sup>19</sup> refere que o ser humano, para viver com saúde, gera as infidelidades do meio de maneira a transformá-lo.

Os resultados demonstram percepções distintas entre os participantes servidores públicos e aqueles com contrato regido pela CLT. Os primeiros tendem a ser mais críticos, manifestando insatisfação com a administração da EBSEH, enquanto os celetistas estão mais satisfeitos. É difícil fazer inferências quanto à influência da condição do emprego na satisfação ou insatisfação, considerando que 73% dos entrevistados são da EBSEH, e apenas 27% regidos pelo Regime Jurídico Único. No entanto, os achados evidenciam que o hospital universitário é, para os profissionais da EBSEH, em comparação ao hospital privado, um bom lugar para se trabalhar em função do salário, do ambiente e da carga horária. Já a satisfação com o fato de o hospital ser um espaço de formação e de aprendizagem destaca-se para os servidores públicos, possivelmente pela sua inserção mais antiga nos serviços estudados e pelo vínculo com o processo de ensino em serviço. Os novos não têm a história do hospital como patrimônio. Ao mesmo tempo, os dados sugerem algo comum entre eles: a defesa do serviço público como um valor.

A literatura tem registrado a complexidade da gestão hospitalar<sup>21</sup>, especialmente em um contexto de crescente diversificação dos tipos de vínculos trabalhistas nos serviços de saúde e educação<sup>22</sup>. Esses estudos, e outros, sinalizam a necessidade de acompanhar o crescimento da administração privada em hospitais públicos<sup>23</sup>. Associa-se a isso o aumento da potência de precarização dos vínculos frente à Reforma

Trabalhista recente e os problemas econômicos emergentes com a pandemia da Covid-19.

Os resultados sinalizam a importância de se efetivarem políticas de gestão do trabalho e de proteção dos trabalhadores, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora no SUS, buscando enfrentar desafios relacionados às ações de vigilância em saúde do trabalhador, à melhoria das condições e formas de organização do trabalho<sup>24</sup>.

No trabalho, fazer o que gosta e poder prestar um serviço de qualidade são percepções de satisfação identificadas no presente estudo que se assemelham ao encontrado na literatura<sup>19,25</sup>, especialmente pela oportunidade de cuidar/assistir as pessoas. Contudo, a percepção da falta de compromisso de alguns profissionais, que poderia estar associada à desmotivação para o trabalho, somada ao temor de adoecimento, parece reverter esse aspecto para o sentimento de insatisfação.

Nesse cenário, os potenciais prejuízos à convivência dos profissionais e à qualidade assistencial poderiam ser enfrentados na efetivação dos espaços democráticos de diálogo e tomada de decisão previstos em normativas nos hospitais universitários da rede EBSEH. Poderiam ser constituídos dispositivos de análise das situações de trabalho, onde todos os protagonistas, equipe assistencial, gestores e demais atores relacionados compartilhassem seus pontos de vista sobre o trabalho, buscando as transformações necessárias.

Compreender os fatores causadores de satisfação/insatisfação pode fornecer subsídios de aspectos propulsores de um trabalho permeado por relações com menor risco de adoecimento<sup>13</sup> e promotor de bem-estar no ambiente laboral.

## Considerações finais

O conjunto dos achados evidencia que aspectos do trabalho no contexto assistencial hospitalar ocasionam vivências de satisfação e de insatisfação profissional, numa dualidade

dialética. O que, possivelmente, também se relaciona com o lugar de onde cada trabalhador fala, marcado pela sua história, seus valores, experiências profissionais e relacionais, difíceis de medir e avaliar.

A análise revelou a prevalência de insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho, demonstrando que, para melhorar a satisfação no contexto do hospital universitário, é preciso melhorar as condições de trabalho. Entre elas, disponibilizar materiais necessários para prestação da assistência, democratizar e organizar os processos de trabalho e fomentar boas relações entre os profissionais, possibilitando a construção coletiva no trabalho e a participação na gestão.

Alguns aspectos, como o gostar do que faz ou da profissão e realizar um trabalho que possibilita aprendizado constante, mostram-se positivos e podem ser objeto de investimento por parte dos gestores hospitalares e professores, com resultado benéfico para ambos, profissionais e pessoas cuidadas nos hospitais.

Como limites do estudo, cabe ponderar dois aspectos. Primeiro: o cenário restrito a um hospital público universitário. Reconhece-se que outros aspectos no debate da satisfação profissional em outros contextos hospitalares podem emergir, o que poderia ajudar a melhor

elucidar alguns elementos aqui identificados. O segundo diz respeito ao desenho do estudo. Trata-se de estudo qualitativo, que na apresentação dos resultados opta pela explicitação da magnitude dos achados. Essa escolha pode ser vista como um limite, mas não se caracteriza como fuga epistemológica nem interferiu na atenção ao objetivo proposto.

Os achados sugerem novos estudos envolvendo hospitais, com olhar para o processo, as condições e relações de trabalho, em especial, para a contribuição dessa abordagem para a formulação de políticas públicas e para a orientação de intervenções em hospitais universitários.

## Colaboradores

Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)\*, Soratto J (0000-0002-1339-7268)\*, Trindade LL (0000-0002-7119-0230)\* e Pires DEP (0000-0002-1754-0922)\* contribuíram para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Brito LM (0000-0001-7042-2549)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Moraes MP, Martins JT, Galdina MJQ, et al. Satisfação no Trabalho de Enfermeiros em um Hospital Universitário. *Rev. Enf. UFSM*. 2016; 6(1):1-9.
2. Farias DC, Araujo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(6):1895-1904.
3. Gaalan K, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, et al. Factors predicting quality of nursing care among nurses in tertiary care hospitals in Mongolia. *Int. Nurs. Rev*. 2019; 66(2):176-82.
4. Daneliu JL, Santos DVD, Stefanello S, et al. A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. *Saúde debate*. 2019; 43(121):378-89.
5. Sartoreto IS. Satisfação e Insatisfação no Trabalho dos Enfermeiros: revisão integrativa da literatura. 2013. 2014 f. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
6. Tambasco LP, Silva HS da, Pinheiro KM, et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2017; 41(esp):140-51.
7. Soratto J, Fernandes SC, Martinhs CF, et al. Aspectos geradores de satisfação e insatisfação dos profissionais da estratégia saúde da família de um município de pequeno porte da região sul do Brasil. *Rev. CEFAC*. 2018; 20(1):69-78.
8. Milanez TCM, Soratto J, Ferraz F, et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. *Cad. Saúde Colet*. 2018; 26(2):184-90.
9. Lima L, Pires DP, Forte ECN, et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc. Anna Nery*. 2014; 18(1):17-24.
10. Dejours C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez; 2015.
11. Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Health Professionals' Mental Health: A Look at their Suffering. *Trends in Psych*. 2019; 27(4):993-1006.
12. Pinno C, Camponogara S, Beck CLC. A dramática do "uso de si" no trabalho da equipe de enfermagem em clínica cirúrgica. *Texto Contexto Enferm*. 2019; (28):e20170576.
13. Miorin JD, Camponogara S, Pinno C, et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(2):e2350015.
14. Schwartz Y, Durrive L. *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividades humana*. Niterói: Eduff; 2007.
15. Minayo MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qualitativa*. 2019; 5(7):01-12.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
17. Soratto J, Pires DEP, Friese S. Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for researchs in health. *Rev Bras. Enferm*. 2020; 73(3):e20190250.
18. Marx K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro 1. 30. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.
19. Schwartz Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octares; 2000.
20. Pinhatti EDG, Vannuch MTO, Sardinha DSS, et al. Rodízio de Profissionais de Enfermagem entre Setores de um Hospital: Ferramenta Gerencial na Resolução de Conflitos. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(2):e1180015.

21. Farias MR, Maciel JAC, Teixeira AKM, et al. O significado do trabalho para os profissionais de saúde da estratégia saúde da família. *Rev. Psicologia Divers. Saúde.* 2019; 8(2):167-78.
22. Galvão A, Castro B, Krein JD, et al. Reforma trabalhista: precarização do trabalho e os desafios para o sindicalismo. *Cad. CRH.* 2019; 32(86):253-70.
23. Reis MC, Coelho TCB. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. *Physis.* 2018; 28(4):e280419.
24. Gomez CM, Vasconcellos LCF, Machado JMH. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1963-70.
25. Moraes MP, Martins JT, Robazzi MLCC, et al. Insatisfação no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Cogitare Enf.* 2014; 19(2):316-22.

---

Recebido em 28/11/2020

Aprovado em 28/07/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Edital Universal 14/2013

# Redes sociais e configurações de equipes em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

*Social networks and team configurations in a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro*

Tarciso Feijó da Silva<sup>1</sup>, Tatiana Cabral da Silva Ramos<sup>2</sup>, Helena Maria Scherlowski Leal David<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113005

**RESUMO** O trabalho em equipe é um pré-requisito da Atenção Primária à Saúde para cumprimento do seu papel de ordenadora e coordenadora do cuidado. O objetivo do estudo foi identificar por meio das relações entre os profissionais, a configuração das diferentes equipes que atuam em uma unidade da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, tomando como base a Análise de Redes Sociais para a produção das redes ativas no momento do estudo. Utilizou-se essa abordagem por permitir identificar o mapeamento do fluxo da informação e troca, os padrões de comunicação entre os profissionais e representar graficamente as conexões existentes entre diferentes atores. As equipes que atuam na unidade organizam seu trabalho cotidiano em formatos de redes diversos, o que permitiu compreender a dinâmica de comunicação, organização, trabalho em equipe e produção do cuidado no seu aspecto relacional. Considera-se que distintas modelagens de equipe podem ditar o processo de trabalho nesse ponto da rede, fragilizando ou potencializando suas ações, a depender do envolvimento de cada ator, da posição deles na rede e dos recursos que acionam para produção do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Equipe de assistência ao paciente. Redes sociais. Vigilância em saúde pública.

**ABSTRACT** Teamwork is one of the prerogatives of Primary Health Care to fulfill its role as an ordering and care coordinator. The aim of the study was to identify, through the relationships between professionals, the configuration of the different teams that work in a Primary Health Care unit in the city of Rio de Janeiro, based on the Analysis of Social Networks for the production of active networks at the moment of the study. This approach was used because it allows to identify the information flow and exchange mapping, the communication patterns between professionals, and to graphically represent the existing connections between different actors. The teams that work in the unit organize their daily work in different network formats, which allowed them to understand the dynamics of communication, organization, teamwork, and the production of care in its relational aspect. It is concluded that different team models can dictate the work process at this point in the network, weakening or enhancing their actions, depending on the involvement of each actor, their position in the network, and the resources they use to produce care.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Patient care team. Social networks. Public health surveillance.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) – Pará (PA), Brasil.  
tarcisofeijo@ufpa.br

<sup>2</sup>Universidade Estácio de Sá (Unesa) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é usualmente organizada em práticas e serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais prevalentes de uma população, em um dado território<sup>1</sup>. Ela representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Outrossim, integra uma rede complexa e um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação<sup>2</sup>.

Do ponto de vista normativo, a APS tem por finalidade reorganizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo referência para os usuários que, a partir desse ponto da rede, seriam direcionados, de acordo com suas necessidades, para outros níveis de atenção<sup>3</sup>. A trajetória da APS é marcada por contínuo processo de reconstruções, reflexões, disputas e inspiração para os diferentes sujeitos e segmentos envolvidos, em conjunturas históricas e políticas diversas<sup>4</sup>.

O avançar da implementação do projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) foi se compondo por meio de arranjos institucionais, políticos e técnicos, nos níveis nacional e local. Houve primeiro maior clareza quanto ao papel de responsabilização dos entes federativos municipais, e o papel ordenador do Ministério da Saúde foi o de estruturar um sistema de financiamento e incentivos, apoiados pelos níveis estaduais, para expansão das propostas que foram se apresentando como mais potentes para dar as respostas, sem comprometer a capacidade financeira dos entes federativos. Importante marco dos anos 1990 foi a proposta de incorporar o ideário dos Cuidados Primários de Saúde progressivamente a partir de experiências internacionais exitosas, como o modelo cubano dos Médicos de Família, adotado como Programa Saúde da Família; e, posteriormente, como Estratégia Saúde da Família<sup>5</sup>. As bases das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) foram se organizando,

ampliando seu escopo e capacidade de resposta, com maior adesão dos municípios em função dos incentivos, ao mesmo tempo se acompanhando de crescente qualificação dos profissionais para formar as equipes básicas, nos diversos cenários brasileiros<sup>6</sup>. Porém, os campos da disputa política quanto ao projeto de nação e ao papel das políticas públicas, que recrudescer a partir de 2013, passaram a sofrer mudanças restritivas importantes a partir de 2016, com a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) do Teto de Gastos<sup>7</sup>, e a publicação da chamada ‘Nova PNAB’, editada pela Portaria nº 2.436, de 2017<sup>8</sup>, que foi publicada em um cenário de crise política e econômica nacional que piorou com os efeitos das crises internacionais.

A nova PNAB traz à tona relevantes discussões, primeiro pelo fato de as políticas que a precederam não terem superados os inúmeros desafios a que se propuseram e pela percepção, nessa edição, de pautas que retomam a ideia de cuidado ‘mínimo’ em várias dimensões. No documento, observam-se movimentos de flexibilização no que tange a conformação das equipes, a carga horária dos profissionais, a organização do processo de trabalho, as atividades inerentes às diferentes categorias profissionais que atuam na APS e a diferenciação da oferta de ações e procedimentos ofertados na APS em básicos (padrões essenciais) e estratégicos (padrões ampliados)<sup>9</sup>.

A complexidade do cenário sanitário brasileiro, afetado pela crise de desindustrialização e crescente desemprego, impõe mudanças nos modos de organizar as práticas de saúde e evidencia, cada vez mais, a importância de uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. Para que a APS cumpra com seu papel de coordenadora e ordenadora do cuidado, espera-se um fluxo de comunicação ampliado, dinâmico e horizontal, com participação de diferentes atores e equipamentos de saúde para garantia da integralidade<sup>10</sup>. Assim, faz-se necessário que o primeiro contato do usuário seja marcado por encontros cada vez mais humanizados e de escuta ampliada, capazes

de contribuir para identificação e atendimento das reais necessidades de saúde<sup>11,12</sup>.

Na saúde, especificamente na APS, a atuação profissional de forma colaborativa e em rede potencializa a produção do cuidado, enquanto a ausência de parcerias e de redes pode fragilizá-la<sup>10</sup>. A relação é a base para as ações dos atores na APS, sendo determinante para o trabalho em equipe, a análise da situação de saúde e o planejamento das ações<sup>12</sup>.

O uso do termo 'redes' na saúde tem sido amplamente discutido. Inclui a forma de organização do sistema de saúde, que deve estar implicado com ações coordenadas de diversos serviços e setores; e as conexões estabelecidas no cotidiano entre familiares, vizinhança, trabalho e amizade, pela constatação empírica de que o cotidiano e a manutenção da vida parecem apoiados em diferentes tipos de relações<sup>13</sup>. Quando associado ao qualificativo 'social', tem sido utilizado em diferentes áreas do conhecimento para tipificar as relações entre diferentes atores.

Redes sociais são um constructo clássico das ciências sociais, as quais se configuram a partir de capitais sociais em constante movimento, constituídas a partir de relações vinculadas a um grupo de agentes que não são apenas dotados de propriedades comuns, mas unidos por ligações de interesses e objetivos comuns<sup>14</sup>. Elas estão conectadas por interações sociais que podem ser motivadas por amizade, por relações de trabalho ou por compartilhamento de informações, em que, por meio dessas ligações, a estrutura social vai se (re)construindo<sup>15</sup>. Nesse sentido, conjectura-se ser a APS um campo fértil para o mapeamento de redes sociais, considerando as características do processo de trabalho nesse campo e a integração esperada entre os profissionais que nele atuam.

Considerando o exposto, o objetivo deste artigo foi identificar e caracterizar, a partir da Análise de Redes Sociais (ARS), as relações entre os profissionais das equipes de uma unidade de APS do município do Rio de Janeiro.

## Material e métodos

A escolha da ARS se deu pela potencialidade do seu enfoque teórico e metodológico para mapear padrões de organização e da dinâmica de uma dada rede de pessoas, instituições, recursos. No caso das redes sociais que atuam dentro da APS, a ARS permite uma aproximação às formas como se estruturam as redes, como se produz o fluxo da informação e os padrões de comunicação, revelando os atores em posições de destaque em determinada rede social. Por meio do estudo de uma rede, busca-se medir os padrões de relacionamentos e as intercessões entre os atores, tendo como base seus contatos, assim como mapear as configurações sociais, representando os elos e as conexões existentes entre os diferentes atores na estrutura social<sup>16</sup>.

O cenário escolhido foi uma unidade de APS do município do Rio de Janeiro, situada em área de subúrbio na cidade, com ocupação histórica por pessoas das classes trabalhadoras, muitas destas imigrantes da região Nordeste. A eleição do cenário se deu pela facilidade de entrada em campo para o estudo, pelo tempo de atuação da unidade no território ser maior que 15 anos e pelo fato de 67,6% (n=25) de um total de 37 atores atuarem na unidade há mais de 3 anos, pelo entendimento de que o tempo é relevante para o estabelecimento de relações duradouras e permanentes.

O único critério utilizado para a inclusão dos profissionais no estudo foi estarem ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e vinculados à unidade no momento da coleta de dados. Dessa forma, todos os atores, independentemente da categoria profissional, foram selecionados, totalizando 37 atores. No cenário, atuavam 3 Equipes de Saúde da Família (EqSF) (n=26), 1 equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (n=4), 1 Equipe de Saúde Bucal (ESB) (n=2) e 1 Equipe de Apoio e Gestão (EAG) (n=5), que respondiam pelas necessidades de saúde de 9.093 cidadãos cadastrados em prontuário eletrônico. No momento

da coleta, não houve perda de participantes por férias ou afastamentos.

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a aplicação de um questionário estruturado on-line, já que a possibilidade de entrevistas face a face com cada profissional não seria exequível, pelo fluxo intenso de demandas de trabalho inerentes ao campo da APS e rotinas internas instituídas. O questionário continha perguntas para a obtenção de dados socio-demográficos e laborais. Como o objetivo da pesquisa foi o de identificar, dentro das redes, quais os profissionais que, como atores sociais, destacavam-se no trabalho em equipe e para a produção do cuidado, uma única alternativa foi apresentada: selecione, dentre os profissionais relacionados abaixo, quais você julga relevante para o trabalho em equipe e produção do cuidado em saúde. Em seguida, os atores profissionais que compunham as equipes eram nomeados para escolha ou não. Esse tipo de técnica na ARS se baseia na ideia de redes de modo-1, ou seja, a inserção social e a natureza do agir dos atores na rede são similares.

O pesquisador não limitou a quantidade de atores que poderiam ser selecionados, porém, cada ator só poderia citar atores da equipe mínima à qual estavam diretamente ligados, codificadas como equipe EQBE, EQE, EQT, ESB, Nasf-AB e EAG. Apesar da compreensão de que os atores na APS devem estar em constante relação e possuem certa capilaridade de práticas, optou-se por estudar as redes conformadas pelos vínculos primários, ou seja, em torno de arranjos institucionais predefinidos e com objetivos específicos comuns.

Os questionários, uma vez elaborados, foram redigitados na plataforma do Google Forms, que permite a edição de questionários, e enviado por e-mail e o aplicativo de mensagem WhatsApp para os profissionais de cada equipe, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi delineada com apoio dos *softwares* Ucinet© e NetDraw©, sendo o primeiro para a análise das informações e criação dos sociogramas (redes sociais), e o

segundo para a geração e apresentação deles em formato de imagens<sup>17</sup>.

No Microsoft Excel®, 5 matrizes foram mapeadas, uma para cada ESF, em um total de três, uma para a ESB, e uma para a equipe Nasf-AB e EAG. Trata-se de matrizes simétricas, nas quais todos os atores pertencentes às equipes têm seus nomes codificados, dispostos tanto na vertical como na horizontal, inserindo-se uma lógica de informação binária, marcando-se '1' quando um ator era citado por outro e '0' quando não era citado ou quando o código em questão representava o próprio ator.

Essas matrizes são a base da análise desenvolvida pelo *software* Ucinet©, que irá considerar, dentro da rede, quais atores são os que possuem maior grau de entrada (mais buscados) ou de saída (mais ativos ao buscar outro ator), e ainda outras métricas que informam sobre quais atores se constituem como 'pontes' no fluxo de trocas de recursos, informações. O módulo gráfico NetDraw© permite a visualização da rede, auxiliando na análise por se constituir em um elemento visual intuitivo, de fácil compreensão – um 'retrato' das relações em rede no momento da coleta de dados<sup>18</sup>.

As exigências éticas e científicas que envolvam estudos com seres humanos foram atendidas. A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>19</sup>; teve anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; e aprovação dos Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (nº 3.035.782) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (nº 3.103.928).

## Resultados e discussão

A análise de cada rede pretendeu identificar as diferentes conexões existentes, não pelo ângulo de integrantes isolados, mas pelas ligações, ou seja, pelas relações interpessoais que os atores desenvolvem; a propagação das

escolhas, orientações, dos comportamentos e das mediações explicitadas pela dinâmica das relações entre os atores; assim como a construção de pontes de identidade e amizade entre eles, que podem ser menos ou mais úteis para o campo<sup>18,20</sup>.

Nos sociogramas, a direção do vínculo entre os atores é dada pela figura da seta. Quando apenas um nó recebe ou estabelece uma relação, os fluxos são tidos como unidirecionais; já quando as relações são recíprocas, bidirecionais<sup>21</sup>.

As EqSF são o primeiro contato dos usuários na APS, sendo compostas, no Rio de Janeiro, por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Vigilância em Saúde (AVS). Os ACS atendem os usuários na recepção, lançam dados oriundos das suas atividades em prontuário eletrônico, além de realizarem visitas domiciliares; os médicos e enfermeiros atuam em consultório, possuindo um turno destinado para visitas domiciliares. A programação das atividades desses profissionais é vinculada a linhas de cuidado predefinidas, sendo que suas agendas de atendimento são organizadas para atendimento programado

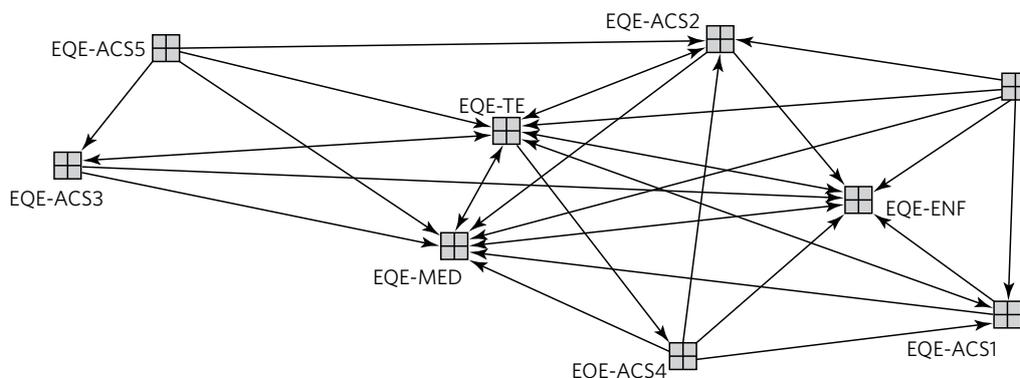
(com prioridade para gestantes e menores de 2 anos) e à demanda espontânea; o técnico de enfermagem realiza a escuta inicial, a primeira avaliação das demandas espontâneas e executa procedimentos técnicos; já o AVS atua no território realizando ações de prevenção e controle das doenças transmitidas por vetores, com ações planejadas e integradas à equipe, devendo participar semanalmente das reuniões e estar atento às demandas apresentadas pelos profissionais da equipe.

Das EqSB, Nasf-AB e EAG, o esperado é que participem não só das diferentes reuniões buscando ampliar o escopo de atuação e intervenção das EqSF, mas também que estejam integradas a elas nas diferentes ações realizadas no cotidiano do trabalho na APS.

### Análise das Redes Sociais das equipes EQE, EQBE e EQT

As figuras 1, 2 e 3 mostram as redes das equipes EQE, EQBE e EQT. Cada categoria profissional integrante está codificada com a sua sigla inicial (MED para médico; ENF para enfermeiro; TE para Técnico de Enfermagem; ACS e AVS).

Figura 1. Rede social da equipe EQE



Fonte: Elaboração própria.

Na rede da equipe EQE, o único ator citado por todos os outros atores é o EQE-MED, seguido pelo EQE-ENF e EQE-TE, citados sete vezes das oito possíveis, sendo que a relação entre os três é bidirecional. Os atores ACS não são procurados pelos atores EQE-MED e EQE-ENF, estando em relação apenas com atores de nível médio. Os atores EQE-AVS e EQE-ACS5 estabelecem contato com atores na rede, não sendo citados por nenhum deles.

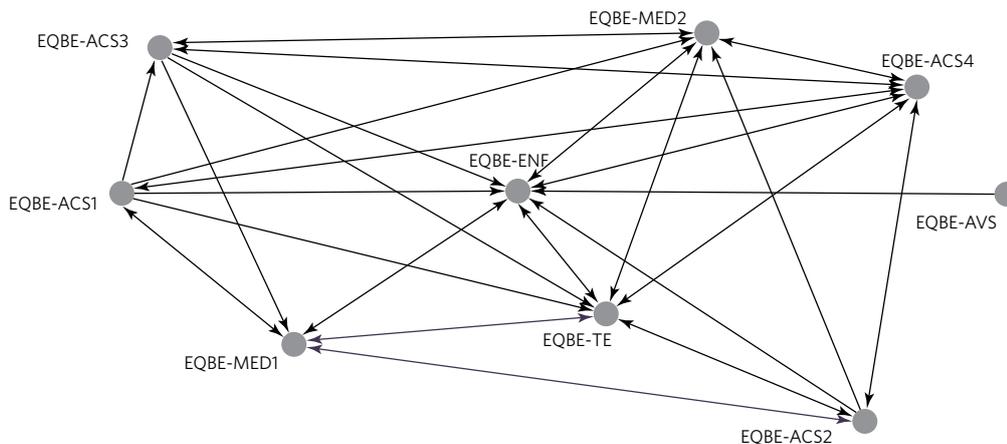
A rede EQE é médico-centrada, o que talvez se justifique por esse ser o responsável técnico médico da unidade. Pelo cargo que ocupa, é possível pressupor que ele é reconhecido como profissional capaz de resolver os problemas quando estes emergem no campo<sup>22</sup>.

A relação bidirecional entre o médico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem poderia ser potente para o processo de trabalho, à medida que estes criassem estratégias para se aproximar dos ACS e dos AVS, tendo em vista o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção em saúde, a ampliação do conhecimento sobre a realidade territorial, o levantamento das principais necessidades de saúde dos usuários e a eleição de demandas para realização de educação permanente.

A configuração da rede permite identificar integração incipiente entre os profissionais de nível médio, o que pode influenciar nas ações coletivas e nas atividades extramuros gerenciadas pela equipe. Por sua vez, a ausência de disparos dos profissionais de nível superior em direção aos profissionais de nível médio traduz um trabalho em equipe e produção do cuidado amparados no modelo biomédico, na queixa-conduta e na prescritividade; quando o envolvimento dos profissionais de nível médio poderia ditar uma nova lógica de organização e de atenção à saúde voltado para o modelo de produção social da saúde, cuja vertente de produção do cuidado converge para a vigilância em saúde e às reais necessidades de saúde dos indivíduos.

Para alcance da integralidade, resolutividade, criação de vínculo, ampliação da clínica e transdisciplinaridade na APS, os atores precisam criar ambientes sustentáveis. Para isso, precisam compartilhar de certo grau de conexão, compreender a relevância do trabalho em equipe para garantia da integralidade, primar pela horizontalidade das ações e buscar estratégias para além daquelas normatizadas, já que cada território de atuação é único, vivo e dinâmico.

Figura 2. Rede social da equipe EQBE



Fonte: Elaboração própria.

Na rede da equipe EQBE, o único ator citado por todos os outros é o ator EQBE-ENF, que está em relação de reciprocidade com os atores EQBE-MED1, EQBE-MED2 e EQBE-TE, não acionando outros atores da rede. O ator EQBE-TE é acionado por sete do total de oito atores possíveis, estando em contato com cinco do total de atores. Todos os ACS citam todos os profissionais EQBE-MED1, EQBE-MED2, EQBE-ENF e EQBE-TE, com exceção do EQBE-ACS4, que não cita o ator EQBE-MED1. Nem todos os ACS são citados, por sua vez, pelos atores de nível superior e pelo ator EQBE-TE. Destaque deve ser dado ao fato de os atores EQBE-MED1 e EQBE-MED2, que são da mesma categoria profissional, não estarem em contato um com outro, e ao ator EQBE-AVS, que não é acionado por nenhum ator da rede, estando em contato apenas com o EQBE-ENF.

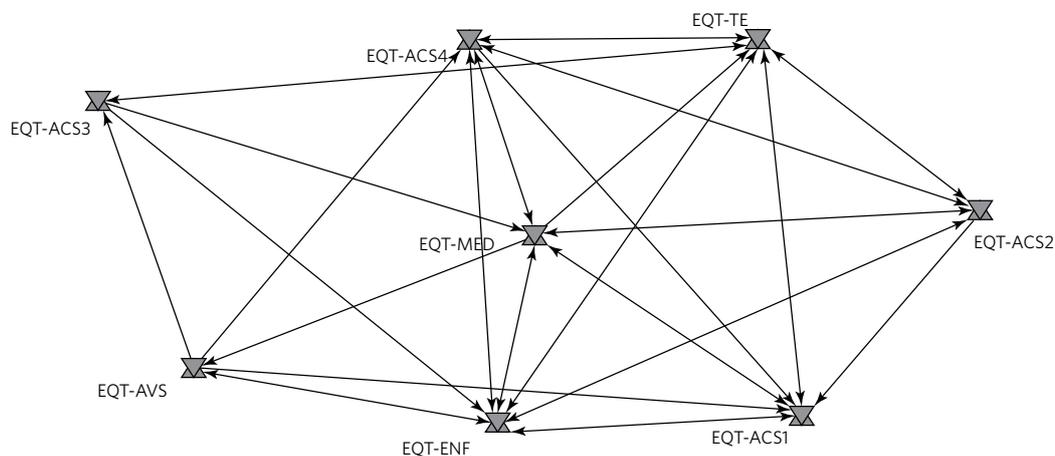
O ator EQBE-ENF, assim como o ator da rede anterior EQE-MED, é reconhecido na rede pela posição de destaque que ocupa, devido à atuação como responsável técnico pela enfermagem. Espera-se conhecimento ampliado dele nas questões que envolvem o campo da enfermagem, além de maior capacidade relacional. No entanto, chama a atenção seu distanciamento dos profissionais de nível médio da equipe. Esperava-se que este, sendo responsável técnico e estando imbricado com as questões do campo da APS, especificamente aquelas relativas ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, estivesse em relação de reciprocidade com todos os profissionais,

gerenciando o processo de trabalho de forma mais participativa e desenvolvendo ações mais horizontais.

A ausência de comunicação entre os dois médicos da equipe, que compartilham do cuidado da população adscrita, polariza a proposta de manutenção de dois médicos na equipe com carga de 20 horas cada ante a dificuldade de lotação em alguns territórios de um médico de 40 horas. Assim, cabe questionar: na prática dos serviços na APS, como tem se dado o intercâmbio de informações e as trocas entre os profissionais médicos que cumprem carga horária de 20 horas nas equipes e são responsáveis pelo cuidado longitudinal da população adscrita? No contexto do trabalho que realizam, eles somam seus recursos na perspectiva da produção do cuidado ou cada um realiza, segundo seu contento e agrado, as ações de acordo com o que julga ou acha relevante para a população?

A PNAB orienta integração entre as atividades dos ACS e dos AVS, visando a identificação de problemas de saúde nos territórios e planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, o que na rede não justifica o isolamento do profissional AVS dos profissionais ACS8. A proximidade do ator EQBE-AVS do ator EQBE-ENF deve ser utilizada por este último de forma propositiva, no que tange à aproximação do profissional EQBE-AVS dos demais atores da equipe, assim como do processo e trabalho e da produção do cuidado.

Figura 3. Rede social da equipe EQT



Fonte: Elaboração própria.

No sociograma da equipe EQT, o ator EQT-ENF é acionado por todos os atores, estabelecendo relação bidirecional com estes, com exceção do ator EQT-ACS3. Esse também não é acionado pelo ator EQT-MED, que está em contato com os demais atores e em relação bidirecional com todos os atores ACS e com o ator EQT-ENF. Na rede da equipe EQT, percebe-se movimento dos atores MED e ENF em direção aos atores de nível médio, com destaque para os atores EQT-ACS1 e EQT-ACS4, que estão em relação de reciprocidade com estes. O ator AVS é citado pelos atores EQT-MED e EQT-ENF, estando em contato com o ator EQT-ENF e com três ACS dos quatro possíveis.

A rede da Equipe EQT difere das redes das Equipes EQE e EQBE pela horizontalidade das relações entre os atores e maior coesão entre eles. O ator EQT-ACS3, apesar de não ser acionado pelos atores EQT-ENF e EQT-MED, está em contato com estes, o que sugere envolvimento e ação dele quando diante de casos que envolvem seu território de atuação. O contradisparo por parte dos atores EQT-ENF e EQT-MED em direção ao ator EQT-ACS3 poderia potencializar as ações desse ator, contribuindo para a produção do cuidado.

Os disparos efetuados em direção aos atores ACS e AVS pelos profissionais de nível superior é outro ponto que merece ser destacado. No contexto da APS, as atividades dos primeiros no território devem ditar o planejamento e as ações dos segundos no campo. O conhecimento técnico-científico dos AVS e a análise das informações de saúde, por sua vez, devem orientar as ações dos ACS no território. Destaque deve ser dado ao ator EQT-AVS, que aparece na rede integrado à maioria dos atores ACS, o que pode tornar mais plural as relações no campo e as ações de saúde no território.

O sociograma da equipe EQT pressupõe existência de um clima de trabalho em equipe que favorece a troca, a integração e a cooperação. O clima de trabalho em equipe é reconhecido como o conjunto de percepções e significados compartilhados entre os membros de uma equipe acerca das políticas, práticas e procedimentos que vivenciam no trabalho<sup>23</sup>.

O clima de trabalho em equipe possui quatro elementos conceituais que, incentivados pela gestão e incorporados pelos profissionais, podem ser determinantes para o trabalho colaborativo em equipe e para a produção do cuidado. O primeiro diz respeito à interação e

à comunicação entre membros da equipe que é condição *sine qua non* para a colaboração, a capacidade de envolvimento de todos os membros da equipe no processo de tomada de decisão e para a percepção de um ambiente de apoio confiável. O segundo ressalta a importância dos objetivos comuns em torno dos quais o trabalho coletivo é organizado. O terceiro converge para a responsabilidade compartilhada pela orientação do trabalho para excelência – o compromisso e a responsabilidade dos profissionais e da equipe para desenvolvimento do trabalho com qualidade requer reflexividade (refletir sobre si mesmo, sobre os processos e a atuação de cada um e da equipe). O quarto aponta para promoção da inovação no trabalho e refere-se ao apoio prático para as tentativas dos membros da equipe de introduzirem novas formas de aprender e responder às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidade nos territórios. Assim, o apoio à inovação pode ser considerado um indicador de colaboração interprofissional, pois envolve novos arranjos das responsabilidades entre profissionais<sup>24</sup>.

As redes das três equipes mostram atributos gerais comuns: possuem um bom grau de conectividade entre os atores; médicos e enfermeiros tendem a possuir maior centralidade (o que se observa pelas setas que chegam

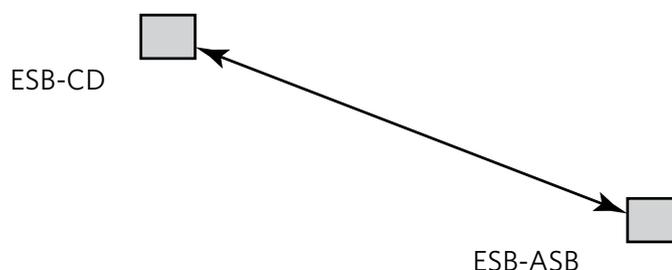
a estes nós); os ACS tendem a se colocar como atores mais periféricos; e o AVS na rede EQBE está em posição externa, vinculando-se apenas ao enfermeiro.

Reitera-se que as redes sociais apresentadas não são estáticas, muito menos as posições que os atores ocupam nelas. As mudanças associadas à entrada e à saída de atores, assim como conflitos e crises, podem alterar a estrutura social e a dinâmica do campo da APS, convergindo para a reconfiguração das redes sociais<sup>25</sup>.

### Análise da Rede Social da Equipe de Saúde Bucal

O Cirurgião-Dentista (CD) deve realizar o diagnóstico e traçar o perfil epidemiológico da comunidade a fim de planejar e programar ações de saúde bucal, bem como deve atender a comunidade do território adscrito, desenvolvendo ações coletivas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, além de realizar procedimentos clínicos. O Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) realiza ações de promoção e prevenção em saúde bucal para famílias, grupos e indivíduos; responde pela limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental e dos equipamentos odontológicos, além de auxiliar o CD nas intervenções clínicas.

Figura 4. Rede social da Equipe de Saúde Bucal



Fonte: Elaboração própria.

A relação entre os atores da rede da ESB é bidirecional, estando os atores ESB-CD e ESB-ASB conectados (*figura 4*). A relação entre eles explica-se pela lógica do processo de trabalho que envolve a saúde bucal no campo. Tais atores respondem pelo atendimento referente à saúde bucal de todos os usuários do território, o que implica relação de proximidade e ações cotidianas pautadas em reciprocidade e ajuda mútua.

Observou-se durante a pesquisa pouca integração entre a ESB e as EqSF, talvez motivada pelo fluxo de atendimento norteado pela demanda espontânea e volume de atividades curativas em detrimento de atividades coletivas de promoção da saúde. Na APS, o cuidado em saúde bucal deve ser objeto da produção do cuidado de todos os atores, e não apenas do CD e do ASB<sup>26</sup>. No entanto, a falta de planejamento tem contribuído para frágil integração entre os atores da ESB e da EqSF, impossibilitando o desenvolvimento de ações interdisciplinares voltadas para a produção do cuidado em saúde<sup>27</sup>. Faz-se necessária uma total integração e harmonia entre a ESB e as EqSF pela compreensão de que ações de cunho preventivo e de promoção da saúde, que são tão relevantes para a saúde bucal e relevantes para integralidade da atenção, somente se efetivarão com a mudança de paradigma, ou seja, por meio da vigilância da saúde.

### **Análise das Redes Sociais da equipe Nasf-AB e Apoio e Gestão**

O Nasf-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS<sup>8</sup>. O Nasf-AB da unidade é conformado por educador físico, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta, sendo que o primeiro cumpre carga horária de 40 horas semanais, e os demais profissionais cumprem 30 horas semanais. Ressalta-se que o profissional farmacêutico não está inserido na equipe Nasf-AB, tendo suas atividades orientadas pelo Núcleo de Apoio à Farmácia

da Coordenação de Área do Município, desenvolvendo suas ações de forma isolada.

O Nasf-AB trabalha na lógica do apoio matricial compartilhando o seu saber específico com os profissionais das EqSF, fazendo com que essas ampliem seus conhecimentos e, com isso, aumentem a resolutividade da atenção<sup>28</sup>.

O ator Nasf-PSI é citado por todos os atores, não citando nenhum deles. Todos os demais atores estão em relação de reciprocidade, mantendo uns com os outros uma relação bidirecional (*figura 5*).

Para integrar-se às equipes do campo, espera-se que os atores que compõem o Nasf-AB estejam em permanente contato e densamente conectados. A *figura 5* permite observar que os atores estão em relação direta, apesar de eles terem particularidades associadas às ações de saúde que envolvem diretamente seu domínio e sua área de conhecimento e horários de trabalho distintos. Isso presume que esses atores estabeleceram estratégias de comunicação para manutenção do contato fora da unidade, o que possivelmente contribui para os aproximar e pode ser oportuno para discussão de casos de forma coletiva.

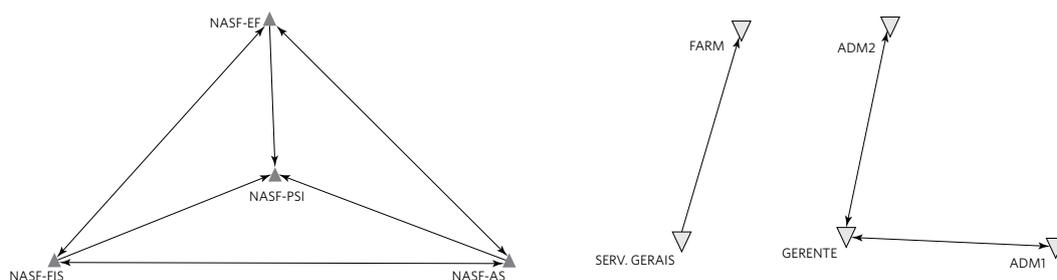
Na rede do Nasf-AB, o ator Nasf-PSI é reconhecido pelos demais atores como relevante para a produção do cuidado, o que denota presença de algum tipo de capital sobre esse profissional, seja cultural (adquirido a partir da formação), seja simbólico (vinculado ao reconhecimento que a ele é dado no campo)<sup>29</sup>. No entanto, a falta de reconhecimento da potência dos demais atores por esse ator pode fragilizar a rede e trazer implicações para o processo de trabalho e para a produção do cuidado.

É digno de nota que, apesar de existirem vários estudos sobre o Nasf-AB, os resultados ainda são pouco conclusivos sobre a contribuição desses profissionais para a melhoria da qualidade da atenção prestada e para a consolidação de ações coerentes com um novo modelo de prestação de cuidado<sup>30</sup>. Estudo que teve por objetivo observar a colaboração interprofissional na APS, envolvendo as EqSF

e o Nasf-AB no município de São Paulo, identificou a existência de tensões entre a lógica profissional tradicional e o apoio matricial, sendo que a divisão de responsabilidades, encaminhamentos e a insuficiência de dispositivos organizacionais para apoiar o trabalho compartilhado na ESF foram pontuados como barreiras na concretização de práticas articuladas<sup>31</sup>.

A potência do trabalho da equipe Nasf-AB está intimamente relacionada com a sua capacidade de ampliar a clínica, tornando as ações mais efetivas e contribuindo para aumento da resolatividade. Para isso, a gestão deve atentar para contratação de profissionais que tenham capacidade relacional e que mobilizem recursos capazes de contribuir para a integralidade da atenção.

Figura 5. Redes sociais das equipes Nasf-AB e de Apoio e Gestão



Fonte: Elaboração própria.

A Equipe de Apoio e Gestão foi conformada pelos atores que necessariamente não estavam vinculados diretamente às EqSF e à equipe Nasf-AB (figura 5).

O gerente (GER) tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, a coordenação das ações no território e a integração da APS com os outros serviços, sendo geralmente alguém com formação diferenciada, experiência nesse ponto da rede e capacidade de lidar com diferentes processos; os administrativos (ADM1 e ADM2) prestam apoio às EqSF e à gerência, sendo responsáveis por aberturas de chamado em caso de panes de diferentes ordens, solicitação de vagas para outros pontos da RAS em sistemas de regulação, controle de insumos e recursos humanos e atendimento ao usuário no caso de reclamações; o farmacêutico (FARM)

integra as ações em saúde na EqSF, realizando atividades de educação permanente, promoção à saúde de caráter geral e ações de incentivo ao uso racional de medicamentos, com o desenvolvimento de atividades assistenciais e técnico-pedagógicas; já o auxiliar de serviços gerais (SERV. GERAIS) desenvolve atividades de limpeza, mantém todas as salas de atendimento em condições de utilização e coopera com a gestão zelando pela conservação da unidade (figura 5).

Na rede EAG, o ator GER desenvolve uma relação bidirecional com os atores ADM1 e ADM2, que não estão em relação um com outro. O ator SERV. GERAIS e FARM estão isolados na rede, sendo que esse último apenas é citado pelo primeiro, não citando nenhum ator específico dessa rede. Pelo fato de esses atores não terem uma vinculação preestabelecida com as EqSF e com a equipe Nasf-AB,

esperava-se uma ligação mais coesa entre eles, o que não foi identificado.

O apoio administrativo na APS, pelo papel de ordenação e coordenação do cuidado por ela desenvolvido, tem se mostrado cada dia mais necessário e pertinente. Em um mundo cada vez mais globalizado e com intensa circulação de informações, os ADM acabam por contribuir na medida em que atuam como elos no processo de comunicação entre os profissionais dentro da unidade. O que não se pode perder de vista é que compete às EqSF, apoiadas pela ESB e pela equipe Nasf-AB, a criação de vínculo, identificação das necessidades de saúde e direcionamento adequado para os outros pontos da RAS e que a atuação desses atores deve ser restrita e condicionada a um rol de tarefas predefinidas, para que eles não ultrapassem limites éticos da sua prática e realizem ações para as quais não possuem formação.

O serviço de farmácia é ponto crítico da APS, devido à carga de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis que essa acompanha e à densidade de insumos e medicações que precisa gerenciar para atender às diferentes demandas. Por esse motivo, esperava-se que a gerência da unidade estivesse em relação direta e bidirecional com o profissional farmacêutico, o que não foi observado. Reitera-se que a rede por si só não permite clarificar os motivos do distanciamento entre os profissionais.

Quanto à profissional de serviços gerais, pela rede retratada, não se pode afirmar ao certo se sua atuação avança para além do serviço de limpeza pelo qual é responsável e se ela, no contexto da unidade, contribui de alguma outra forma para o trabalho em equipe e produção do cuidado. Conjectura-se que dar voz a essa profissional em reuniões e nas discussões estabelecidas pela gestão e equipes pode ser útil para compreender a dinâmica e as rotinas existentes, pelo fato de ela atuar de forma permanente na unidade, circular e ter acesso a todos os pontos desta e por estar, na maior parte do tempo, em contato com todos os profissionais e pacientes.

## Considerações finais

A aplicação da metodologia de ARS em estudos no campo da saúde, especificamente na APS, torna-se potente por ampliar as possibilidades de compreensão das diferentes modelagens de trabalho interprofissional<sup>32</sup>, contribuindo para reconhecer os movimentos dos atores no campo, suas posições, as características do trabalho individual e coletivo que realizam, a ordem e a potência dos recursos que são utilizados por eles para responder às necessidades de saúde, os caminhos percorridos para alcance da resolutividade, assim como compreender como eles se organizam na perspectiva de ordenação e coordenação do cuidado.

Na saúde, dois modelos teóricos de equipes disputam os cenários de prática, sendo a 'equipe agrupamento' utilizada para expressar uma conformação de equipe em que há justaposição de ações e agrupamentos de profissionais, com restrito compartilhamento e pouca comunicação efetiva entre eles, possibilitando um processo de trabalho mais fragmentado, em que as ações não são partilhadas com todos os seus integrantes e no qual existe uma relação de mais-valia para uns atores, em detrimento de outros, além de possibilidades de rupturas e constantes conflitos; e a 'equipe integração' que se caracteriza pela articulação das ações, interação entre os agentes por meio da comunicação e do diálogo, valorização de todos os seus membros com pouca ou nenhuma verticalização das ações, e foco na integralidade no processo de produção do cuidado. Nessa modalidade, os trabalhadores são interlocutores, e não objetos de trabalho, tendo direito ao reconhecimento mútuo e à expressão de opinião. Além disso, as diferenças técnicas das distintas categorias profissionais são mantidas, porém, subordinadas a um conjunto de valores comuns entre os integrantes da equipe<sup>33</sup>.

Foi possível observar, por meio dos sociogramas das Equipes EQE e EQBE – pela tipologia de relação existente entre os atores, vista como frágil e pouco coesa, assim como pelo direcionamento dos fluxos de comunicação,

que nem sempre é bidirecional –, que essas se aproximam da modalidade de equipe tipificada como agrupamento; por sua vez, no sociograma da Equipe EQT, é possível notar relações mais coesas, plurais, sustentáveis e bidirecionais. Pode-se presumir que talvez haja, nessa equipe em específico, maiores relações de afinidade, reciprocidade e interesse mútuo, além de ideologias afins que permeiam o cuidado à saúde nesse ponto da RAS, o que converge para aproximar essa equipe da modalidade conhecida como integração.

Outrossim, é relevante reiterar que, no cenário da APS configurado por mais de uma equipe tida como mínima e que respondem por determinado território de abrangência (como é o caso do cenário estudado), nada impede que outras redes se conformem na tentativa de atender às necessidades de saúde dos usuários. Assim, aponta-se como uma limitação deste estudo o fato de este não apresentar a

rede total conformada por todos os atores do campo. A análise desta permitiria avaliar se, no contexto de possibilidades que envolve citar outros atores que não aqueles vinculados especificamente à sua equipe, os profissionais citariam outros atores, e não os da sua equipe, como sendo relevantes para o trabalho em equipe e produção do cuidado dos usuários na unidade de saúde.

## Colaboradores

Silva TF (0000-0002-5623-7475)\* contribuiu para a idealização, desenvolvimento, aplicação do método, coleta de dados, revisão e análise crítica do artigo. Ramos TCS (0000-0003-1385-2029)\* e David HMSL (0000-0001-8002-6830)\* contribuíram para a revisão e análise crítica do artigo. ■

---

## Referências

1. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2020 nov 12]; 22(5):951-963. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000500008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500008&lng=en).
2. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
3. Giovanella L, Mendonça MHM. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados*. Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
4. Oliveira A. Dimensão da participação em saúde no debate internacional da atenção primária à saúde. *Serv. Soc. Saúde*. 2015 [acesso em 2020 out 14]; 12(1):9-30. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635754>.
5. Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Gerais, Rev Interinst Psicol*. 2018 [acesso em 2020 dez 1]; 11(1):79-98. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v11n1/07.pdf>.
6. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 dez 1]; 43(122):1-12.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 4]; 42(esp1):208-223. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>.
7. Brasil. Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016 – PEC do teto dos gastos públicos. Brasília, DF: Senado; 2016. [acesso em 2020 dez 4]. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 21 Set 2017. [acesso em 2021 jan 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
  9. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? Cad. Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 dez 13]; 33(1):1-3. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00206316.pdf>.
  10. Silva TF, David HMSL, Romano VF. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020 [acesso em 2020 nov 28]; 15(42):1-16. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2326/1559>.
  11. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde debate. 2015 [acesso em 2020 dez 3]; 39(105):363-374. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00363.pdf>.
  12. Silva TF, Romano VF. Percepções a respeito do acolhimento na Atenção Primária no município do rio de janeiro. Rev Atenção em Saúde. 2016 [acesso em 2020 nov 26]; 14(49):5-10. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/3693/pdf](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3693/pdf).
  13. Ramos TCS, David MSL, Silva TF, et al. Redes sociais de gestantes de risco habitual na Atenção Primária à Saúde: a influência das relações no cuidado pré-natal. J Manag Prim Health Care. 2020 [acesso em 2020 nov 20]; (12):1-16. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/994/911>.
  14. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
  15. Andrade DMC, David HMSL. Análise de redes sociais: uma proposta metodológica para a pesquisa em saúde e na enfermagem. Rev. enferm UERJ. 2015 [acesso em 2020 nov 13]; 23(6):852-865. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14861/16204>.
  16. Tomaél MI, Marteleto RM. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. Encontros Bibli: Revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação. 2006 [acesso em 2020 dez 1]; (esp):75-91. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2006v11nesp1p75/387>.
  17. Marteleto RM, Tomaél MI. A metodologia de análise de redes sociais. In: Valentim MLP. Métodos qualitativos de pesquisa em Ciência da Informação. São Paulo: Polis; 2005.
  18. Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC. Ucinet for Windows: software for social network analysis. Massachusetts: Analytic Technologies; 2002.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Distrito Federal; 2012.
  20. Marqués-Sánchez MP, Muñoz-Doyague MF, Pérez-Rivera J, et al. El liderazgo de los profesionales de enfermería y el rendimiento organizativo: un estudio exploratorio con aplicación del Análisis de Redes Sociales. Revista hispana para el análisis de redes sociales. 2014 [acesso em 2020 dez 13]; 25(2):140-162. Disponível em: <https://revistas.uab.cat/redes/article/view/v25-n2-marques-munoz-perez-bayon-casado/pdf-es>.
  21. Marqui ABT, Jahn AC, Resta D, et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2010 [acesso em

- 2020 nov 26]; 44(4):956-961. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reueusp/v44n4/14.pdf>.
22. Bourdieu P. Escritos de educação. Petrópolis: Vozes; 1998.
23. Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational climate and culture. *Ann Rev Psychol.* 2013 [acesso em 2020 nov 14]; 64:361-88. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-113011-143809>.
24. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. *J Interprof Care.* 2017 [acesso em 2020 dez 4]; 31(6):679-84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28876142/>.
25. Silva TF. Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019.
26. Farias MAV, Moura ERF. Saúde Bucal no contexto do Programa Saúde da Família do Município de Iracema, no Ceará. *Rev Odontol.* 2003 [acesso em 2020 dez 12]; 32(2):131-137. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/588017a47f8c9d0a098b4823/pdf/rou-32-2-131.pdf>.
27. Carvalho DQ, Ely HC, LS Pavianis, et al. A dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. *Boletim da Saúde.* 2004 [acesso em 2020 dez 5]; 18(1):175-84. Disponível em: <http://www.boletimda-saude.rs.gov.br/conteudo/1281/a-dinamica-da-equipe-de-saude-bucal-no-programa-saude-da-familia>.
28. Santos RABG, Uchoa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate.* 2017 [acesso em 2020 nov 24]; 41(114):694-706. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0694.pdf>.
29. Bourdieu P. *Meditações pascalianas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
30. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2020 dez 13]; 42(esp2):145-158. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe2/0103-1104-sdeb-42-spe02-0145.pdf>.
31. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2020 nov 26]; 20(8):2511-2521. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>.
32. Reeves S, Lewin S, Espin S, et al. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H. *Interprofessional teamwork for health and social care.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
33. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública.* 2001 [acesso em 2020 dez 15]; 35(1):103-109. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>.

---

Recebido em 11/03/2021  
Aprovado em 04/08/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# ¿De qué hablamos cuando decimos ‘Estilos de Vida?’: la experiencia de una comunidad educativa en Colombia

*What are we talking about when we say ‘Lifestyles?’: The experience of an educational community in Colombia*

Ana Yibby Forero Torres<sup>1</sup>, Edna Rocio Rubio Galvis<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113006

**RESUMEN** Se propone repensar la noción ‘estilos de vida saludables’, a partir de la experiencia de una comunidad educativa de Colombia y desde la noción ‘estilos de vida’ planteada por las ciencias sociales, abordando las percepciones sobre alimentación, actividad física, salud y enfermedad. Se implementó una metodología cualitativa, participaron niñas y niños, adolescentes, cuidadores y educadores de Instituciones Educativas de 4 municipios de Cundinamarca, Colombia. A través de las narrativas expuestas se demuestra que los estilos de vida no se pueden limitar a un análisis de conductas de riesgo ya que tienen un componente estructural y están mediados por factores como el tiempo, la infraestructura, los espacios y prácticas individuales como colectivas. Se concluye que a pesar de que las personas conocen y dominan el discurso de los ‘estilos de vida saludables’ no se identifican con este, porque no dialoga con sus realidades, ni tiene en cuenta aspectos estructurales como edad, clase social, género, etnia, lo cual está relacionado con la posibilidad de ser o no saludable.

**PALABRAS-CLAVE** Salud. Enfermedad. Condiciones de vida. Estilo de vida saludable. Estilo de vida.

**ABSTRACT** *It is proposed to rethink the notion ‘healthy lifestyles’ from the experience of an educational community in Colombia and from the notion ‘lifestyles’, raised by the social sciences, addressing the perceptions of food, physical activity, health and disease. A qualitative methodology was implemented, with the participation of girls, boys, adolescents, caregivers and educators from Educational Institutions from 4 municipalities of Cundinamarca in Colombia. Through the narratives provided it is clear that lifestyles cannot be limited to an analysis of risk behaviors, because they have a structural component and are mediated by factors such as time, infrastructure, spaces and individual and collective practices. The conclusion is that although people know and dominate the discourse of ‘healthy lifestyles’ they do not identify with it, because it does not establish any kind of dialogue with their realities, nor does it take into account structural aspects such as age, social class, gender, ethnicity, all of them related to the possibility of being healthy or not.*

**KEYWORDS** *Health. Disease. Social conditions. Healthy lifestyle. Lifestyle.*

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Salud (INS) - Bogotá, Colombia.  
yibbyforero@gmail.com



## Introducción

Repensar la noción ‘Estilos de Vida Saludable’ (EVS) desde la experiencia de personas que pertenecen a una comunidad educativa y desde la perspectiva de las ciencias sociales constituye un ejercicio que problematiza la relación entre las políticas públicas en salud y las prácticas de las personas. Si bien, diferentes autores han debatido y criticado dicha noción desde finales de los años 90, es evidente que aún se plantea como un enfoque hegemónico para intervenir en los comportamientos de los sujetos en lo referente a la salud.

Los debates a los EVS exponen, por ejemplo, cuestionamientos sobre la capacidad de elección, así como también sus falencias a la hora de tener en cuenta aspectos sociales, culturales e históricos<sup>1</sup>. En el presente artículo se propone un retorno consciente a la noción ‘Estilos de Vida’ (EV), comprendiendo lo que representa desde la perspectiva de las ciencias sociales, develando la cualidad excluyente de los EVS y la reducción de prácticas complejas, como la alimentación y la actividad física, a ‘hábitos’ que se debaten entre ‘bueno’ y ‘malo’ para la salud.

La noción EVS es definida como:

Patrones de conductas relacionados con la salud, que se caracterizan porque son observables, constituyen hábitos, son recurrentes a lo largo del tiempo y poseen consecuencias para la salud<sup>2(21)</sup>, habiendo sido utilizada dentro de políticas públicas que buscan orientar a las personas y comunidades sobre las elecciones que toman en torno a su salud, al cuidado de sí mismo y de los otros.

En ese sentido, se han implementado estrategias mundiales que buscan impulsar comportamientos para favorecer el goce y disfrute de una buena salud y la prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), especialmente en edades más tempranas, enfocándose en la promoción de la actividad física, una alimentación ‘saludable’, y disminución del consumo de tabaco y alcohol<sup>3-5</sup>. Así pues, los malos hábitos alimentarios y la

inactividad física han sido relacionados con la aparición de ECNT como obesidad<sup>6</sup> la cual es entendida como un factor de morbimortalidad relacionada con accidentes cerebrovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, síndrome metabólico y algunos tipos de cáncer<sup>7</sup>.

A pesar de los esfuerzos, la prevalencia de las ECNT sigue en aumento, tal es el caso de países como Colombia, que reportan cifras de enfermedades como la diabetes mellitus que oscilan “entre el 4 y 8%”<sup>8(95)</sup> según el rango de edad de la población; de síndrome metabólico entre 12 y 35% en niños y adolescentes<sup>9,10</sup>, y la hipertensión es de 7,23% en personas de 18 a 69 años<sup>11</sup>. Estos datos permiten pensar que la noción ‘EVS’, junto con la orientación y comunicación de las estrategias, no está permeando las prácticas de las personas, lo cual plantea un problema que puede ser comprendido desde la perspectiva de las ciencias sociales y una noción integral de ‘Estilos de Vida’ (EV).

En las ciencias sociales la noción ‘EV’ ha sido producida, analizada y discutida desde principios del siglo XIX<sup>12-14</sup> y fue adoptada a mediados del siglo XX por las ciencias de la salud, con una perspectiva médico-epidemiológica<sup>2</sup>. A partir de esta adopción el concepto de ‘EV’ pasó de cubrir un amplio espectro de la vida social a significar una limitada relación con conductas de riesgo<sup>15</sup>.

En lo que sigue, se partirá desde los componentes del discurso de los EVS, para analizarlos desde la comprensión de EV brindada por las ciencias sociales en las cuales lo estructural ejerce un impacto determinante en la vida y elecciones de las personas. Acto seguido, estos elementos se relacionarán con los procesos de salud y enfermedad desde las narrativas de actores de una comunidad escolar en Colombia, prestando especial atención a la experiencia de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), con el fin de que estas percepciones permitan repensar la noción ya generalizada de ‘EVS’ en el marco de las políticas públicas de prevención e intervención de ECNT.

## Metodología

La investigación se desarrolló a través de un diseño metodológico cualitativo fenomenológico interpretativo, desde el cual se analizaron las narrativas de NNA, Cuidadores (CUI) y Educadores (EDU) de Instituciones Educativas (IE) públicas y privadas de cuatro municipios del departamento de Cundinamarca (Colombia), los cuales fueron reportados por la gobernación departamental como los de mayores cifras de personas diagnosticadas con ECNT. Las IE, de zonas rurales y urbanas, fueron seleccionadas en un proceso conjunto con las secretarías de educación, así como NNA de diferentes edades y de estratos socioeconómicos diversos.

En la muestra seleccionada participaron 56 NNA, los criterios de inclusión fueron que tuvieran edades entre los 7 a los 17 años; aceptar participar en el estudio y ser residente del municipio al menos durante un año. Se excluyeron NNA que por recomendación médica tuvieran restricciones alimentarias y dietas específicas; deportistas de alto rendimiento o adolescentes gestantes y lactantes. Los CUI fueron seleccionados del grupo de padres de los NNA participantes, llegando a un total de 19. Por último, los 6 EDU fueron elegidos por su conocimiento de estrategias implementadas en los colegios para impulsar la salud, la cercanía con las vivencias de los alumnos y la relación con los padres de familia.

### Procedimiento y técnicas de recolección

Se realizaron reuniones con las autoridades municipales de salud y educación para presentar el estudio. Luego con las IE, NNA y CUI seleccionados, en donde además se diligenciaron los consentimientos y asentimientos informados. Posteriormente antropólogos realizaron nueve Grupos Focales (GF) con los NNA y dos con los CUI, utilizando un guion temático, así como entrevistas a un niño, seis

EDU y tres CUI para ampliar y profundizar información sobre las percepciones que estos actores tenían sobre los EV relacionados con los ámbitos cotidianos, educativos y su relación con la salud y la enfermedad.

Se transcribieron los audios y se sistematizaron en matrices utilizando el programa Atlas Ti (V9). Seguidamente, se analizaron las narraciones a la luz de las categorías y se realizó una validación de la información con la comunidad. Por último se presentaron los resultados a autoridades municipales, IE y padres de familias.

Las categorías de análisis que se establecieron fueron: 'alimentación', 'actividad física', 'salud', 'enfermedad' y 'EV'. Las dos primeras hacen referencia a los componentes más abordados dentro de la noción 'EVS'; mientras que 'salud' y 'enfermedad' se propusieron por la relación discursiva y práctica que es planteada como causa/efecto con los 'hábitos saludables'; en cuanto a la categoría 'EV', da cuenta de la relación con prácticas cotidianas y condiciones materiales de existencia que facilitan o dificultan el cumplimiento y ejercicio de las indicaciones institucionales para 'ser saludable'.

### Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Metodologías de Investigación del Instituto Nacional de Salud de Colombia, otorgando el código CMIN 15-2017, y su realización fue aprobada por las autoridades municipales. Se tuvieron en cuenta las normas éticas en investigación, garantizando la confidencialidad tanto de las instituciones educativas como de los participantes a través de un sistema de codificación y se realizaron socializaciones de los resultados con los actores involucrados.

### Análisis de la información

El análisis de las narrativas estuvo guiado por la propuesta de Coffey y Atkinson<sup>16</sup> en el que se pone de relieve la acción social, presentando

la narrativa de forma situada, con relación a “interacciones particulares y dentro de discursos institucionales, culturales o sociales específicos”<sup>16(74)</sup>.

### Contexto económico y sociodemográfico

Los municipios se encuentran ubicados en el departamento de Cundinamarca; el que tiene mayor población cuenta con 141.762 hab. y el que tiene menos cuenta con 25.257 hab. Los que cuentan con mayor población vienen enfrentando una transición de lo rural a lo urbano, provocada por su cercanía con la ciudad de Bogotá y la llegada de diferentes industrias que han ofrecido empleo a gran parte de la población, que anteriormente se concentraba en los trabajos de agricultura. En lo que respecta a los municipios pequeños, la ruralidad sigue siendo el espacio de la vida cotidiana y lo que se conoce como urbano hace referencia a una cabecera en la que se concentran las funciones municipales como la alcaldía, la policía y el centro médico.

Las instituciones educativas seleccionadas para el estudio se encuentran ubicadas en su mayoría en la zona urbana de los municipios, y reciben estudiantes de los estratos 1, 2 y 3, tanto de la zona urbana como de la rural. La estratificación en Colombia permite clasificar las viviendas de las personas y definir el cobro de los servicios públicos. Sin embargo, a partir de la estratificación, también se pueden coordinar acciones gubernamentales orientadas a beneficiar las poblaciones de los estratos denominados bajos (1,2,3), así como también permite observar aspectos sociales y económicos que hablan de los ingresos de las familias y la calidad de vida de las mismas.

De tal forma, los 56 NNA participantes pertenecen a estratos bajos los cuales marcan y determinan sus experiencias frente a la alimentación, la actividad física y los procesos de salud y enfermedad. Además del estrato socioeconómico también es importante destacar que la mayoría de los cuidadores participantes,

tanto de los GF como de las entrevistas, contaban con un trabajo, y los que no, se debía generalmente a su edad, ya que eran abuelas o personas mayores de 60 años. Los ingresos promedio de estas familias se situaban entre los 500.000 pesos (138 dólares) y los 2.000.000 de pesos (550 dólares), con gastos en alimentación que varían según los ingresos entre 200.000 pesos (55 dólares) a 1.000.000 de pesos mensuales (276 dólares).

Los datos recolectados en el estudio muestran que de los NNA el 40% viven en la zona urbana y el 59,9% en la zona rural. Con respecto al estrato socioeconómico, el 48,7% viven en el estrato 1, el 36,8% en el estrato 2 y el 12,4% en el estrato 3. Un 32% de las familias están conformadas por 4 personas, 24% por 5 personas y 18,3% por 3 personas. El nivel educativo de las madres es 58,8% secundaria y 66,3% de los padres trabajan, los demás se dedican a actividades del hogar (30%), a la búsqueda de trabajo (2,1) % y a estudiar (0,8%).

## Resultados

Los resultados se organizaron según las categorías de análisis y las narrativas que se generaron a partir de lo expuesto por participantes del estudio, presentando diferencias en la aproximación a cada categoría, debido a la edad y la experiencia individual y colectiva. Las siglas utilizadas en las narraciones fueron EN=entrevistador, AL= alumno, CUI=cuidador, EDU=educador, PRIV=colegio privado, PUBLI= colegio público.

### Narrativas

En el proceso de análisis de la información recolectada, las narrativas resultantes dieron cuenta de experiencias que establecen un vínculo entre la cotidianidad de las personas y las prácticas, en las que se hacen posibles los procesos de salud-enfermedad a los que el discurso de los EVS apunta, como la alimentación y la actividad física. Sin embargo,

estas narrativas presentan la complejidad de dichas prácticas y los lazos que se entretienen no solo con procesos biológicos, metabólicos o fisiológicos, sino con aspectos sociales, culturales, económicos y políticos, que impiden seguir pensando que los procesos de salud-enfermedad, son una responsabilidad individual sujeta a directrices.

La OMS ha expuesto la preocupación por el incremento de enfermedades que hasta “hace medio siglo eran exclusivas de la población adulta, incluso asociadas a la vejez, como es el caso de la diabetes mellitus, la hipertensión o el colesterol”<sup>17(466)</sup> y ahora ocurren en edades más tempranas. De ello ha resultado una serie de recomendaciones orientadas a la población infantil y juvenil de todos los países, esperando que al promover los EVS en esta población, se disminuyan los riesgos de que se presenten estas enfermedades en la adultez.

Sin embargo, es importante comprender, al interior de los EVS, que los NNA son sensibles y reflexivos con sus contextos y elaboran aproximaciones sobre alimentación, actividad física, salud y enfermedad que revelan la dificultad para inscribirse en dicho discurso. Esta conclusión se aprecia en la narrativa “¿por qué comen lo que comen?”, en la cual demuestran que sus elecciones dependen de lo aprendido con sus padres y familiares, la economía familiar y las relaciones, momentos y/o experiencias creadas en torno a la alimentación:

AL: *En mi casa, mi mamá es la que deja hecho el almuerzo. Si yo me quiero cuidar... ella hace mucha harina, plátano, pasta y más carne, y a uno lo obligan.* (GF\_NNA\_14 a 17\_CHO\_PUBLI).

AL: *La comida lo que sea, mi mamá me enseñó a que 'no siempre se puede comer lo que uno quiere', sino lo que hay para comer, y pues no es que comemos muy bueno, pero hay que darle gracias a Dios porque tengo algo.* (GF\_NNA\_14 a 17\_GUA\_PRI).

Entre semana, los NNA pasan tiempo con cuidadores que no son sus padres. Por ejemplo, en el colegio, si es público, pueden recibir

preparaciones de media mañana o almuerzo; en la casa reciben alimentos de sus abuelas, tías y vecinas, o son ellos mismos los que cocinan. De tal forma que hay comidas que se asocian con la familia, con los fines de semana, con los amigos, con el colegio y con la posibilidad de hacer algo diferente:

CUI: *Cuando no es en la casa, yo diría que es comida chatarra, porque es lo que les gusta a los chicos, para ellos es una felicidad que uno los lleve a comer el perro, la hamburguesa.* (EN\_CUI\_FACA\_PUBLI).

En el colegio, sea público o privado, pueden tener acceso a una cafetería o tienda que vende diferentes productos, la mayoría de las veces en paquete o en la modalidad de comida rápida y los NNA consumen lo que pueden con el dinero que les dan sus padres, mostrando preferencia por los alimentos que son agradables a la vista.

AL: *Acá no hay nada rico, eso es muy grasoso, la pizza es la que tiene mucha grasa, aquí lo único que hay natural son los juguitos; no, y a veces traen fruta, pero en sí es como comida chatarra digamos: la pizza, la comida de paquete; a nosotros no nos gusta mucho eso; más que todo toca comer paquete y mentas.* (GF\_NNA\_14 a 17\_GUA\_PRI).

Por otro lado, está la alimentación ofrecida en el colegio público, a la cual no tienen acceso todos los estudiantes; aquellos que son beneficiarios del Programa de Alimentación Escolar se seleccionan teniendo en cuenta la valoración nutricional de peso y talla y aspectos como:

EDU: *las necesidades que tenga el chico, digamos que uno ya conoce las familias, entonces los que tengan más necesidad, los chicos que viven más o menos solitos, los que vienen en ayunas.* (EN\_EDU\_FACA\_PUBLI).

Sin embargo, dicha alimentación genera ciertas polémicas entre los NNA ya que no llena las expectativas relacionadas con el sabor y la presentación.

AL: *El sabor no, ¿qué sabor es diferente? Es que acá el arroz les queda muy feo, sin sal, yo no almuerzo acá porque es que la comida de acá no me gusta, la comida de acá es babosa. Es que le echan mucha agua al arroz, parece una gelatina; EN: ¿No les parece atractivo a la vista? No.* (GF\_NNA\_14 A 17\_FACA\_PUBLI).

Otro aspecto que se buscó abordar para el análisis de las categorías fue el posicionamiento de las personas frente al discurso de los EVS. Así, se abordaron, temas en relación con las directrices que tienen que ver con la alimentación ‘adecuada’, ya que los participantes han recibido información sobre este discurso en contextos médicos y escolares: pero, por otro lado, los NNA tienen una “posición en la sociedad, pertenecen a diferentes grupos sociales y su acceso a recursos materiales es variado”<sup>18(27)</sup>:

AL: *Al llegar a un supermercado, le van a ofrecer los productos que hacen más daño, con mejor sabor o más económico, mientras que un paquete de frutas va a estar más costoso. Algunas veces son muy costosas, hay gente que no tiene el dinero para comprar frutas y por eso, como decía, lo más económico es a veces más dañino.* (GF\_NNA 14 a 17\_FACA\_PUBLI).

La alimentación es un fenómeno complejo que “deja de ser un puro comportamiento y se concibe también como un valor y un hecho de conciencia y de poder”<sup>19(84)</sup>, de tal forma que pensar la alimentación desde la noción ‘EVS’ es reducir un fenómeno a una sola de sus expresiones, que es la que tiene que ver con lo metabólico. Culturalmente se ha demostrado que la mayoría de las personas no solo comen por un reflejo biológico, a la hora de escoger qué comer entran en juego valores, creencias, símbolos y costumbres<sup>20</sup>:

AL: *Más que todo uno se guía por lo visual, por ejemplo, yo puedo ver algo que sea muy delicioso, pero sí se ve feo, a mí no me dan ganas de comprar.* (GF\_NNA\_14 a 17\_GUA\_PRI).

La recomendación sobre alimentación elevada por la OMS y el discurso de los EVS con respecto a una alimentación ‘adecuada’, que repara en cantidades y en la calidad de los alimentos parte de un enfoque que enfatiza el individuo y sus comportamientos, de tal forma que

una característica destacable de la construcción social de las enfermedades provocadas directa o indirectamente por la alimentación en nuestras sociedades es que siempre se les adscribe carácter individual, como si fuera un problema personal luchar contra los estímulos del medio social y, el individuo, por no comer lo que está socialmente condicionado a ingerir, recibiera por premio su salud<sup>17(466)</sup>.

Ahora bien, la narrativa denominada “*Actividad física: entre tiempo y espacios*”, muestra dos ejemplos de actividad que realizan los NNA y las formas en las que las personas dialogan con dicha posibilidad. En estas narraciones se identificaron factores tales como las diferencias establecidas entre jugar y hacer deporte, la dependencia del tiempo, la percepción de los espacios y las opciones que tienen para elegir, ampliando el espectro de lo que se entiende como actividad física.

El juego en los niños de 7 a 11 años implica generalmente estar en exteriores como el parque, y son actividades que no implican constancia ni dedicación, la finalidad es divertirse:

EN: *juegos que comparten en grupo*

AL: *A veces, policías y ladrones, niños contra niñas, EN: ¿Pero juegan en educación física o en el descanso?*

AL: *En horas libres.* (GF\_NNA\_7 a 11\_GUA\_PUBLI).

EN: *que les gusta hacer en el tiempo libre*

AL: *a mí me gusta jugar fútbol, montar cicla.* (GF\_NNA\_7 a 11\_ZIPA\_PUBLI).

Los adolescentes elaboran una distinción entre jugar y hacer deporte, ya que el segundo

requiere de mayor dedicación en tiempo y compromiso individual, además de incluir un razonamiento competitivo que no se limita al sentido de compartir que tiene el juego:

EN: *diferencias entre jugar y hacer deporte.*

AL: *yo estoy en karate, son dos horas, una hora y media es de entrenamiento y media hora de esfuerzo.*

AL: *en el deporte uno es como más competitivo.* (GF\_NNA\_14 a 17\_CHO\_PUBLI).

Sin embargo, hay factores externos a los NNA que influyen en la posibilidad de jugar, de practicar un deporte o de realizar actividades al aire libre, los cuales se resumen en la disponibilidad de espacios y tiempo:

EN: *qué se requiere para practicar un deporte*

AL: *Tiempo.*

EN: *¿Y por qué el tiempo?*

AL: *Porque yo cuido a mis sobrinitos por la tarde.* (GF\_NNA\_14 a 17\_CHO\_PUBLI).

En el caso de los padres de los NNA participantes, expresan que no tienen tiempo para acompañar a sus hijos a realizar actividades fuera de casa, porque trabajan doce horas diarias y seis días a la semana, lo que impide que puedan, por ejemplo, inscribirlos en programas ofertados por el municipio,

EDU: *Sí, en la administración pública existe oferta, pero lo que falta es la coordinación entre ellos y los padres de familia. En una oficina se entra a las ocho y se sale a las cuatro de la tarde y los horarios de las actividades físicas empiezan desde la 1 o 2 de la tarde. Entonces no hay quien los lleve. No hay tiempo. A las instituciones van, hacen pruebas, hacen semilleros, pero ese contacto entre el colegio y estar afuera es lo que a los papás les afana, prefieren ponerlos a ver televisión.* (EN\_EDU\_ZIPA).

El tiempo también impacta las prácticas de los padres, ahora su EV está enmarcado en lo laboral y tienen otras preocupaciones y prioridades:

CUI: *En mi juventud fui muy deportista, pertenecí a la selección de baloncesto del colegio, ya ahorita me he vuelto sedentaria por mi trabajo. Lo que pasa es que aquí la mayoría de las personas trabaja, entonces la gente madruga, 4-5 de la mañana, llega 4-5 de la tarde a su hogar, hasta los sábados. Entonces la gente no tiene tiempo para el deporte. El poco tiempo libre está dedicado a la casa, o a la familia, pero al deporte no.* (EN\_CUI\_FACA).

Ahora bien, los espacios tienen una gran importancia en la realización de actividades. En el caso particular de las niñas, algunos lugares son vistos como espacios de peligro, entendiéndose simbólicamente como espacios de miedo:

EN: *riesgos que identifican las niñas al salir*

AL: *Por la gente mala*

EN: *¿Cual gente mala?*

AL: *que violan a las niñas, a las que se roban para venderlas.*

EN: *Piensan que es peligroso salir*

AL: *Sí.* (GF\_NNA 7 a 11\_FACA\_PUBLI).

Espacios dentro de la escuela no tienen la capacidad para el número de estudiantes inscritos, el uso es repartido y el tiempo reducido

EN: *limitaciones para tener escenarios deportivos o fomentar la actividad física.*

EDU: *el espacio, porque esto es un espacio muy pequeñito el que tiene la institución, no hay sino tres canchas que las ocupan la jornada que esté y como son tres jornadas en ningún momento vamos a encontrar escenarios disponibles.* (EN\_EDU\_FACA\_PUBLI).

En la tercera narrativa aparece como un actor importante la escuela, de tal forma que se denominó “*Las jornadas escolares, la alimentación y la clase de educación física*”, ya que es un espacio en el que los NNA pasan la mayor parte de su tiempo, y por ende se ha convertido dentro de la estrategia de EVS en un lugar central para la promoción de la alimentación y de la actividad física.

En Colombia, desde finales de los noventa, se viene impulsando una estrategia que se llama “escuelas saludables”<sup>21(90)</sup>. Este programa ha generado una transversalización del discurso de los EVS en las aulas. Así, a la escuela van nutricionistas, enfermeras, recreacionistas, con la intención de que los NNA tengan EVS. En relación con este escenario, se encontró que los educadores perciben una falta de coherencia entre la implementación de las estrategias y aspectos organizativos de las instituciones educativas, como la distribución de tiempos en la jornada escolar pues, en Colombia, esta tiene una duración de seis a siete horas, lo que interfiere con el desarrollo de conductas saludables. Por ejemplo, algunos estudiantes deben entrar a su primera clase a las seis de la mañana y a veces no alcanzan a desayunar en sus casas generando la aparición de enfermedades como gastritis y, por ende, más cuidado en los tiempos de comida:

*EDU: Ellos, cuando se enferman, llegan a la coordinación y uno pregunta: ¿hoy desayunó?, ¿qué comió? Entonces dicen: no, es que no alcancé a desayunar. Llamo a la casa, entonces me dicen: no, es que no quiso desayunar, porque se levantó tarde y dejó el desayuno servido. Hay varios que sufren de gastritis diagnosticada, los médicos mandan los informes de que ellos deben estar comiendo cada dos horas y hay que darles permiso. (EN\_EDU\_FACA\_PUBLI).*

Con respecto a la jornada de la tarde, algunos educadores hablan desde su experiencia laboral y muestran cómo se desordena la alimentación:

*EDU: La jornada de la tarde inicia a las 12, entonces, a las 8 debe estar desayunando, a las 10 debe estar tomándose las medias nueves o almorzando y ya después de las 12 hasta que salen a descanso, que ya sería a las 3 de la tarde. No hay almuerzo, entonces en esos lapsos le da a uno mucha ansiedad y ya a las 7 de la noche le da a uno más hambre y como sabe que al otro día no tiene que madrugar entonces hace que uno corra el tiempo.*

*Se desfasa todo, lo de la jornada de la tarde es así, son muy pesadas por esa misma razón. (EN\_EDU\_ZIPA\_PUBLI).*

Con respecto a la clase de educación física se muestra la importancia que le dan los educadores para abordar diferentes aspectos del desarrollo de los NNA, no sólo el físico:

*EDU: Primero la motricidad, segundo la concentración, les falta mucha concentración y hay estudiantes que eso se la pasan moviéndose todo el tiempo y [Sic] ¿hizo preescolar? No, no hice preescolar, entonces la parte de motricidad, las etapas, según su edad han quedado cortas, debido a eso y entonces empiezan: uno que no comprenden lo que leen, dos que no ponen atención a lo que leen y tres que la concentración es muy baja y entonces el rendimiento académico es muy bajo. (EN\_EDU\_ZIPA\_PUBLI).*

Sin embargo, ocurren situaciones en las que los educadores no encuentran herramientas para que sea una clase incluyente y dinámica para las diferentes edades y condiciones, evidenciando retos particulares:

*EDU: Hay un 20-30% de niños que llegan de otras instituciones con costumbres que no son las más adecuadas, por ejemplo, vamos a calentar ¡Hay profe! No. ¿Qué hizo ayer en la casa? Viendo televisión. Hay otros que los pone uno a entrenar y no tienen una condición física adecuada, entonces eso es preocupante porque es un 20-30% de estudiantes que no rinden, ni académicamente ni en educación física. Para los niños con sobrepeso, la forma de su cuerpo, el tamaño, el peso, no les permite desempeñarse igual que los demás, a ellos sí se les dificulta más hacer un salto y con el miedo de que no alcanzan, peligran tropezarse entonces toca mucho más despacio, con mucho más cuidado. (EN\_EDU\_ZIPA\_PUBLI).*

Con respecto a la relación entre salud y enfermedad vinculada a la actividad física y la alimentación se identificaron dos narrativas: “Conviviendo con la enfermedad y Entre lo

*políticamente correcto* y *No somos saludables*”, las cuales presentan tensiones entre el discurso de los EVS, los estilos de vida de las personas y la cotidianidad. En la narrativa “*Conviviendo con la enfermedad*”, se reconoce que la enfermedad es una experiencia colectiva que afecta a quien la padece y a sus familiares, en esta narrativa se presenta el lugar de espectadores y comentaristas de los NNA ante dichos procesos. La mayoría de los NNA y sus cuidadores aceptaron conocer casos de familiares con enfermedades, los síntomas, recomendaciones y de lo que no es bueno para sus familiares,

EN: *Razones para cambiar su alimentación.*

AL: *Por salud, digamos las personas que sufren de azúcar, diabetes, no pueden comerse una hamburguesa, porque no pueden ingresar grasa o azúcar al cuerpo*

EN: *¿Tú tienes algún familiar con diabetes?*

AL: *Tenía, pero ya está muerta.* (GF\_NNA\_14 a 17\_CHO\_PUBLI).

Además de reconocer la enfermedad y los cambios que esta introduce en la vida de las personas, NNA también presencian prácticas de sus familiares que no modifican a pesar de las recomendaciones médicas, lo cual les va generando una cierta frustración e impotencia, pero prefieren guardar silencio:

AL: *Mi abuelita no puede comer manzana roja y come manzana roja porque la verde no le gusta. Me dice que quiere banano, y yo 'sí abuelita', y se come uno y yo le dije 'Abuelita usted sí es terca, usted sabe que no puede comer eso' y el médico también la regañó. También estoy preocupada por mi papá. Él fuma como diez veces al día, también toma mucho, pienso que eso está mal, me siento muy mal, a mí me da miedo. Yo no le digo nada porque que tal me regañen y se ponen bravos.* (GF\_NNA\_7 a 11\_FACA\_PUBLI).

En la narrativa “*Entre lo políticamente correcto* y *No somos saludables*” la noción de salud se desarrolla entre el saber y el hacer de las personas y tiene un vínculo estrecho entre

políticas y prácticas. Aquí se presenta una narrativa en la que los participantes sienten que no encajan en el discurso ‘políticamente correcto’ que es el de los EVS, aunque éste atraviesa sus narraciones debido a las estrategias y actividades institucionales a las que han estado expuestos:

EN: *Qué es una buena alimentación.*

AL: *Que sea a la hora igual.*

AL: *Comer fruta, verdura, proteína, carne, pollo, no tanta harina.* (GF\_NNA\_14 a 17\_CHO\_PUBLI).

EN: *Cómo saben que una persona es saludable.*

AL: *Pues, por la forma de alimentarse y que se cuida.*

EN: *¿Cómo se cuidan?*

AL: *En la alimentación, comiendo todos los días frutas, verduras y haciendo ejercicio; toman agua.* (GF\_NNA\_7 a 11\_CHO\_PUBLI).

EN: *Qué consideran como no saludable.*

CUI: *La bebida, el cigarrillo, no tener una alimentación adecuada.* (EN\_CUI\_CHO).

Sin embargo, las personas, en la práctica y en lo cotidiano, hacen elecciones que conscientemente se distancian de dicho discurso pero, además, utilizan la expresión “*No somos saludables*” que dibuja una frontera entre una propuesta “*ideal*” y las realidades de las personas:

EN: *Sus familias son saludables*

AL: *Mi tía.*

EN: *¿Tienes una tía que crees que es saludable?*

AL: *Pero no, porque casi todos los días almuerza por fuera.*

EN: *¿Y por qué crees que comer por fuera no es saludable?*

AL: *Porque la comida por fuera no es buena.* (GF\_NNA\_7 a 11\_CHO\_PUBLI).

AL: *En mis tiempos libres hago deporte a veces hago cosas que no son saludables como tomar, me gusta mucho tomar.*

EN: *¿Qué le gusta tomar?*

AL: *Cerveza.*

EN: *¿A los demás les gusta también la cerveza?*

AL: *Sí.* (GF\_NNA\_14 a 17\_CHO\_PUBLI).

Los cuidadores también expresaron que no sentían que sus familias fueran saludables por la alimentación que les brindaban o por la ausencia en la práctica de deportes:

EN: *La familia tiene hábitos saludables o no los tiene.*

CUI: *Pues no, prácticamente no, porque cuando hay para comprar lo que uno necesita aquí, cuando no pues...* (EN\_CUI\_CHO).

EN: *En su familia tienen hábitos saludables.*

PF: *Sí. Tratamos de llevar una buena alimentación y a nivel de ejercicio no, por lo menos ahorita no, o sea el papá y yo no.* (EN\_CUI\_FACA).

Ahora bien, no sólo son las prácticas las que hacen sentir a las personas ‘no saludables’ son los lugares donde están:

AL: *Una persona saludable no podría estudiar en este colegio. Tendría que traer las onces. No hay nada para hacer ejercicio, porque el que quiera jugar fútbol, le da pereza ir a jugar allá. El que quiera jugar voleibol, hay muchas piedras. El que quiera jugar baloncesto no hay, porque es que la malla está rota. No hay fruta, o sea, una persona saludable en este colegio no cabe, puede quejarse demasiado, en el colegio no pueden. No cabe acá.* (GF\_NNA\_14 a 17\_GUA\_PRI).

## Discusión

Los EV se materializan en prácticas, actitudes, actividades y valores que individuos y colectivos hacen posible en sus vidas cotidianas, determinados por aspectos estructurales e individuales<sup>22</sup>. En las narrativas se pueden identificar cuatro factores determinantes en la comprensión de los EV relacionados con los

conceptos de salud y enfermedad, los cuales son el tiempo, la infraestructura, las prácticas individuales y colectivas. Estos factores están ligados a la posibilidad de actuar como individuo y a las opciones estructurales que hacen efectivas sus acciones. Las controversias que existen entre las nociones ‘EVS’ y ‘EV’ se encuentran tal como señaló W. Cockerham<sup>23</sup> entre la agencia y la estructura.

Este autor utiliza los términos *life choices* y *life chances* para dar cuenta de la imposibilidad de continuar pensando la relación de los EV con la salud y la enfermedad a partir del paradigma individual, ya que la estructura atraviesa los EV de las personas y que a través de las prácticas diarias tienen un efecto en la salud<sup>23</sup>.

La alimentación y la actividad física son componentes centrales dentro del discurso de los EVS y se ha demostrado que son determinantes en la prevalencia de ECNT, pero también estudios que han sido denominados como contextuales demuestran que el estatus socioeconómico, la distribución inequitativa de los riesgos para la salud, considerando el territorio y las relaciones que en él se construyen, entre otros<sup>24</sup> influyen en la salud.

En el presente estudio se expuso la existencia de unas relaciones de poder y unos roles dentro de la familia, del colegio y de la sociedad que direccionan las elecciones, siendo los NNA los que están más supeditados a las directrices de otros, de tal forma que aprenden a identificar sus opciones y a fundamentar sus preferencias según lo observado y lo que los adultos han dispuesto para ellos<sup>25</sup>.

La experiencia de los participantes muestra que las elecciones individuales también dependen de la infraestructura, lo cual involucra aspectos del urbanismo de las ciudades y de zonas que están entre lo urbano y lo rural<sup>26</sup>, como la ubicación de los hogares, la generación de espacios pensados para el disfrute (y el uso, en general) y la forma de construir las escuelas en las que priman los salones de cemento y escasean los espacios lúdicos-abiertos<sup>27,28</sup>. Otro factor es la distribución del tiempo, el cual se destina mayormente al trabajo y la

implementación de las estrategias institucionales que no estiman estos factores de tipo estructural.

En “lo políticamente correcto”<sup>29(861)</sup>, se muestra que las personas, ante preguntas que tienen que ver con lo saludable, se inscriben en el discurso normativo, saben que existen conductas ‘inadecuadas’ y ‘adecuadas’ para ser saludables. La paradoja que aparece es que las personas están más familiarizadas con las conductas que han sido tachadas como ‘perjudiciales’ e incluso con las enfermedades que provocan. “*No somos saludables*” más que una frase coloquial es una declaración de inaccesibilidad a la propuesta elevada por los ‘EVS’.

Los EV tienen una relación profunda con salud y enfermedad, pero no se pueden reducir únicamente a los riesgos, no se trata de conductas buenas o malas en las que el individuo tiene control absoluto, sino de cómo puede una persona orientar sus prácticas teniendo en cuenta la clase social, edad, género, etnia, colectivos y condiciones de vida específicas<sup>23</sup>. En este sentido es importante no sólo repensar la noción ‘EVS’ sino la formulación de políticas públicas que pretenden incidir en las prácticas de las personas. También hay que revisar la comunicación de las instituciones<sup>1</sup>, ya que están transmitiendo a las comunidades “una comunicación sobre la enfermedad, más que una comunicación para la salud”<sup>30(72)</sup>. Tanto en la formulación como en la comunicación de la política pública confluyen todas las problemáticas estructurales anteriormente expuestas.

## Conclusiones

El discurso de los ‘EVS’ ha encontrado un lugar en las conciencias de las personas, pero se ha convertido en algo distante, porque no dialoga con las realidades de muchos, como fue presentado en las narrativas. Por otro lado, los ‘EV’ comprendidos integralmente, permiten visibilizar factores desde, los que se puede intervenir como son los espacios, la distribución del tiempo, los roles y la

participación colectiva, de tal forma que las elecciones de las personas tengan un abanico de opciones más amplio y variado que el que se ofrece actualmente.

Los NNA son una población cuyo criterio se ha ido formando en conjunto con las experiencias vividas, tanto en los entornos escolares como familiares; dependiendo de la edad pueden realizar análisis sobre sus propias realidades y las de sus seres queridos, que son importantes para comprender sus elecciones. Las narrativas constituyen una aproximación a la forma de comprender la alimentación, la actividad física y los procesos salud-enfermedad, presentando la voz de adolescentes que, por ejemplo, identifican cómo funciona la oferta y la demanda y su lugar en dicho mercado como consumidores, así como también niños y niñas que elaboran una crítica frente a lo que se les ofrece y sin problemas remarcan sus preferencias resaltando aspectos estéticos de los alimentos y evocando sabores/preparaciones que asocian a sus abuelas o días de fin de semana con sus padres. No se identificaron diferencias marcadas entre los NNA que asisten a escuelas públicas y privadas de los estratos 1, 2, 3. Se deja abierta la pregunta sobre dichos aspectos para comparar con escuelas de otros municipios o ciudades que tengan mayor población y territorio.

Otras experiencias que enriquecen dichas narrativas son las de los educadores que permiten aproximarse a la realidad de los estudiantes y presentan las dificultades de implementar integralmente las políticas o estrategias en contextos en los que las necesidades básicas están insatisfechas.

Por lo anterior, se puede concluir que para generar un impacto en los EV de las personas y que esto repercuta en su salud, debe producirse una participación interinstitucional y comunitaria, en la que la voz de las personas sea escuchada y sus condiciones estructurales sean tenidas en cuenta, ya que la relación de los EV con los procesos de salud-enfermedad no se resume en causa/efecto y no se limita a un patrón de conductas, sino que está atravesada por aspectos culturales, sociales y políticos vividos por las personas de maneras subjetivas

y, en estos procesos, el sujeto puede llegar a tener mayores o menores posibilidades de actuar en beneficio de sí mismo.

Se sugiere acompañar a la comunidad en la construcción de prácticas en las que los EV se entiendan como una dimensión social abierta y no como un asunto binario entre ser o no saludable, de tal forma que las personas puedan agenciar individual y colectivamente su bienestar a través de un proceso en el cual se perciban cada vez más saludables.

Por último, es importante continuar con las investigaciones que apunten a identificar, desde la cotidianidad de las personas, los entramados en los que ocurren los procesos de salud y enfermedad, cómo se validan o invalidan grandes discursos en este ámbito y, sobre todo, cómo resuelven las personas, en conjunto con la institucionalidad, las controversias entre discurso y práctica, abriendo espacios a la creatividad y a la acción. Estas preguntas pretenden dejar abierto el camino para profundizar, en la práctica, cómo se hacen efectivos los discursos, a quiénes se orientan y quiénes quedan por fuera de los mismos, lo que permitirá, por un lado, validar tanto la efectividad de las políticas públicas como su fundamento.

## Agradecimientos

Las autoras agradecen a los municipios y a la comunidad educativa por haber permitido la realización de la investigación y a los profesionales que recolectaron la información. Este artículo de investigación es producto del estudio titulado 'Factores determinantes asociados a síndrome metabólico en población escolarizada de algunos municipios del Departamento de Cundinamarca', realizado en el año 2018. Perteneciente al Grupo de Investigación de Nutrición y financiado por el Instituto Nacional de Salud de Colombia, código del proyecto otorgado por el Comité de Ética CMIN 15-20.

## Colaboradoras

Torres AYF (0000-0002-2322-4301)\* contribuyó en la escritura, revisión del artículo y aprobación para publicación. Galvis ERR (0000-0001-8472-015X)\* contribuyó con el análisis de los datos, escritura y revisión del artículo. ■

---

## Referências

1. Rojas-Rajs S, Jarillo E. Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva. *Interface (Botucatu)*. 2013 [acceso en 2021 ago 3]; 17(46):587-599. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/icse/a/H83c8bQ-bRF6b3BYpGcxYgFJ/abstract/?lang=es>.
2. Moreno Y. Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana. [tese]. Valencia: Facultad de Psicología, Universitat de Valencia; 2004. [acceso en 2021 ago 3]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/15448>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. García-Laguna D, García-Salamanca G, Tapiero-Paipa Y, et al. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Promoción Salud*. 2012 [acceso en 2021 ago 3]; 17(2):169-185. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>.
4. Calpa A, Santacruz G, Álvarez M, et al. Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Promoción de la Salud*. 2019 [acceso en 2021 ago 3]; 24(2):139-155. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24\(2\)\\_11.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista24(2)_11.pdf).
5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia de entorno educativo saludable. 2018. [acceso en 2020 jun 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-educativo-2019.pdf>.
6. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. [acceso en 2020 jun 10]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42755/WHO\\_TRS\\_916\\_spa.pdf;jsessionid=ACCB2DE16C1E2FD061AD97B3508D788D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42755/WHO_TRS_916_spa.pdf;jsessionid=ACCB2DE16C1E2FD061AD97B3508D788D?sequence=1).
7. Lobelo F, Pate R, Parra D, et al. Carga de mortalidad asociada a la inactividad física en Bogotá. *Rev. salud pública*. 2006 [acceso en 2021 ago 3]; 8(2):28-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8s2/v8s2a03.pdf>.
8. Ashner P. Epidemiología de la diabetes en Colombia. *Av Diabetol*. 2010 [acceso en 2021 ago 3]; 26(2):95-100. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-pdf-S1134323010620054>.
9. Eyzaguirre F, Silva R, Román R, et al. Prevalencia del síndrome metabólico en niños y adolescentes que consultan por obesidad. *Rev Med Chile*. 2011 [acceso en 2021 ago 3]; 4(1):732-738. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n6/art06.pdf>.
10. Pierlot R, Cuevas-Romero E, Rodríguez-Antolin J, et al. Prevalencia de síndrome metabólico en niños y adolescentes de América. *Rev. Espec. Cienc. Quím. Biol*. 2017 [acceso en 2021 ago 3]; 20(1):40-49. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/tip/v20n1/1405-888X-tip-20-01-00040.pdf>.
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Día mundial de la hipertensión arterial Colombia. [acceso en 2021 mayo 17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>.
12. Marx K. *El capital*. Tomo I México: Siglo XXI Editores; 2008.
13. Webber M. *Economía y sociedad México: Fondo de Cultura Económica*; 1922.
14. Bourdieu P. *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto* Madrid: Taurus; 1979.
15. Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. 1998 [acceso en 2021 ago 3]; 16(46):37-67. Disponible en: [http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=741-estilos-de-vida-riesgos-y-construccion-social-conceptos-similares-y-significados-diferentes&category\\_slug=antropologia&Itemid=100225](http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=741-estilos-de-vida-riesgos-y-construccion-social-conceptos-similares-y-significados-diferentes&category_slug=antropologia&Itemid=100225).
16. Coffey A, Atkinson P. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
17. Aguirre P. Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *Salud Colectiva*. 2016 [acceso en 2021 ago 3]; 12(4):463-472. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2016.v12n4/463-472>.
18. Hormiga C, Alzate M, Cortés-García C. Significados de la actividad física en la cotidianidad. Los lugares de la belleza y el placer en una práctica de salud. *Rev. Cien. Salud*. 2019 [acceso en 2021 ago 3]; 17(esp):12-31. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/8110/7311>.
19. Carrasco N. *Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los*

- problemas alimentarios contemporáneos. *Estudios Sociales*. 2006 [acceso en 2021 ago 3]; 16(30):81-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/est-soc/v15n30/v15n30a3.pdf>.
20. Busdiecker S, Castillo C, Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev. chil. pediatr.* 2000 [acceso en 2021 ago 3]; 71(1). Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062000000100003](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000100003).
  21. Colombia. Ministerio de la Protección Social; Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables. 2016. [acceso en 2020 nov 4]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamientos-nacionales-para-la-aplicacion-y-el-desarrollo-de-las-ees.pdf>.
  22. Clua R, Dumont G. Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Revista de Ciencias Sociales*. 2015 [acceso en 2021 ago 3]; (66):83-99. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/dumont1.pdf>.
  23. Cockerham W. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *J. Health Soc. Behav.* 2005 [acceso en 2021 ago 3]; 46(1):51-67. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002214650504600105>.
  24. Álvarez L. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2012 [acceso en 2021 ago 3]; 30(1):95-101. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>.
  25. Restrepo S, Maya M. La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de antropología Universidad de Antioquia*. 2005 [acceso en 2021 ago 3]; 19(36):127-148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55703606>.
  26. Contreras-Lovich H. La representación social del espacio público para el diseño y la gestión de territorios sostenibles. Una propuesta teórica-práctica y metodológica para un urbanismo participativo. *Revista de Arquitectura*. 2016 [acceso en 2021 ago 3]; 18(1):18-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1251/125146891003.pdf>.
  27. Herreros A. Patios de recreo: algo más que cemento y alquitrán. *Revista padres y maestros*. 1997 [acceso en 2021 ago 3]; (228):16-18. Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresmaestros/article/view/3144>.
  28. Ballesteros M, Freidin B. Desigualdades sociales en la realización de distintas modalidades de actividad física en Argentina. *Educación física y ciencia*. 2019 [acceso en 2021 ago 3]; 21(1). Disponible en: <https://doi.org/10.24215/23142561e067>.
  29. Fuentes C. Ideología e imagen: la ocultación en la prensa de la violencia social o lo políticamente correcto. *Discurso y sociedad*. 2010 [acceso en 2021 ago 3]; 4(1):853-892. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/32996/DS4%284%29Fuentes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  30. Gumucio-Dagron A. Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*. 2010 [acceso en 2021 ago 3]; 16(31):67-93. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31613952003>.

---

Recibido en 06/11/2020  
 Aprobado en 13/07/2021  
 Conflicto de intereses: inexistente  
 Apoyo financiero: no hubo

# Qualificação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: análise segundo os ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

*Qualification of Family Health Care Expanded Support Centers: analysis according to the Program for Improving Access and Quality of Primary Care cycles*

Erildo Vicente Muller<sup>1</sup>, José Lucas Meira Stler<sup>1</sup>, Manoelito Ferreira Silva Junior<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113007

**RESUMO** O objetivo do estudo foi analisar os indicadores relacionados à gestão e ao processo de trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família, nas perspectivas da equipe de Atenção Básica e do próprio Núcleo Ampliado de Saúde da Família no Brasil. Trata-se de estudo transversal com análise de série histórica, com dados secundários da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Os dados foram obtidos dos módulos II e IV do 2º e do 3º ciclos. Foram realizados teste qui-quadrado e Mann-Witney ( $p < 0,05$ ). As notas atribuídas pelas equipes de Atenção Básica aos Núcleos foram acima de 7 e aumentaram 1 ponto no 3º ciclo, constatando-se melhora em quase todos os itens do 2º para o 3º ciclo, referente aos encontros com a gestão municipal e ao processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família no planejamento das ações e da periodicidade. Conclui-se que houve melhora na maioria dos indicadores relacionados à gestão e ao processo de trabalho, nas perspectivas da equipe de Atenção Básica e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Avaliação em saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde. Melhoria de qualidade.

**ABSTRACT** *The aim of the study was to analyze the indicators related to the management and working process of the Family Health Care Expanded Support Centers according to the Primary Health Care and the Centers teams perspectives in Brazil. This is a cross-sectional study with historical series analysis, using secondary data from the External Evaluation of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. The data were obtained from modules II and module IV from the 2nd and 3rd cycles. Chi-square and the Mann-Witney test ( $p < 0.05$ ) were performed. The grades given by the Primary Health Care teams to the Centers were above 7 and increased 1 point in the 3rd cycle, beside, there was an upgrade in almost all items from the 2nd to the 3rd cycles, concerning to the meetings with the municipal management and the working process of the Primary Health Care and Centers teams in the planning of actions and its frequency. We came to the conclusion that there was an increase in most indicators related to management and working process from the perspective of Primary Health Care team and Family Health Care Expanded Support Centers in Brazil.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil. [manoelito\\_fsjunior@hotmail.com](mailto:manoelito_fsjunior@hotmail.com)

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Unified Health System. Health evaluation. Health evaluation, access and evaluation. Quality improvement.*



## Introdução

Buscando a implantação de um estado de bem-estar social, a Constituição Federal de 1988 foi promulgada e transformou a saúde em direito de cidadania, criando um sistema público, universal e descentralizado de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>. Os princípios do SUS são equidade, integralidade e universalidade<sup>2</sup>, e, desde a década de 1990, diversas ações e serviços vêm sendo implementados para a conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de saúde<sup>3-6</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), precisa ser capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde<sup>7</sup>, guiar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para as principais necessidades de saúde da população e colaborar para a mudança do modelo assistencial vigente<sup>8</sup>. Sendo assim, ao longo do tempo, houve uma construção histórica de programas e políticas com a finalidade de fortalecer a APS e ter, neste nível de atenção, a porta de entrada principal do sistema e a coordenação do cuidado em saúde na perspectiva da configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS)<sup>5,9,10</sup>.

Em 1991, houve a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), e, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), que mais tarde tornou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006<sup>11</sup>, política atualizada em 2011 e em 2017<sup>12</sup>. O Ministério da Saúde (MS), a partir de experiências municipais e de debates nacionais, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, e, com a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefiniu os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2, além de criar a modalidade 3<sup>13</sup>. Sendo assim, cada Nasf tipo 1 deve estar vinculado de cinco a nove Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas (equipe consultório na rua, equipes ribeirinha e fluvial); o Nasf tipo 2, a três ou quatro; e o Nasf tipo 3, de uma a duas eSF<sup>13-15</sup>.

O processo de trabalho do Nasf baseia-se no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, inicialmente limitado à ESF, e se materializa no compartilhamento de problemas e na troca de saberes e práticas entre os profissionais, assim como na articulação pactuada de intervenções, levando em consideração a clareza das responsabilizações comuns e específicas da equipe de APS<sup>13,16</sup>. Em 2017, a atualização da PNAB possibilitou o trabalho do Nasf em conjunto com Unidades Básicas de Saúde (UBS), em modelo tradicional, tendo ele recebido o nome de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (mantendo a sigla Nasf)<sup>17</sup>. A flexibilização do processo de trabalho da nova PNAB pode impactar negativamente no seu formato de funcionamento, pela maior dificuldade de operar na lógica do apoio matricial<sup>12</sup>.

A melhoria do serviço de saúde ofertado necessita da efetivação e do incentivo de ações e políticas que incluam construção, ampliação e reforma das UBS, garantia da presença de mais profissionais nas equipes, incentivo a boas práticas nos processos de trabalho, continuidade informacional e institucionalização da avaliação contínua para a melhoria da qualidade<sup>18</sup>. Neste sentido, segundo os princípios de Donabedian<sup>19</sup>, o uso de indicadores relevantes de qualidade e a compreensão da combinação dos resultados podem identificar cuidados abaixo do padrão e ser um sinal de alerta para a necessidade de mais investigações.

Reconhecendo a necessidade de institucionalização da avaliação em saúde, o MS, com a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, estabeleceu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que busca garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, além de fortalecer a APS, inclusive com incentivo financeiro por desempenho. Em 01 de outubro de 2015, a Portaria nº 1.645 revogou a Portaria nº 1.654, com novas informações sobre o Programa<sup>9,20,21</sup>. No 1º ciclo do PMAQ-AB, foram avaliados apenas dois itens relacionados ao Nasf. No 2º ciclo, pela primeira vez, houve um módulo específico do Nasf, além do bloco

de itens sobre o apoio deste, dentro do módulo da eAB, que foram mantidos no 3º ciclo<sup>22-24</sup>.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar os indicadores relacionados à gestão e ao processo de trabalho dos Nasf nas perspectivas da eAB e do próprio Nasf no Brasil.

## Material e métodos

### Desenho do estudo e aspectos éticos

O estudo transversal com análise da série histórica foi realizado com dados secundários dos módulos II e IV do 2º (2013-2014) e do 3º (2015-2018) ciclos do instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB.

Todos os ciclos do PMAQ-AB foram coordenados de forma tripartite, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), tendo a colaboração de Instituições de Ensino Superior (IES) como centros coordenadores para a Avaliação Externa<sup>22,23</sup>. Os dados eram de domínio público e foram disponibilizados pelo MS.

### Universo do estudo e amostra

O universo amostral foram as eAB (módulo II) e os Nasf (módulo IV) da APS que aderiram e receberam Avaliação Externa do 2º ciclo (2013-2014) ou 3º ciclo (2015-2018) do PMAQ-AB, sendo esta adesão voluntária e não obrigatória.

A totalidade das eAB e das equipes Nasf foi elegível, independentemente da categoria profissional do respondente do módulo II do 2º ou 3º ciclo (enfermeiro, médico ou outro profissional de nível superior da eAB), ou do módulo IV do 3º ciclo (assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, médico clínico, médico do trabalho, médico geriatra, médico

ginecologista e obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, médico veterinário, nutricionista, psicólogo, professor de educação física na saúde, terapeuta ocupacional, sanitarista ou educador social). O módulo IV do 2º ciclo não tinha variável que demonstrasse qual profissional do Nasf teria respondido o questionário.

### Coleta de dados

A Avaliação Externa do PMAQ-AB foi realizada por ciclos, de forma multicêntrica, sob a responsabilidade de IES dos estados brasileiros, divididas por regiões de responsabilidade, tendo treinado e coordenado equipes de entrevistadores independentes, selecionados previamente. Os entrevistadores, *in loco*, coletavam os dados junto aos profissionais das equipes, utilizando formulários validados, registrados em *tablets*, e analisavam os documentos comprobatórios, quando necessário. Os profissionais participantes eram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O 2º ciclo teve a participação de 30.523 eAB (85,4% das eAB cadastradas no Brasil); já o 3º ciclo contou com 38.865 eAB (93,9% das eAB cadastradas no Brasil). Em relação ao Nasf, no 2º ciclo houve um total de 1.813 Núcleos (78,5% dos Nasf cadastrados no Brasil), e no 3º ciclo, um total de 4.110 Núcleos (91,2% dos Nasf cadastrados no Brasil).

### Variáveis

Para o presente estudo foram inicialmente consideradas todas as questões relacionadas ao Nasf, direcionadas tanto às eAB quanto ao próprio Nasf. Após essa seleção, foram mantidas na análise apenas as perguntas que poderiam ser comparadas entre os ciclos, considerando o seu conteúdo ou o formato de resposta. Ajustes foram necessários para que houvesse comparabilidade, como se pode ver no *quadro 1*.

Quadro 1. Variáveis, códigos das questões e categorias de resposta do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e categorias do estudo, por eixo, entre o 2º e o 3º ciclo do Programa. Brasil, 2013-2018

Ciclo	Código da questão	Categoria de resposta do PMAQ-AB	Categorias do estudo
<b>EIXO 1: Gestão</b>			
A gestão municipal debateu com a eAB sobre quem deve compor o Nasf			
2º ciclo	II.33.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (3); 'Não se aplica' (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.33.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe (999); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Existe responsável pelo Nasf no âmbito da gestão do município			
2º ciclo	IV.5.1	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	IV.3.1	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	
Frequência de encontro entre o Nasf e a coordenação			
2º ciclo	IV.5.3	Semanalmente (1); Quinzenalmente (2); Mensalmente (3); Sem periodicidade definida (4); Não acontecem (5); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1, 2 e 3) ou Não (4 e 5)
3º ciclo	IV.3.2	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
<b>EIXO 2: Processo de trabalho do Nasf na perspectiva da eAB</b>			
A eAB recebe apoio matricial em casos complexos			
2º ciclo	II.9.4	Sim (1); Não (2); Não sabe; Não respondeu (999); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.3.1	Sim (1); Não (2); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Os profissionais do Nasf realizam o apoio matricial			
2º ciclo	II.9.5.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.3.2.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
A eAB solicita o apoio do Nasf com encaminhamentos por escrito			
2º ciclo	II.33.15.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.1.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
A eAB solicita o apoio do Nasf com discussão de caso			
2º ciclo	II.33.15.2	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.1.2	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
A eAB solicita o apoio do Nasf com consultas compartilhadas			
2º ciclo	II.33.15.3	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.1.3	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
A eAB realiza agendamento de consulta diretamente na agenda do profissional do Nasf			
2º ciclo	II.33.15.4	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.1.4	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
O cronograma do Nasf é realizado com sua eAB			
2º ciclo	II.33.5	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe; não respondeu (999); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.4	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	

Quadro 1. (cont.)

<b>Ciclo</b>	<b>Código da questão</b>	<b>Categoria de resposta do PMAQ-AB</b>	<b>Categorias do estudo</b>
Você conhece o cronograma de atividades do Nasf com sua eAB			
2º ciclo	II.33.11	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.5	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Todos os profissionais do Nasf têm garantido atividades periódicas com a eAB			
2º ciclo	II.33.12	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe; não respondeu (999); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.6	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe; não respondeu (999); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
A eAB e o Nasf têm critérios para atendimentos pelo Nasf e encaminhamentos para outros pontos de atenção			
2º ciclo	II.33.14	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe; não respondeu (999); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.7	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe; não respondeu (999); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Existem critérios entre sua equipe e o Nasf para acionar o apoio em situações imprevistas (fora do cronograma ou urgência)			
2º ciclo	II.33.16	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe; não respondeu (999); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.8	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Não sabe; não respondeu (999); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Nas situações imprevistas, sua equipe consegue o apoio do Nasf			
2º ciclo	II.33.16.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.34.9	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Acontecem consultas compartilhadas entre a eAB e o Nasf			
2º ciclo	II.33.17.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.35.1.4	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
Acontece discussão de casos entre a eAB e o Nasf			
2º ciclo	II.33.17.7	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.35.1.1	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Acontece gestão de encaminhamentos e; ou de listas de espera para especialistas entre a eAB e o Nasf			
2º ciclo	II.33.17.8	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.35.1.14	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Acontece organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do Nasf			
2º ciclo	II.33.17.9	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.35.1.2	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Acontece discussão de temas; ações de educação permanente entre a eAB e o Nasf			
2º ciclo	II.33.17.10	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.35.1.9	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	

Quadro 1. (cont.)

Ciclo	Código da questão	Categoria de resposta do PMAQ-AB	Categorias do estudo
Acontece definição de critérios de acesso, priorização de casos e atribuições de cada profissional entre a eAB e o Nasf			
2º ciclo	II.33.17.11	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.35.1.15	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Acontecem monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada entre a eAB e o Nasf			
2º ciclo	II.33.17.12	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sim (1) ou Não (2)
3º ciclo	II.35.1.18	Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Em média, o Nasf atende a uma solicitação da eAB em quantos dias			
2º ciclo	II.33.9	De 1 a 30 dias: numérica de 1 a 30; Acima de 30 dias: 31; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Até 1 dia (1); De 2 a 7 dias (2); De 8 a 15 dias (3); De 16 a 30 dias (4); Acima de 30 dias (5)
3º ciclo	II.34.2	Até 1 dia (1); De 2 a 7 dias (2); De 8 a 15 dias (3); De 16 a 30 dias (4); Acima de 30 dias (5); Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
O Nasf atende às solicitações de apoio em tempo adequado			
2º ciclo	II.33.10	Sempre (1); Na maioria das vezes (2); Às vezes (3); Raramente (4); Nunca (5); Não Se Aplica (998); Dado perdido (9.997)	Sempre (1); Na maioria das vezes (2); Às vezes (3); Raramente (4); Nunca (5)
3º ciclo	II.34.3	Sempre (1); Na maioria das vezes (2); Às vezes (3); Raramente (4); Nunca (5). Não Se Aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Qual a periodicidade dos encontros dos profissionais do Nasf com a eAB			
2º ciclo	II.33.13.1 a II.33.13.5	Semanal (II.33.13.1); Quinzenal (II.33.13.2); Mensal (II.33.13.3); Sem periodicidade definida (II.33.13.4) Sim (1); Não (2); Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Semanal (1); Quinzenal (2); Mensal (3); Sem periodicidade definida (5); No caso de mais de uma opção, foi considerada a maior frequência
3º ciclo	II.35.2	Semanal (1); Quinzenal (2); Mensal (3); Acima de 30 de dias (4); Sem periodicidade definida (5); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	Semanal (1); Quinzenal (2); Mensal (3); Acima de 30 de dias (4); Sem periodicidade definida (5)
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf para resolver as necessidades dos usuários			
2º ciclo	II.33.20.1	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.2.1	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf para a redução de encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada			
2º ciclo	II.33.20.2	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.2.2	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	

Quadro 1. (cont.)

Ciclo	Código da questão	Categoria de resposta do PMAQ-AB	Categorias do estudo
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na qualificação dos encaminhamentos			
2º ciclo	II.33.20.3	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.2.4	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf para lidar com problemas com os quais tinha dificuldade			
2º ciclo	II.33.20.4	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.2.5	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na melhoria dos indicadores de saúde da população do território			
2º ciclo	II.33.20.5	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.2.8	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados			
2º ciclo	II.33.20.6	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.2.6	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na ampliação das ações ofertadas na Unidade Básica de Saúde e do acesso da população			
2º ciclo	II.33.20.7	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.2.9 e II.36.2.10	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
Avaliação do apoio que sua eAB recebe do Nasf			
2º ciclo	II.33.21	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); Dado perdido (9.997)	Numérica de 0 a 10
3º ciclo	II.36.3	0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Não se aplica (998); 'Equipe excluída' (7); Dado perdido (9.997)	
<b>EIXO 3: Processo de trabalho na perspectiva do próprio Nasf</b>			
O Nasf identifica as principais demandas de apoio às eAB			
2º ciclo	IV.10.1	Sim (1); Algumas vezes (2); Não (3); Dado perdido (9.997)	Sim (1 ou 2); Não (3)
3º ciclo	IV.5.2	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)
As ações do Nasf são articuladas ao planejamento das eAB			
2º ciclo	IV.7.7	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997). Está incluso em 'Não' o cálculo de 68 equipes que responderam 'não' à pergunta IV.7.5, sobre 'não realizarem planejamento', isto significando 'não' em tal pergunta	Sim (1); Não (2)
3º ciclo	IV.7.2	Sempre (1); Na maioria das vezes (2); Algumas vezes (3); Nunca (4); Dado perdido (9.997)	Sim (1, 2 ou 3); Não (4)
O Nasf monitora os indicadores referentes ao seu processo de trabalho			
2º ciclo	IV.7.9	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)
3º ciclo	IV.7.4		

Quadro 1. (cont.)

Ciclo	Código da questão	Categoria de resposta do PMAQ-AB	Categorias do estudo
O Nasf realizou algum processo de autoavaliação nos últimos 12 meses			
2º ciclo	IV.7.10	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)
3º ciclo	IV.7.5		
O Nasf realiza consultas compartilhadas com a eAB			
2º ciclo	IV.8.4.2	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)
3º ciclo	IV.7.7.1		
O Nasf realiza grupos terapêuticos			
2º ciclo	IV.8.4.4	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)
3º ciclo	IV.7.7.2		
O Nasf realiza atividades de educação em saúde			
2º ciclo	IV.8.4.5	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)
3º ciclo	IV.7.7.4		
O Nasf registra suas ações em prontuários comuns às eAB			
2º ciclo	IV.11.1	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)
3º ciclo	IV.7.10		
É oferecida educação permanente para os profissionais do Nasf			
2º ciclo	IV.6.4	Sim, para todos os profissionais (1); Sim, para alguns profissionais (2); Não (3); Dado perdido (9.997)	Sim (1 ou 2); Não (3)
3º ciclo	IV.4.1	Sim (1); Não (2); Dado perdido (9.997)	Sim (1); Não (2)

Fonte: Elaboração própria.

eAB: equipe de Atenção Básica. Nasf: Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

As variáveis dependentes investigadas foram agrupadas em três blocos: Gestão; Processo de trabalho do Nasf na perspectiva da eAB; e Processo de trabalho na perspectiva do próprio Nasf.

A variável independente foi o ciclo do PMAQ-AB: 2º (2013-2014) ou 3º (2015-2018) ciclo.

### Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 e apresentados em frequências absolutas (n) e relativas (%). A presença de dados faltantes no banco de dados não excluiu as eAB ou as equipes Nasf da análise global, mas houve exclusão por variável avaliada. Sendo assim, nenhuma variável teve o número total de equipes avaliadas por módulo e por ciclo.

As associações das variáveis estudadas (desfechos) e da variável independente (ciclos) foram realizadas através do teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). Entre as variáveis cujas opções de resposta eram 'Sim' ou 'Não', apesar de as tabelas apresentarem apenas a categoria 'Sim', a categoria 'Não' também foi considerada na análise. Para as avaliações referentes às notas atribuídas pelas eAB houve o uso do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, mostrando distribuição não normal ( $p < 0,001$ ), e, por isso, houve a comparação pelo teste de Mann-Witney, com nível de significância de 5%.

### Resultados

Entre as eAB avaliadas, foi analisado um total de 29.649 (97,1% das eAB avaliadas) no 2º ciclo

e um total de 37.350 (96,1% das eAB avaliadas) no 3º ciclo. Em relação aos Nasf, houve a participação de 1.774 (97,8% dos Nasf avaliados) no 2º ciclo e de 4.031 (98,1% dos Nasf avaliados) no 3º ciclo do PMAQ-AB.

Em relação às atividades de gestão, percebeu-se que houve uma melhor proporção em relação ao 'debate entre a gestão e as eAB sobre os profissionais que devem compor o

Nasf' entre o 2º (61,5%) e o 3º ciclo (68,6%) ( $p < 0,001$ ). A 'presença de responsável pelo Nasf na gestão municipal' foi de 93,2% no último ciclo, sem haver diferença significativa em relação ao ciclo anterior ( $p = 0,415$ ). Além disso, houve uma melhora na proporção de 'Nasf que têm encontros com a coordenação do município' (82,2% para 94,8%) ( $p < 0,001$ ) (tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre o 2º e o 3º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para as variáveis de gestão. Brasil, 2013-2018

Variáveis	2º Ciclo (2013-2014)		3º Ciclo (2015-2018)		p-valor
	n	% <sup>1</sup>	n	% <sup>1</sup>	
A gestão municipal debateu com a eAB <sup>2</sup> sobre quem deve compor o Nasf <sup>3</sup> (N=40.500) <sup>4</sup>					
Sim	9.698	61,5	16.985	68,6	<0,001
Existe responsável pelo Nasf <sup>3</sup> no âmbito da gestão do município (N=5.805) <sup>5</sup>					
Sim	1.642	92,6	3.755	93,2	0,415
Frequência de encontros entre o Nasf <sup>3</sup> e a coordenação (N=5.397) <sup>6</sup>					
Sim	1.349	82,2	3.560	94,8	<0,001

Fonte: Elaboração própria.

<sup>1</sup>Percentual (arredondamento com uma casa decimal após a vírgula): referente ao total de equipes de cada ciclo.

<sup>2</sup>eAB: Equipes de Atenção Básica.

<sup>3</sup>Nasf: Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

Cada variável vem com o 'N' visível da soma das equipes do 2º e do 3º ciclos que a responderam:

<sup>4</sup>Variável respondida pelo profissional das eAB que recebe apoio do Nasf;

<sup>5</sup>Variável respondida pelo profissional do Nasf; e

<sup>6</sup>Variável respondida pelo profissional do Nasf que reportou 'Sim' na questão anterior.

Destaca-se que no 3º ciclo houve maior proporção de 'eAB atendidas em casos complexos por apoio matricial', com 97,9%, dos quais 74,5% são 'realizados pelo Nasf'. Em relação ao processo de trabalho do Nasf na perspectiva da eAB, houve melhora em quase todos os itens. Destes, os mais realizados são: 'discussão de casos' (93,4%) e 'acontece organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do Nasf' (89,7%) ( $p < 0,001$ ). E os menos realizados são: 'a eAB realiza agendamento de consulta diretamente na agenda do profissional do Nasf' (72,9%) e 'gestão de encaminhamentos e/ou de

listas de espera para especialistas entre a eAB e o Nasf' (67,7%) ( $p < 0,001$ ). Houve redução apenas em três itens, sendo dois dicotômicos: 'o cronograma de ações do Nasf é realizado com sua eAB' (85% para 80,9%) e 'nas situações imprevistas, sua eAB consegue apoio do Nasf' (99% para 96,7%) ( $p < 0,001$ ) (tabela 2).

Em ambos os ciclos, o 'tempo médio de atendimento da solicitação da eAB pelo Nasf' é de 'dois a sete dias' (53,2% e 59,4%), com aumento de proporção também em 'um dia' (10,1% para 12,1%) ( $p < 0,001$ ). E a maioria das eAB afirmou 'sempre' ser 'atendida pelo Nasf em tempo adequado', com aumento de 43,2%

para 52% ( $p < 0,001$ ). Em relação à 'periodicidade dos encontros entre os profissionais do Nasf com a eAB', houve redução da proporção das eAB que afirmaram ser 'semanal' (38,9%

para 32,5%) e aumento para periodicidade 'mensal' (24,5% para 34,9%) entre o 2º e o 3º ciclo ( $p < 0,001$ ) (tabela 2).

Tabela 2. Comparação entre o 2º e o 3º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para as variáveis de processo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) na perspectiva da equipe de Atenção Básica (eAB). Brasil, 2013-2018

Variáveis	2º Ciclo (2013-2014)		3º Ciclo (2015-2018)		p-valor
	n	% <sup>1</sup>	n	% <sup>1</sup>	
A eAB <sup>2</sup> recebe apoio matricial em casos complexos (N=66.999) <sup>4</sup>					
Sim	27.463	92,6	36.547	97,9	<0,001
Os profissionais do Nasf <sup>3</sup> realizam o apoio matricial (N=64.010) <sup>5</sup>					
Sim	17.157	62,5	27.213	74,5	<0,001
A eAB solicita o apoio do Nasf com encaminhamentos por escrito (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	10.565	61,6	20.992	77,1	<0,001
A eAB solicita o apoio do Nasf com discussão de caso (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	11.680	68,1	22.505	82,7	<0,001
A eAB solicita o apoio do Nasf com consultas compartilhadas (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	7.759	45,2	20.477	75,2	<0,001
A eAB realiza agendamento de consulta diretamente na agenda do profissional do Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	9.510	55,4	19.849	72,9	<0,001
O cronograma de ações do Nasf é realizado com sua eAB (N=43.356) <sup>7</sup>					
Sim	13.727	85	22.017	80,9	<0,001
Você conhece o cronograma de atividades do Nasf com sua eAB (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	14.256	83,1	24.336	89,4	<0,001
Todos os profissionais do Nasf têm garantido atividades periódicas com a eAB (N=43.902) <sup>7</sup>					
Sim	13.062	77,2	23.577	87,4	<0,001
A eAB e o Nasf têm critérios para atendimentos pelo Nasf e encaminhamentos para outros pontos de atenção (N=43.586) <sup>7</sup>					
Sim	12.955	77,4	24.122	89,8	<0,001
Existem critérios entre a eAB e o Nasf para acionar o apoio em situações imprevistas (fora do cronograma ou urgência) (N=43.517) <sup>7</sup>					
Sim	12.031	72	23.917	89,2	<0,001
Nas situações imprevistas, sua eAB consegue apoio do Nasf (N=39.244) <sup>7</sup>					
Sim	11.912	99	26.305	96,7	<0,001
Acontecem consultas compartilhadas entre a eAB e o Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	10.821	63,1	23.923	87,9	<0,001
Acontece discussão de casos entre a eAB e o Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	11.867	69,2	25.429	93,4	<0,001
Acontece gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas entre a eAB e o Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	9.376	54,6	18.415	67,7	<0,001

Tabela 2. (cont.)

Variáveis	2º Ciclo (2013-2014)		3º Ciclo (2015-2018)		p-valor
	n	% <sup>1</sup>	n	% <sup>1</sup>	
Acontece organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	12.304	71,7	24.412	89,7	<0,001
Acontece discussão de temas/ações de educação permanente entre a eAB e o Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	11.824	68,9	21.904	80,5	<0,001
Acontece definição de critérios de acesso, priorização de casos e atribuições de cada profissional, entre a eAB e o Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	11.165	65,1	21.901	80,5	<0,001
Acontecem monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada entre a eAB e o Nasf (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sim	10.261	59,8	20.608	75,7	<0,001
Em média, o Nasf atende a uma solicitação da eAB em quantos dias (N=44.370) <sup>6</sup>					
1 dia	1.729	10,1	3.302	12,1	
2 a 7 dias	9.123	53,2	16.156	59,4	
8 a 15 dias	4.200	24,5	5.271	19,4	<0,001
16 a 30 dias	1.644	9,6	1.928	7,1	
Acima de 30 dias	461	2,7	556	2	
O Nasf atende às solicitações de apoio em tempo adequado (N=44.370) <sup>6</sup>					
Sempre	7.414	43,2	14.148	52	
Na maioria das vezes	6.985	40,7	9.983	36,7	
Às vezes	2.185	12,7	2.514	9,2	<0,001
Raramente	421	2,5	439	1,6	
Nunca	152	0,9	129	0,5	
Qual a periodicidade dos encontros dos profissionais do Nasf com os da eAB (N=44.369) <sup>7</sup>					
Semanal	6.673	38,9	8.842	32,5	
Quinzenal	2.520	14,7	4.297	15,8	
Mensal	4.210	24,5	9.503	34,9	<0,001
Acima de 30 dias	-	-	816	3	
Sem periodicidade definida	3.753	21,9	3.755	13,8	

Fonte: Elaboração própria.

<sup>1</sup>Percentual (arredondamento com uma casa decimal após a vírgula): referente ao total de equipes de cada ciclo.

<sup>2</sup>eAB: equipes de Atenção Básica.

<sup>3</sup>Nasf: Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

Cada variável vem com o 'N' visível da soma das equipes do 2º e do 3º ciclos que a responderam:

<sup>4</sup>Variável respondida pelo profissional de todas as eAB analisadas;

<sup>5</sup>Variável respondida pelo profissional das eAB que recebe apoio matricial;

<sup>6</sup>Variável respondida pelo profissional das eAB que recebe apoio do Nasf; e

<sup>7</sup>Variável respondida pelo profissional das eAB que recebe apoio do Nasf ('N' menor que 44.370 pelo aumento de 'Não se aplica').

Em relação às notas dadas pela eAB para as atividades realizadas pelo Nasf, foram verificadas notas altas – média e mediana acima de 7 para todos os itens avaliados –, tanto no 2º como no 3º ciclo. Os itens com maiores notas em ambos os ciclos foram: ‘o apoio que sua equipe recebe do Nasf’, ‘melhoria dos indicadores de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o Nasf’ e ‘contribuição do Nasf para lidar com problemas com os quais

tinha dificuldade’. Os itens com menor nota no 2º e no 3º ciclos foram: ‘a contribuição do Nasf para a redução de encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada’ e ‘melhoria dos indicadores de saúde da população do território’. Além disso, houve uma melhoria de nota para todos os itens avaliados pela equipe, em relação ao trabalho do Nasf ( $p < 0,001$ ) (tabela 3).

Tabela 3. Média, desvio-padrão, mediana e intervalo interquartilico entre as notas atribuídas pelas equipes de Atenção Básica (eAB) ao processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) no 2º e no 3º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasil, 2013-2018

Variável	2º Ciclo (2013-2014) (N=17.157) <sup>1</sup>					3º Ciclo (2015-2018) (N=27.213) <sup>2</sup>					p-valor
	Média	DP	Mediana	IQ25	IQ75	Média	DP	Mediana	IQ25	IQ75	
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf para resolver as necessidades dos usuários (N=44.370)											
Numérica	7,82	1,57	8	7	9	8,52	1,35	9	8	10	<0,001
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf para a redução de encaminhamentos desnecessários para a atenção especializada (N=44.370)											
Numérica	7,51	2,08	8	7	9	8,29	1,69	9	8	9	<0,001
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na qualificação dos encaminhamentos											
Numérica	7,82	1,9	8	7	9	8,46	1,6	9	8	10	<0,001
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf para lidar com problemas com os quais tinha dificuldade											
Numérica	8,04	1,76	8	7	9	8,61	1,46	9	8	10	<0,001
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na melhoria dos indicadores de saúde da população do território											
Numérica	7,68	1,91	8	7	9	8,34	1,61	9	8	9	<0,001
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na melhoria dos indicadores de saúde dos casos compartilhados											
Numérica	7,92	1,81	8	7	9	8,76	1,39	9	8	10	<0,001
Como a eAB avalia a contribuição do Nasf na ampliação das ações ofertadas na UBS e do acesso da população											
Numérica	7,84	1,86	8	7	9	8,59	1,49	9	8	10	<0,001
Avaliação do apoio que sua eAB recebe do Nasf (N=44.370)											
Numérica	8,13	1,72	8	7	9	8,76	1,42	9	8	10	<0,001

Fonte: Elaboração própria.

<sup>1</sup>Nº comum no 2º ciclo a todas as variáveis.

<sup>2</sup>Nº comum no 3º ciclo a todas as variáveis.

DP: Desvio-padrão.

eAB: equipe de Atenção Básica.

IQ: Intervalo interquartilico.

Nasf: Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

Em relação ao processo de trabalho na perspectiva do próprio Nasf, no 3º ciclo verificou-se que as atividades mais realizadas foram: ‘ações do Nasf articuladas ao planejamento das eAB’ (98,7%) e ‘identificação das principais demandas de apoio das equipes’ (98,1%). Houve melhoria na proporção de realização

das ações para a maioria dos itens, com exceção daqueles em que havia uma proporção alta no 2º ciclo e próxima dos percentuais no 3º ciclo, que buscavam saber se o Nasf ‘realiza grupos terapêuticos’ ( $p=0,126$ ) e ‘atividades de educação em saúde’ ( $p=0,160$ ) (tabela 4).

Tabela 4. Comparação entre o 2º e o 3º ciclos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para as variáveis de processo de trabalho na perspectiva do próprio Nasf. Brasil, 2013-2018

Variáveis	2º Ciclo (2013-2014)		3º Ciclo (2015-2018)		p-valor
	n	% <sup>1</sup>	n	% <sup>1</sup>	
O Nasf <sup>2</sup> identifica as principais demandas de apoio às eAB <sup>3</sup> (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.394	78,6	3.953	98,1	<0,001
As ações do Nasf <sup>2</sup> são articuladas ao planejamento das eAB <sup>3</sup> (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.485	83,7	3.978	98,7	<0,001
O Nasf <sup>2</sup> monitora os indicadores referentes ao seu processo de trabalho (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.293	72,9	3.245	80,5	<0,001
O Nasf <sup>2</sup> realizou algum processo de autoavaliação nos últimos 12 meses (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.494	84,2	3.629	90	<0,001
O Nasf <sup>2</sup> realiza consultas compartilhadas com a eAB <sup>3</sup> (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.609	90,7	3.819	94,7	<0,001
O Nasf <sup>2</sup> realiza grupos terapêuticos (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.617	91,1	3.722	92,3	0,126
O Nasf <sup>2</sup> realiza atividades de educação em saúde (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.725	97,2	3.891	96,5	0,160
O Nasf <sup>2</sup> registra suas ações em prontuários comuns com as eAB <sup>3</sup> (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.472	83	3.593	89,1	<0,001
É oferecida educação permanente para os profissionais do Nasf <sup>2</sup> (N=5.805) <sup>4</sup>					
Sim	1.196	67,4	3.775	93,6	<0,001

Fonte: Elaboração própria.

<sup>1</sup>Percentual (arredondamento com uma casa decimal após a vírgula): referente ao total de equipes de cada ciclo.

<sup>2</sup>Nasf: Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

<sup>3</sup>eAB: equipes de Atenção Básica.

<sup>4</sup>N=5.805 (da soma de equipes Nasf: 1.774 do 2º ciclo + 4.031 do 3º ciclo). Comum a todas as variáveis.

## Discussão

O presente estudo foi o primeiro a analisar dois módulos e dois ciclos do PMAQ-AB para qualificar o apoio matricial do Nasf na APS brasileira. Nesse sentido, houve um aumento

do número absoluto de eAB e de equipes Nasf implantadas e com adesão ao PMAQ-AB, e, ainda, uma melhoria na gestão e no processo de trabalho, tanto na avaliação da eAB quanto na do Nasf. Considerando que a lógica de trabalho do Nasf foge à lógica fundamental

da clínica e do cuidado em saúde de formato tradicional<sup>13,16</sup>, o resultado pode evidenciar um processo construtivo dos atores envolvidos, eAB e equipes Nasf, ao longo do tempo, sobre as atribuições do Nasf e, mais do que isso, sobre o seu papel no fortalecimento da APS, além da maturidade do processo de trabalho do Nasf.

A proporção de eAB que debatem com a gestão sobre as categorias profissionais que devem compor o Nasf, de acordo com a necessidade da população adscrita, foi relatada como semelhante a observada em outros estudos transversais<sup>25,26</sup>, sendo que apenas o presente estudo analisou e verificou dados de melhoria. Volponi, Garanhani e Carvalho<sup>26</sup> observaram 8 horas de encontro mensal entre gestores e coordenação da UBS, e 20 horas de ambos com o Nasf, em um município de grande porte do estado do Paraná. No entanto, apesar de positiva a reserva de tempo para os encontros com a gestão, deve-se considerar a qualidade do debate em busca de soluções, aspecto não avaliado no presente estudo.

Um estudo apontou que, independentemente da forma de gestão, se permissiva ou autoritária demais, as discussões precisam abordar o processo de trabalho com objetivos e metas claras a serem cumpridas, de acordo com os planos de saúde<sup>27</sup>. Sabe-se que a baixa interlocução entre gestores e trabalhadores da eAB se constitui como dificuldade adicional para a implementação de políticas e programas na área da saúde<sup>28</sup>.

Outro estudo apontou que, mesmo havendo encontro mensal entre gestão municipal e coordenação do Nasf, ainda existem gestores não abertos à discussão<sup>26</sup>. A gestão democrática e participativa entre profissionais e gestores apresenta impacto positivo no fortalecimento de vínculos, bem como coparticipação e corresponsabilização<sup>26</sup>. Os achados do presente estudo mostraram alta proporção da presença de responsável pelo Nasf no âmbito da gestão municipal, o que pode favorecer debates mais produtivos. No entanto, faltam dados mais precisos para avaliar a participação efetiva desses profissionais na gestão.

Em relação ao processo de trabalho do Nasf, sob a perspectiva de avaliação da eAB, verificou-se aumento de quase todos os itens analisados, com desempenho melhor do que o descrito na literatura<sup>25,28</sup>, onde as ações do Nasf devem refletir na melhoria das condições de saúde individual e coletiva<sup>25</sup>. No presente estudo, o maior percentual de apoio do Nasf se deu na ‘discussão de casos’, e pode ser explicado pela periodicidade<sup>29</sup>. Os itens ‘eAB realiza agendamento de consulta diretamente na agenda do profissional do Nasf’ e ‘gestão de encaminhamentos e/ou de listas de espera para especialistas entre a eAB e o Nasf’ tiveram aumentos menos expressivos e, portanto, mostram ainda necessidade de melhorias.

De fato, os profissionais do Nasf, eSF e eAB não vivenciaram uma formação adequada sobre apoio matricial e precisaram aprender a aprender durante o próprio processo de trabalho<sup>30</sup>. Apesar disso, os resultados encontrados neste estudo indicam mesmo um melhor processo de trabalho da eAB com o apoio do Nasf, em relação aos bons resultados descritos no estado da Paraíba<sup>31</sup>, que, como os próprios autores definem, é o quarto estado com maior cobertura de equipes Nasf, com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB. Levanta-se a hipótese de que, ao longo do tempo, possa ter havido uma qualificação e/ou um entendimento do processo do Nasf pelas eAB, ou ainda, de que o interesse na melhoria do desempenho no próprio PMAQ-AB possa interferir nas respostas dadas pelas eAB e equipes Nasf.

O aumento verificado na proporção da ‘organização da demanda para atendimentos individuais a serem realizados pelos profissionais do Nasf’ pode aparentemente ir contra a ação técnico-pedagógica do Nasf, no intuito de produzir apoio educativo com e para a equipe<sup>32</sup>, no entanto, também houve aumento na proporção das ‘consultas compartilhadas’, o que pode indicar aprimoramento e diversificação do processo de trabalho do Nasf, por não reduzir atributos fundamentais de seu trabalho. Isto demonstra compreensão do que

é conhecimento nuclear do especialista e do que é conhecimento comum e compartilhável entre a eAB e o Nasf<sup>32</sup>.

Ainda sobre o processo de trabalho na perspectiva da eAB, a redução do ‘cronograma de ações do Nasf realizado com a eAB’ e a redução de ‘encontros semanais com aumento dos mensais’ podem ser explicadas por Santos, Uchôa-Figueiredo e Lima<sup>16</sup>, que afirmam que, pela agenda de consultas e reuniões bastante carregada, resta pouco tempo disponível para atividades não previstas, assim, os resultados mostraram que esses pontos precisam ser reforçados, sem uma agenda sobrecarregada para os profissionais do Nasf. Apesar disso, neste estudo verificou-se um aumento de ‘atendimentos de solicitação da eAB’ em ‘até uma semana’, o que explicaria mais eAB afirmarem ‘sempre’ serem ‘atendidas em tempo adequado’. Também divergindo dos autores, este estudo encontrou alta frequência de ‘apoio do Nasf às eAB nas situações imprevistas’. A redução no 3º ciclo pode ser explicada por uma maior adesão e/ou ampliação das equipes avaliadas, uma alta frequência no 2º ciclo, ou ainda, por qualificação e/ou entendimento do processo do Nasf pelas eAB.

As notas altas dadas pela eAB para as atividades realizadas pelo Nasf nos dois ciclos e, ainda, a melhoria significativa no 3º ciclo, estão em consonância com o estudo de Destéfano, Rocha e Oliveira<sup>9</sup>, mostrando que, entre 24 Nasf de 21 municípios da Região Centro-Oeste, 54% receberam nota máxima na classificação quanto ao desempenho no 3º ciclo de avaliação do PMAQ-AB. Neste estudo, as maiores notas se referem ao ‘apoio que a eAB recebe do Nasf’, à ‘melhoria dos indicadores de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o Nasf’ e à ‘contribuição do Nasf para lidar com problemas com os quais tinha dificuldade’, pontos positivos que podem ser explicados pela dimensão sinérgica do apoio matricial ao conceito de educação permanente<sup>32</sup>. Apesar das notas altas e da melhoria encontrada no 3º ciclo, as menores notas na ‘contribuição do Nasf para a redução de encaminhamentos

desnecessários para a atenção especializada’ e na ‘melhoria dos indicadores de saúde da população do território’ demonstram que estes pontos precisam de maior atenção. Isto porque é sabido que a APS tem a potencialidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde<sup>7</sup>.

Em relação ao processo de trabalho na perspectiva de avaliação do próprio Nasf, quase todos os itens tiveram melhora no 3º ciclo. O percentual alto pode ser explicado por essas atividades terem uma periodicidade definida<sup>29</sup>. O estudo de Brocardo et al.<sup>33</sup>, que também utilizou dados de entrevista com profissional do Nasf do 2º ciclo, traz a distribuição por região brasileira, e o bom desempenho nas regiões com maior número de equipes avaliadas – Sudeste e Nordeste – pode explicar a não melhoria em alguns itens do 2º para o 3º ciclo. Além disto, estão entre as primeiras ações que o Nasf realizou<sup>32</sup>, e, em decorrência de sua alta frequência desde o ciclo avaliativo anterior, não houve melhora.

Este estudo apresentou a limitação de utilizar dados secundários e, por isto, apresenta algumas dificuldades, como, por exemplo: a variação de mensuração e a comparação entre os ciclos. Na tentativa de melhorar a compreensão dos achados, apenas itens adaptáveis para comparação foram mantidos na análise. Além disto, pode existir uma superestimação do resultado, uma vez que a maior parte das equipes que participaram do PMAQ-AB, ao saberem dos itens que seriam avaliados, podem ter se preparado com antecedência, assim apresentando melhores resultados. Apesar de o PMAQ-AB ser de adesão voluntária, no presente estudo, verificou-se a participação de quase todas as eAB e equipes Nasf, o que pode permitir uma melhor compreensão e generalização dos resultados.

A maioria dos estudos na literatura sobre avaliação do Nasf são primordialmente qualitativos, assim, o PMAQ-AB foi uma ferramenta fundamental para o estudo quantitativo em âmbito nacional, seja por repensar as práticas, seja pelo incentivo ao financiamento por desempenho incutido no programa<sup>9</sup>. Apesar

dos resultados positivos demonstrados, o PMAQ-AB foi substituído, em 2019, pelo Previne Brasil<sup>34</sup>, em execução desde 2020. Este novo programa vem recebendo duras críticas<sup>35</sup> por sua avaliação simplista do desempenho por resultado, e ao desconsiderar os indicadores de avaliação da estrutura e do processo, em relação a como tal tarefa era desenvolvida no PMAQ-AB.

A PNAB de 2017 não afeta os resultados do 2º e 3º ciclos do PMAQ-AB<sup>33</sup>, por não ter havido reestruturação ou reformulação do instrumento de coleta de dados que tivesse interferido nas respostas das eAB e equipes Nasf avaliadas<sup>23</sup>. Assim, com os resultados ainda se referindo ao antigo nome do programa, e utilizando o novo por questão de atualização, este estudo ressalta o caminho de resultados positivos do Nasf e espera que ele continue no mesmo caminho. Entretanto, levanta a possibilidade de que tais conquistas possam ser perdidas, pois, por mais que a nova PNAB também traga benefícios com flexibilização, esta pode ser prejudicial também por conta do MS renunciar à sua responsabilidade de coordenação, fato bastante arriscado em um país com realidades locais tão distintas e com um processo de descentralização que ainda carece de aprimoramentos<sup>36</sup>.

## Conclusões

Houve maior implantação e adesão de eAB e equipes Nasf no Brasil entre os anos avaliados, além de melhoria no desempenho dos itens verificados, sobre a gestão e o processo de trabalho do Nasf, tanto na perspectiva da eAB como também na do próprio Nasf. Os dados reforçam a possibilidade de um amadurecimento do trabalho multidisciplinar e do apoio matricial, com maior compreensão do processo de trabalho, responsabilização e divisão de tarefas entre o Nasf e as eAB, além do comprometimento com o desempenho e a resolutividade, assim qualificando e fortalecendo os processos da APS no Brasil.

## Colaboradores

Muller EV (0000-0003-4643-056X)\* contribuiu para o desenho do estudo, análise estatística e redigiu o artigo científico. Stler JLM (0000-0001-5854-4359)\* contribuiu para o preparo do banco de dados e redação do artigo científico. Silva Junior MF (0000-0001-8837-5912)\* contribuiu para a supervisão desde o delineamento do estudo, análise estatística dos resultados e revisão final do artigo. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. *Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos*. 2014; 21(1):15-35.
3. Evangelista MJO, Guimarães AMDAN, Dourado EMR, et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(supl6):2115-2124.
4. Mendes TMC, Oliveira RFS, Mendonça JMN, et al. Planos de cargos, carreiras e salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(119):849-861.
5. Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, et al. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. *Esc. Anna Nery*. 2019; 23(1):1-10.
6. Santos L. Healthcare regions and their care networks: an organizational-systemic model for SUS. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1281-1289.
7. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):252-264.
8. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1499-1510.
9. Destéfano JDC, Rocha KB, Oliveira ALI. Avaliação dos resultados no 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica dos Municípios da Região de Saúde Central. *Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*. 2019; 5(3):2-19.
10. Evangelista MJO. Planificação da atenção à saúde: Uma proposta de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. *Consensus*. 2016; (20):30.
11. Pinto LF, Giovanella L. The family health strategy: Expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1903-1913.
12. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):38-51.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: MS; 2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 Dez 2012.
15. Parente AS, Mesquita FOS, Sarmento SS. Análise da distribuição e cobertura do NASF na IV Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. *Id. on Line Rev. Mult. Psic*. 2017; 11(36):435-453.
16. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. *Saúde debate*. 2017; 41(114):694-706.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.

18. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Co-ordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):244-260.
19. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual. Rev. Bull.* 1992; 18(11):356-360.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*. 5 Out 2015.
21. Bezerra MM, Medeiros KR. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(esp2):188-202.
22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo*. Brasília, DF: MS; 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF*. Brasília, DF: MS; 2017.
24. Uchôa SAC, Martiniano CS, Queiroz AAR, et al. Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):100-113.
25. Araújo RE. *Análise exploratória dos indicadores de resultados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte*. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. 121 p.
26. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde debate*. 2015; 39(esp):221-231.
27. Schimith MD, Brêtas ACP, Budó MLD, et al. Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na Atenção Primária à Saúde. *Enfermeria Glob*. 2015; 14(38):205-219.
28. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saúde debate*. 2018; 42(117):408-419.
29. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznclwar LI, et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2015; 40(131):59-74.
30. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: Formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2021 jul 22]; 33(9):e00108116. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000905010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000905010&script=sci_abstract&tlng=pt).
31. Silva ICB, Silva LAB, Lima RSA, et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2017; 12(39):1-10.
32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: MS; 2009.
33. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):130-144.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previner Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 13 Nov 2019.

35. Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25:1181-1188.
36. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(116):11-24.

---

Recebido em 31/10/2020  
Aprovado em 21/05/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil

## *Nurses' performance in distinct models of Primary Health Care in Brazil*

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>1</sup>, Larissa Fungueto<sup>1</sup>, Maristela Salette Maraschin<sup>1</sup>, Nelsi Salette Tonini<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113008

**RESUMO** O estudo teve como objetivo comparar a atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde – saúde da família e atenção tradicional. Estudo observacional, analítico, de corte transversal, em município de médio porte no Oeste do Paraná, realizado no ano de 2017, com 24 enfermeiros de unidades de atenção primária, que responderam a questões oriundas do processo de trabalho constante da Política Nacional de Atenção Básica. Análise dos dados por estatística descritiva. Evidenciou-se que o conjunto das atividades atribuídas ao enfermeiro da atenção primária é amplo, sendo esse profissional responsável por ações gerenciais e assistenciais. Houve semelhança do processo de trabalho nos distintos modelos. Percebeu-se ausência de ações a grupos prioritários e de promoção de saúde. Conclui-se que o enfermeiro enfrenta dificuldades em atuar como profissional integrante das equipes e em otimizar seu tempo entre tarefas organizativas e de cuidado aos indivíduos e populações.

**PALAVRAS-CHAVE** Enfermagem em saúde pública. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Trabalho.

**ABSTRACT** *The study aimed to compare the performance of nurses in different models of Primary Health Care – family health and traditional care. Observational, analytical, cross-sectional study in a medium-sized municipality in western Paraná, in 2017, carried out with 24 nurses from primary care units, who answered questions from the work process contained in the National Primary Care Policy. Data analysis by descriptive statistics. It was evidenced that the set of activities attributed to primary care nurses is broad, and that this professional is responsible for management and care actions. There was similarity of the work process in the different models. The lack of actions to priority and health promotion groups was perceived. In conclusion, the nurse face difficulties in acting as a professional member of the teams and in optimizing their time among organizational and care tasks for individuals and populations.*

**KEYWORD** *Public health nursing. Nursing. Primary Health Care. Family Health Strategy. Work.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.  
lb.toso@gmail.com

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida internacionalmente como importante estratégia para a reorganização e para a ampliação da efetividade dos sistemas de saúde. Representa o primeiro nível de acesso dos usuários ao sistema de saúde diante de necessidades e constitui-se como elemento essencial em um processo continuado de cuidado, desenvolvendo ações e serviços de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, de forma a atender aos problemas de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades<sup>1</sup>.

A Atenção Básica à Saúde (ABS), termo equivalente a APS, é desenvolvida no Brasil seguindo as normas e diretrizes estabelecidas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), cujas premissas foram dispostas no Pacto pela Saúde, em 2006, expressas na PNAB de 2011 e mantidas na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017<sup>2</sup>.

O cuidado nessa esfera de atenção é oferecido em unidades de saúde em que coexistem dois modelos de atenção, aqui entendidos como equivalentes “a modelo assistencial, referindo-se ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações ou às práticas de saúde”<sup>3(547)</sup>. Ainda, “são uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho utilizados nas práticas de saúde”<sup>3(554)</sup>, coexistindo no Brasil na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais (modelo sanitário e modelo médico hegemônico, respectivamente). Assim, não se trata de tipologia de serviços. Ao referir-se a Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS como modelos distintos, assume-se a sua configuração como modelos de atenção à saúde no Brasil. A implantação da ESF no Brasil apresenta-se com uma cobertura de aproximadamente 60% do território nacional, e sua existência como modelo orientador do cuidado nesse âmbito de atenção parece ter deixado de ser a meta na nova PNAB, a qual reafirma a coexistência de ambos os modelos<sup>2</sup>. As mudanças introduzidas pela PNAB, em 2017,

Promovem a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política<sup>4(11)</sup>.

Destarte essa ambiguidade nos modelos de atenção, a prática do enfermeiro na APS, no Brasil, constitui-se como um de seus pilares de funcionamento, sendo sua atuação considerada instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde, atuando na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida<sup>5</sup>. A profissão enfermagem é socialmente relevante, historicamente determinada e integra o processo de trabalho em saúde, articulado com os demais membros da equipe<sup>6</sup>.

Diante de um cenário de incertezas, tanto do ponto de vista da legislação, do financiamento do SUS, da manutenção de modelos opostos de cuidado quanto do processo de trabalho, esta pesquisa traz questionamentos como: quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro nas unidades de APS? Esse profissional atua em consonância com o processo de trabalho disposto na PNAB como atribuição do enfermeiro? Há diferenças no trabalho do enfermeiro decorrentes do modelo de atenção? Para responder a essas questões, o estudo pretendeu abranger as atividades realizadas pelo enfermeiro nos dois modelos de atenção existentes no País, para as unidades de APS.

## Objetivo

Comparar a atuação do enfermeiro em distintos modelos de APS – saúde da família e atenção tradicional

## Material e métodos

Estudo observacional analítico de corte transversal, cujo contexto de desenvolvimento foi

a área urbana de município de médio porte no Oeste do Paraná, nas 16 UBS e 12 USF, de um total de 28 unidades, cuja coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2017, tanto para o recrutamento quanto para a coleta de dados.

O convite para a participação foi enviado a todos os enfermeiros lotados nas unidades eleitas, sendo aceito por 24 enfermeiros, 12 de UBS e 12 de USF, havendo uma perda por recusa em quatro unidades. Não houve perda por outros motivos. A escolha dos participantes foi intencional, incluindo o total de enfermeiros atuantes nas unidades mencionadas, cujo único critério de inclusão era ser enfermeiro atuante na atenção primária da região urbana do município. Foram excluídos os enfermeiros que atuavam na atenção primária nas unidades rurais e em serviços administrativos da secretaria municipal de saúde.

A coleta de dados foi realizada a partir de roteiro estruturado, elaborado pelas pesquisadoras a partir das atribuições do profissional enfermeiro dispostas na PNAB<sup>2</sup>. O roteiro foi construído com 67 questões e enviado aos participantes junto ao termo de consentimento, via e-mail, autopreenchido e devolvido. As opções de respostas do formulário se constituíram por três alternativas: sim, não e em parte, referentes à realização das atribuições de cada pergunta, havendo um espaço após cada opção de resposta para comentários, que deixava a

critério do participante preencher ou não.

O instrumento foi criado segundo as atribuições apresentadas pela PNAB<sup>2</sup> e foi dividido em três partes, sendo: a primeira, as atribuições do enfermeiro comuns aos membros da equipe de saúde; a segunda referente às atribuições específicas do processo de trabalho do enfermeiro; e a terceira sobre os cuidados específicos realizados pelos enfermeiros.

A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva, com apresentação das frequências relativas e percentuais, com processamento no programa Excel<sup>®</sup>2016. Para avaliar a presença de ações do processo de trabalho, utilizou-se a métrica quartílica: (a) executa as ações em acordo com o processo de trabalho – médias de 71 a 100; (b) executa as ações parcialmente em acordo com o processo de trabalho – médias de 50 a 70; (c) não executa as ações em acordo com o processo de trabalho – médias menores que 49.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos com número de CAAE: 65448917.2.0000.0107 e aprovada sob parecer nº 1.999.973.

## Resultados

Na *tabela 1*, descreve-se a participação do enfermeiro nas atribuições comuns a todos os profissionais da APS.

Tabela 1. Atribuições comuns aos membros da equipe de saúde na Atenção Primária à Saúde com participação do enfermeiro, em consonância com o processo de trabalho. Cascavel, Paraná, Brasil. 2017

ATIVIDADES	Unidade Básica						Saúde da Família					
	SIM		NÃO		Parcial		SIM		NÃO		Parcial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Participar da territorialização	11	92a	0	0	1	8	8	67b	0	0	4	33
Cuidado integral da saúde da população adscrita	10	83a	0	0	2	17	10	83a	0	0	2	17
Ações de atenção à saúde	11	92a	0	0	1	8	7	58b	0	0	5	42
Ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação	9	75a	0	0	3	25	9	75a	0	0	2	17

Tabela 1. (cont.)

ATIVIDADES	Unidade Básica						Saúde da Família					
	SIM		NÃO		Parcial		SIM		NÃO		Parcial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atendimento demanda espontânea	12	100a	0	0	0	0	11	92a	0	0	1	8
Ações programáticas	10	82a	0	0	2	17	11	92a	0	0	1	8
Participa do acolhimento	8	67b	1	8	3	25	12	100a	0	0	0	0
Identifica necessidade de intervenções de cuidado	7	58b	0	0	5	42	10	83a	0	0	2	17
Realiza busca ativa e notificação	12	100a	0	0	0	0	12	100a	0	0	0	0
Realiza reuniões de equipe	5	42c	2	17	5	42	10	83a	0	0	2	17
Faz registro das atividades	11	92a	0	0	1	8	10	83a	0	0	2	17
Realiza trabalho interdisciplinar	9	75a	1	8	2	17	10	83a	0	0	2	17
Participa de educação permanente	7	58b	3	25	2	17	10	83a	0	0	2	17

Fonte: Elaboração própria.

(a) executa as ações em acordo com o processo de trabalho - médias de 71 a 100; (b) executa as ações parcialmente em acordo com o processo de trabalho - médias de 50 a 70; (c) não executa as ações em acordo com o processo de trabalho - médias menores que 49.

Sobressaíram no processo de trabalho do enfermeiro na UBS ações de territorialização e de atenção à saúde. Na ESF, houve predomínio de acolhimento, identificação de necessidade de intervenções de cuidado, reuniões de equipe e participação em ações de educação permanente em saúde. Foram similares para ambos os modelos: o cuidado da saúde da população adscrita, as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação

da saúde, busca ativa e notificação de faltosos, atendimento à demanda espontânea, ações programáticas, trabalho interdisciplinar, além do registro das atividades. A ação que aparece de forma díspar entre as unidades é o cadastro das famílias, pouco desenvolvida em ambas, mas com predominância na ESF.

Na *tabela 2*, apresentam-se os dados referentes às atribuições do processo de trabalho específico do enfermeiro na APS.

Tabela 2. Atribuições específicas do processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Cascavel, Paraná, Brasil. 2017

ATIVIDADES	Unidade Básica						Saúde da Família					
	SIM		NÃO		Parcial		SIM		NÃO		Parcial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Realiza atenção à saúde aos indivíduos e família no domicílio e em espaços comunitários	10	83a	1	8	1	8	10	83a	0	0	2	17
Realiza Consulta de Enfermagem, procedimentos e atividades em grupo	12	100a	0	0	0	0	10	83a	0	0	2	17
Solicita exames complementares	12	100a	0	0	0	0	11	92a	1	8	0	0
Prescreve medicações	1	8c	11	92	0	0	2	17c	9	75	1	8
Encaminha usuários a outros serviços	11	92a	0	0	1	8	12	100a	0	0	0	0

Tabela 2. (cont.)

ATIVIDADES	Unidade Básica						Saúde da Família					
	SIM		NÃO		Parcial		SIM		NÃO		Parcial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Realiza atividades programadas e à demanda espontânea	11	92a	0	0	1	8	11	92a	0	0	1	8
Gerencia e avalia ações dos Agentes Comunitários	8	67b	2	17	2	17	9	75a	0	0	3	25
Organiza Educação Permanente com a equipe	9	75a	2	17	1	8	12	100a	0	0	0	0
Participa do gerenciamento de insumos	9	75a	0	0	3	25	10	83a	0	0	2	17
Possui formação para atenção básica e participa de especializações	9	75a	1	8	2	17	10	83a	1	8	1	8
Utiliza de dispositivos de educação para qualificação do cuidado	3	25c	3	25	6	50	5	42c	3	25	4	33
Trabalha e cria vínculo com o território definido	7	58b	1	8	4	33	11	92a	0	0	1	8
Realiza e utiliza diagnóstico situacional	2	17c	2	17	8	67	2	17c	3	25	7	58
Organiza o agendamento da população com a equipe	7	58b	3	25	2	17	5	42c	0	0	7	58
Utiliza ferramentas na gestão do cuidado em casos complexos	4	33c	3	25	5	42	4	33c	1	8	6	50
Coordena, registra e monitora encaminhamentos dos usuários	3	25c	2	17	7	58	4	33c	1	8	6	50
Utiliza estratégias de abordagem familiar e social	3	25c	3	25	6	50	3	25c	0	0	8	67
Oferece atendimento à população por 40h semanais	8	67b	2	17	2	17	9	75a	1	8	2	17
Realiza reuniões para monitoramento e avaliação dos resultados	3	25c	7	58	2	17	10	83a	0	0	2	17
Faz registro no sistema de informação da atenção básica	4	33c	1	8	7	58	8	67b	0	0	4	33

Fonte: Elaboração própria.

(a) executa as ações em acordo com o processo de trabalho - médias de 71 a 100; (b) executa as ações parcialmente em acordo com o processo de trabalho - médias de 50 a 70; (c) não executa as ações em acordo com o processo de trabalho - médias menores que 49.

Na métrica A, sobressaiu a ESF, em atividades típicas desse modelo de cuidado, como o gerenciamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), vínculo com território definido, atendimento durante 40 horas semanais, reuniões de monitoramento e avaliação de resultados e registro no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). De forma similar para ambos os modelos de atenção, destacam-se as ações de saúde aos indivíduos e à família no

domicílio, atividades programadas e atenção a demanda espontânea, consulta de enfermagem, solicitação de exames, encaminhamento a outros serviços, educação permanente em saúde, gerenciamento de insumos e formação para a Atenção Básica (AB).

Entretanto, na métrica C, portanto, não convergente com o processo de trabalho, e de forma similar para ambos os modelos de atenção, encontraram-se diagnóstico

situacional, ferramentas de gestão de caso e uso de estratégias de abordagem familiar e social. Ainda, abaixo do esperado, encontraram-se ações de prescrição de medicamentos em acordo com os protocolos de cuidado,

educação para qualificação do cuidado, agendamento e coordenação de encaminhamentos.

Na *tabela 3*, apresentam-se os dados referentes aos cuidados específicos do enfermeiro na APS, convergentes com o processo de trabalho.

Tabela 3. Cuidados específicos realizados pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Cascavel, Paraná, Brasil. 2017

ATIVIDADES	Unidade Básica						Saúde da Família					
	SIM		NÃO		Parcial		SIM		NÃO		Parcial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acompanha crescimento e desenvolvimento da criança até dois anos	9	75a	0	0	3	25	11	92a	0	0	1	8
Avalia crescimento e desenvolvimento em recém-nascido prematuro e com baixo peso ao nascer	8	67b	1	8	3	25	9	75a	0	0	3	25
Monitora encaminhamento de consulta odontológica no primeiro ano de vida	6	50b	4	33	2	17	8	67b	1	8	3	25
Identifica crianças beneficiadas pelo bolsa família	5	42c	1	8	5	42	9	75b	2	17	1	8
Desenvolve pré-natal	5	42c	1	8	6	50	8	67b	0	0	4	33
Captação da gestante no primeiro trimestre	7	58b	0	0	5	42	6	50b	1	8	5	42
Atende puerpera e recém-nascido na primeira semana de vida	5	42c	1	8	6	50	9	75b	0	0	3	25
Ações de prevenção do câncer do colo uterino	12	100a	0	0	0	0	11	92a	0	0	1	8
Identifica risco/ações de doenças crônicas	6	50b	4	33	2	17	4	33c	1	8	7	58
Vigilância tuberculose e hanseníase	5	42c	1	8	6	50	11	92a	0	0	1	8
Planejamento familiar e saúde sexual	2	17c	4	33	6	50	6	50b	0	0	6	50
Diagnóstico e acompanhamento de infecções sexualmente transmissíveis e Aids	6	50b	2	17	4	33	5	42c	1	8	6	50
Vigilância em saúde ambiental	7	58b	1	8	4	33	9	75b	0	0	3	25
Investigação de óbitos infantis	11	92a	0	0	1	8	10	83a	0	0	2	17
Disponibiliza informações sobre a unidade aos usuários	11	92a	0	0	1	8	11	92a	0	0	1	8

Fonte: Elaboração própria.

(a) executa as ações em acordo com o processo de trabalho – médias de 71 a 100; (b) executa as ações parcialmente em acordo com o processo de trabalho – médias de 50 a 70; (c) não executa as ações em acordo com o processo de trabalho – médias menores que 49.

Entre as atividades que sobressaem nos dois modelos de atenção, na métrica A, tem-se o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança até os dois anos, as ações de prevenção do câncer de colo cervicouterino, a investigação dos óbitos infantis

e a disponibilização de informações sobre o funcionamento da unidade aos usuários.

Como atividades desenvolvidas, contudo de forma menos frequente, agrupadas na métrica B, e de forma similar entre os modelos de atenção, obtiveram-se o monitoramento de

encaminhamentos para a consulta odontológica no primeiro ano de vida, a captação da gestante no primeiro trimestre e a vigilância em saúde ambiental. De forma distinta, com predominância na ESF, encontraram-se avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança prematura e com baixo peso ao nascer, identificação e acompanhamento de crianças beneficiadas pelo bolsa família, o desenvolvimento de pré-natal, atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana de vida, vigilância da tuberculose e hanseníase

e ações de planejamento familiar e de saúde sexual. Ao contrário, mesmo que na métrica B, com proeminência da UBS, perceberam-se a identificação de risco dos usuários com condições crônicas e as ações para o diagnóstico e acompanhamento de HIV/Aids e infecções sexualmente transmissíveis.

Na *tabela 4*, encontram-se as atividades do processo de trabalho elencadas na métrica C, ou seja, pouco desenvolvidas no cotidiano dos enfermeiros na AB.

Tabela 4. Cuidados específicos pouco realizados pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Cascavel, Paraná, Brasil. 2017

ATIVIDADES	Unidade Básica						Saúde da Família					
	SIM		NÃO		Parcial		SIM		NÃO		Parcial	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acompanha crianças com até 9 anos	0	0c	8	67	4	33	1	8c	6	50	5	42
Acompanha as gestantes do território	1	8c	4	33	7	58	2	17c	1	8	9	75
Solicita exames para as gestantes e realiza consulta de pré-natal	5	42c	2	17	5	42	4	33c	2	17	6	50
Educação em saúde as gestantes	1	8c	7	58	4	33	2	17c	0	0	10	83
Ações com portadores de doenças crônicas	2	17c	5	42	5	42	5	42c	2	17	5	42
Identifica e acompanha casos da saúde mental	0	0c	6	50	6	50	4	33c	2	17	6	50
Identifica casos de violência	1	8c	6	50	5	42	4	33c	1	8	7	58
Ações de saúde com os trabalhadores	3	25c	3	25	6	50	5	42c	4	33	3	25
Ações de saúde física, alimentação saudável, fitoterápicos	0	0c	11	92	1	8	0	0c	7	58	5	42

Fonte: Elaboração própria.

(a) executa as ações em acordo com o processo de trabalho - médias de 71 a 100; (b) executa as ações parcialmente em acordo com o processo de trabalho - médias de 50 a 70; (c) não executa as ações em acordo com o processo de trabalho - médias menores que 49.

As atividades elencadas fazem parte de programas de saúde, mas não receberam prioridade pelos enfermeiros do estudo, sendo classificadas na métrica C, embora integrem programas de saúde relativos a APS, como o seguimento da criança e da gestante, a atenção a condição crônica, cuidados para a saúde mental, prevenção de violências, saúde do trabalhador e práticas mais abrangentes e integrativas para promoção da saúde.

## Discussão

A enfermagem no Brasil, como campo de conhecimento, é composta pelas categorias Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem<sup>7</sup>, cujos processos de trabalho são também distintos, ainda que interdependentes. Essa configuração, denominada Enfermagem, dificulta a identificação do trabalho do enfermeiro no interior da profissão

e também no conjunto das profissões da área da saúde, uma vez que esse profissional realiza um trabalho no campo da APS que se assemelha ao trabalho em saúde de uma forma genérica, em que são socializadas, com outros profissionais, práticas de saúde consideradas comuns e pertinentes a qualquer categoria profissional, na qual são priorizadas ações do campo da área coletiva em detrimento das ações nucleares da profissão, havendo um distanciamento de seu fazer específico, que poderia ser um referencial identitário<sup>8</sup>.

No artigo em tela, a APS, entendida como o primeiro nível de atenção, é caracterizada por um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde<sup>6</sup>, confirmando as práticas de saúde coletiva descritas.

Diante desse escopo, o enfermeiro da APS, para executar essa diversidade de ações comuns e específicas que lhe são atribuídas<sup>2</sup>, necessita desenvolver várias competências, entre elas, a habilidade de desempenhar a consulta de enfermagem para conseguir produzir o cuidado e a gestão do processo terapêutico, bem como atividades de gerenciamento do serviço de saúde e da equipe de enfermagem, as quais se caracterizam como as funções predominantes de seu trabalho na APS. Assim, discutem-se as ações que o enfermeiro desenvolve de acordo com a realidade estudada, tanto como integrante da equipe de saúde quanto as suas atribuições específicas.

### **Atividades do enfermeiro como integrante da equipe interdisciplinar**

Evidenciou-se na prática predominante do enfermeiro como integrante da equipe de saúde, na UBS, enfoque mais voltado a ações de atenção à saúde para um território definido, a exemplo de estudo que considera o território um espaço geográfico com amplas características, em permanente construção e reconstrução, no qual os diversos atores se

deparam com distintas necessidades de saúde, para as quais a oferta de serviços é insuficiente, pois as demandas existentes ultrapassam os limites do setor<sup>9</sup>.

Consoante, estudo realizado com equipes de ESF verificou o diagnóstico situacional do território como um instrumento importante para a realização de ações prioritárias. Utilizar a territorialização para conhecer as demandas da população possibilita o conhecimento das condições de saúde dos grupos etários e as vulnerabilidades do território<sup>10</sup>. Muito embora a territorialização seja um instrumento de trabalho habitualmente vinculado a ESF, nesta pesquisa, ele esteve presente também no trabalho do enfermeiro da UBS.

Na ESF, neste estudo, evidenciou-se o predomínio de ações como acolhimento, reuniões de equipe, identificação das necessidades de intervenções de cuidado e educação permanente em saúde, todos temas sensíveis à prática do enfermeiro nesse modelo de cuidado. Ao contrário desses achados, em estudo realizado em Campinas (SP), os enfermeiros afirmaram que não reconhecem o acolhimento como parte do cuidado realizado pelo enfermeiro que atua na APS, e que, na prática, o acolhimento é uma ação distante, pois veem tal prática sendo direcionada apenas à demanda espontânea do serviço de saúde<sup>11</sup>.

Para avaliar o acolhimento, estudo realizado com 10 UBS de Brasília encontrou que a maioria dos enfermeiros daquelas unidades considera que o trabalho realizado nelas é focado na consulta médica, e que o atendimento à demanda espontânea é realizado por meio da distribuição de fichas. Com isso, verifica-se que o acolhimento não é realizado, pois, ao estabelecer o número de fichas para atendimento médico, acabam-se excluindo os usuários que não tiveram acesso a elas, assim como se perde a oportunidade de realizar a escuta qualificada de suas necessidades, as quais poderiam ser atendidas por outros profissionais da equipe, como o enfermeiro, bem como dificulta a criação de vínculo com a população<sup>12</sup>.

Ainda acerca do acesso dos usuários à APS, estudo realizado com 323 equipes de ESF e 1.313 usuários das unidades no Rio de Janeiro questionou os usuários sobre qual serviço de saúde procuraram na última vez que tiveram algum problema de saúde, e 73% deles responderam a UBS, 84,2% referiram ter sido atendidos na mesma hora na unidade, embora 18,1 tenham conseguido a consulta médica demandada para o mesmo dia. Além disso, 99% das equipes afirmaram realizar acolhimento e atendimento a demanda espontânea todos os dias da semana, sendo o enfermeiro citado por 98,4% como o profissional que mais participa e realiza acolhimento na unidade<sup>13</sup>. Ademais, o acolhimento permite identificar as necessidades de saúde da população<sup>14</sup>.

Outro aspecto que sobressaiu na ESF, as reuniões de equipe, foi tratado em estudo<sup>15</sup> para evidenciar a estrutura, o funcionamento e as contribuições das reuniões de trabalho da ESF para o planejamento local em saúde, tendo encontrado que as reuniões de trabalho são momentos indispensáveis para construção do planejamento local em saúde. Além disso, proporcionam a integração dos profissionais por meio de discussões, facilitando a tomada de decisões e a troca de informações.

Ainda, foi evidenciada a educação permanente em saúde, corroborando pesquisa realizada com profissionais de ESF no município de Uberaba, em que os gestores das unidades a mencionam como ferramenta utilizada tanto para formação da população quanto dos profissionais, pois podem realizar a avaliação de ambos, destacar os problemas enfrentados e transformá-los em conhecimento por meio da capacitação para as equipes propiciarem a educação em saúde<sup>16</sup>.

Em ambos os modelos de atenção, encontraram-se ações de promoção, prevenção, busca ativa, trabalho interdisciplinar, registro de atividades no Siab, os quais são elementos característicos da APS, de forma similar a estudo que menciona as características nucleares da profissão, tais como o acompanhamento periódico da população do seu território

adscrito, organização e supervisão dos serviços da unidade e o empoderamento dos atores sociais por meio das ações educativas<sup>8</sup>.

Quanto ao registro de atividades, embora com menor percentual (67%), foi mais reportado pelos enfermeiros da ESF, indicando que o trabalho é desenvolvido, mas não registrado na mesma medida em que ocorre. Para entender por que o registro não é realizado, estudo demonstrou que os profissionais não têm confiança em registrar as informações em sistema on-line e, muitas vezes, acabam utilizando conjuntamente outras fontes de registros. Os enfermeiros expressaram que a equipe deve ter mais controle do registro realizado e que eles costumam comparar as informações de outras fontes de registro para realizar seus atendimentos<sup>17</sup>.

Sobre as ações do enfermeiro como integrante da equipe de saúde, nesta pesquisa, houve aquelas que são realizadas com pouca frequência, destacando-se o cadastro das famílias e as ações intersetoriais, além do uso de dados epidemiológicos para o planejamento de atividades em saúde pela equipe interdisciplinar. O cadastro das famílias no território possibilita estabelecer o perfil epidemiológico da população adscrita. Assim, como o enfermeiro não tem realizado ou participado dessa atividade, por consequência, não dispõe de dados epidemiológicos para planejar suas atividades.

Estudo menciona que essa ação deve ser executada por todos os membros da equipe, para que conheçam e identifiquem os problemas e as necessidades da população e desenvolvam estratégias para o atendimento e a mudança dessas condições, pois, quando a unidade de saúde realiza o planejamento utilizando dados reais da população, a equipe de ESF se destaca na APS, uma vez que possui melhores resultados por utilizar a análise situacional de seu território<sup>17</sup>.

As ações intersetoriais, por sua vez, podem auxiliar a resolver os problemas oriundos da determinação social do processo saúde-doença, e não têm sido desenvolvidas. Sobre

o tema, estudo da área da saúde do trabalhador identifica a intersectorialidade como uma construção cotidiana, a partir da ênfase nos aspectos comuns que transcendem o corporativismo de cada categoria ou setor. Apontam como dificuldades para a sua construção, entre os diferentes setores, o desconhecimento dos papéis uns dos outros, não havendo visibilidade das ações desenvolvidas e compartilhamento de experiências<sup>18</sup>.

### **Atribuições específicas do trabalho do enfermeiro na APS**

No que tange às atividades específicas do trabalho do enfermeiro na APS, depreende-se a atuação gerencial predominando sobre a prática clínica, priorizando-se atividades como coordenação dos ACS, em ambos os modelos de atenção, práticas de educação permanente em saúde e participação no gerenciamento de insumos. Por outro lado, ações de prática clínica, como a assistência permeada por protocolos, os quais embasam a solicitação de exames e terapêutica, são desempenhadas parcialmente, com a solicitação de exames sem o devido acompanhamento do usuário pelo profissional, inclusive sem o uso de ferramentas de gestão do cuidado para casos complexos.

Ademais, os enfermeiros de ambos os modelos de atenção, mas ressaltando-se o enfermeiro de USF, para os quais essas práticas eram esperadas, não utilizam as práticas educativas e ferramentas de tecnologia do cuidado em saúde para atenção aos usuários da APS, além da ausência de diagnóstico situacional para o planejamento das ações de cuidado, da pouca participação na elaboração da agenda de cuidados da unidade, do não acompanhamento dos usuários na rede de cuidados após os encaminhamentos e, principalmente, da não utilização de instrumentos de abordagem familiar e comunitária na APS.

A despeito do elencado, para o cuidado como seu objeto de trabalho, o enfermeiro necessita do diálogo, respeito e humanização. O cuidado em saúde pode ser praticado em

qualquer ambiente, desde que o enfermeiro consiga desenvolver um plano de cuidado, a partir do conhecimento do indivíduo, de sua família, habitação, condição de saúde<sup>14</sup>, o que precisa ser mais bem aplicado na realidade do estudo.

Um dos espaços utilizados pelo enfermeiro para a atenção à saúde na APS aos indivíduos e à família é o domicílio, opção que se mostrou realidade para 83% dos enfermeiros nesta pesquisa, em ambas as unidades. Essa prática vai além da realização de atividades assistenciais, pois se utiliza desse momento de contato entre enfermeiro e indivíduo para realizar procedimentos e, ao mesmo tempo, para examinar o paciente, realizar escuta ativa, aplicar ações de educação em saúde e criar um vínculo entre unidade e comunidade<sup>19</sup>.

Com relação à consulta de enfermagem, estudo de revisão sobre o tema<sup>20</sup> indica que foi com a implementação da ESF que essa prática se tornou popular para os usuários e demais profissionais da APS, evidenciando que a consulta de enfermagem é bem vista pelos usuários devido ao seu caráter educativo, proporcionando autonomia ao usuário, melhorando sua qualidade de vida e o vínculo dos usuários com o enfermeiro, a equipe e a unidade de saúde. Ademais, a partir da implementação das consultas de enfermagem, ocorreu a ampliação do acesso aos usuários<sup>21</sup>.

Em estudo<sup>22</sup> realizado a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), abrangendo 3.972 municípios de todos os estados da Federação, no qual os enfermeiros foram a maioria dos entrevistados, ao se avaliar a realização de agendamento de consultas, a maior quantidade de profissionais que o executam está em Minas Gerais (MG), ainda que a porcentagem seja baixa, pois, nos demais estados, poucos enfermeiros participam do agendamento, como evidenciado nos dados desta pesquisa.

Existem dois pontos abordados em outros estudos que sugerem a explicação para que os enfermeiros não consigam monitorar e encaminhar os usuários. Em pesquisa realizada

com profissionais de saúde pública, enfermeiros informaram que muitas vezes perdem os usuários quando estes são encaminhados a outros setores devido à falta de comunicação e de informação das outras redes<sup>23</sup>. Em outro estudo, realizado em Centros de Saúde de Santa Catarina, os profissionais relataram que, pela falta de tempo e falta de comunicação, existem muitos encaminhamentos que acontecem apenas pelos funcionários da recepção, em que não há avaliação clínica dos usuários, e, muitas vezes, esse atendimento não resolve os seus problemas<sup>24</sup>.

Verificou-se, ainda, que a utilização de ferramentas na gestão do cuidado também foi pouco referenciada pelos enfermeiros de nossa pesquisa (33%). Quando se utiliza o termo ferramentas ou tecnologias para a gestão do cuidado, refere-se, também, a processos de trabalho que se somam a essa prática, como, por exemplo, a utilização do acolhimento, construção de vínculo com o usuário e a realização de diagnósticos e prescrições de enfermagem<sup>25</sup>.

Outro aspecto pouco desempenhado no cuidado foi a prescrição de medicamentos guiada por protocolos de cuidado, evidenciando a pouca autonomia do enfermeiro para o cuidado clínico. A esse respeito, estudo realizado com sete enfermeiras, em seis unidades de APS, em Londres, Inglaterra, demonstra que a atuação dos profissionais refere-se a práticas clínicas, manejo de casos crônicos e prescrição de medicamentos, em que o atendimento das condições crônicas é pautado em protocolos de cuidado que ampliam a autonomia e o processo de trabalho dos enfermeiros<sup>26</sup>.

### **Cuidados específicos realizados pelos enfermeiros aos usuários da APS**

Embora o cuidado em saúde na APS seja compartilhado, exercer o cuidado é uma das competências do enfermeiro, que vai além do conhecimento técnico e deve integrar-se às práticas desenvolvidas por todos os profissionais do serviço de saúde. O enfermeiro é um dos profissionais responsáveis por prestar o

cuidado integral nas ações da APS, para que o envolvimento com os usuários não seja apenas focado na doença e no tratamento, mas considere as condições que permeiam a vida do indivíduo<sup>19</sup>.

A respeito desse fazer do enfermeiro na APS, estudo menciona que esse profissional possui uma visão integrativa e ampliada sobre as ações na ESF, mas não consegue implementá-las devido à lógica de produtividade no atendimento instituído nas unidades, pela grande concentração de consultas de enfermagem, sobretudo o pré-natal<sup>27</sup>.

Como já visto neste estudo, as ações mais desempenhadas pelos enfermeiros em ambos os modelos incluem a atenção à criança na puericultura, até os dois anos, prevenção do câncer de colo de útero, investigação de óbitos infantis e disponibilização de informações aos usuários da unidade. Com menos frequência, mas ainda assim executados, estão o encaminhamento para avaliação odontológica de rotina, a captação das gestantes no primeiro trimestre e ações de saúde ambiental.

Houve predomínio de ações sendo desenvolvidas pelo enfermeiro da ESF, como seguimento de prematuro, acompanhamento das crianças do programa Bolsa Família, desenvolvimento de pré-natal, avaliação dos pacientes em programas de saúde, como de tuberculose e hanseníase, e planejamento familiar. Na UBS, as ações do enfermeiro que sobressaíram foram a identificação de risco para condição crônica e o acompanhamento de pacientes nas doenças sexualmente transmissíveis.

Convergindo com esses dados, estudo<sup>8</sup> aborda os elementos que refletem a essência da profissão do enfermeiro, como a prática da clínica, semiologia e semiotécnica associadas com o acolhimento, vínculo, escuta, expressas, por exemplo, por meio da consulta de enfermagem e ações educativas, as quais podem possibilitar mais autonomia, bem como capital simbólico, ou seja, mais reconhecimento, credibilidade e visibilidade ao enfermeiro no campo da APS, que muito faz, mas que nem sempre tem suas ações evidenciadas no campo da saúde.

Some-se a isso que os enfermeiros na APS vêm conquistando espaço social e reconhecimento junto aos integrantes da equipe de saúde e dos usuários, que vivenciam com eles o atendimento clínico e identificam neles a referência para o seu cuidado, o que traz satisfação e dá sentido ao trabalho. Os enfermeiros reconhecem, em seu fazer, potencialidades, como: exercer a prática clínica por meio da consulta de enfermagem, criar vínculos com a população e estabelecer com a equipe relações interpessoais que propiciem um ambiente de trabalho produtivo, saudável e satisfatório, destacando aspectos importantes para a realização de suas atribuições, como a valorização e o reconhecimento, educação permanente em saúde, vínculo estabelecido com a comunidade e trabalho conjunto<sup>8</sup>.

Para além dessas atividades, estudo realizado com 32 enfermeiros de USF no município de Caxias (MA) aponta que as ações realizadas nas unidades têm cunho gerencial, sendo que a organização de programas sociais e a disponibilidade de informações foram citadas como práticas de articulação entre os serviços do município. Abordam que o desenvolvimento das ações depende muito da supervisão dos enfermeiros, da autonomia desse profissional dentro da unidade, do provimento de recursos para que a equipe possa desenvolver os programas na unidade<sup>28</sup>.

Ao contrário, determinadas ações foram pouco ou não desenvolvidas pelos enfermeiros, como o seguimento das crianças após os dois anos, o acompanhamento das gestantes, com solicitação de exames e realização do pré-natal e educação em saúde para as gestantes, as ações de cuidado a pessoas com condições crônicas, atenção à saúde mental e violências, saúde do trabalhador e práticas integrativas e complementares. Segundo a PNAB<sup>2</sup>, o enfermeiro tem como atribuição desenvolver a estratificação de risco das pessoas de seu território e desenvolver um plano de cuidado àqueles que possuem casos crônicos, conjuntamente com os outros profissionais da equipe.

Para além de identificar, é necessário

realizar ações de cuidado ao público portador de doenças crônicas, contudo, apenas 17% dos enfermeiros de UBS deste estudo a realizam, com uma porcentagem um pouco maior na USF (42%). Ao contrário, em estudo realizado no Rio de Janeiro (RJ), os enfermeiros realizam ações focadas em grupos, conforme idade, controle de agravos epidemiológicos e doenças crônicas, como hipertensão e diabetes. Utilizam ações educativas como forma de articular as práticas assistenciais de prevenção e de promoção de saúde<sup>29</sup>.

Para o cuidado individual, o enfermeiro pode utilizar instrumentos em suas consultas que facilitem o cuidado integral, como, por exemplo, a utilização da sistematização da assistência através de relatórios, registros, diagnósticos e prescrições de enfermagem aplicadas sob forma de orientações aos usuários<sup>25</sup>, atividade que precisa ser ampliada na realidade da pesquisa, em que predominam as atividades administrativo-burocráticas.

Em convergência com esses dados, pesquisas<sup>30,31</sup> demonstram que os enfermeiros possuem dificuldades para realizar o atendimento a situações específicas (doenças infecciosas, pessoas em situação de violência, problemas de saúde mental), a exemplo do que foi encontrado neste estudo, mencionando a falta de instrumentos sistematizados, a dificuldade de abordá-los e identificá-los e, ainda, de se responsabilizarem por encaminhar para o cuidado demandado.

Como contribuições para a prática da enfermagem, destacam-se aspectos positivos com relação ao trabalho do enfermeiro na APS, similares para ambos os modelos de atenção, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na puericultura, inclusive prematura, as investigações de óbitos infantis e a prevenção do câncer cervicouterino.

Salienta-se que muitas das ações de sua responsabilidade são mais desenvolvidas na ESF do que na UBS, a exemplo do monitoramento e do encaminhamento para as consultas odontológicas do bebê, o seguimento das

crianças que recebem bolsa família, a captação da gestante no primeiro trimestre da gestação, o atendimento à puérpera e ao RN na primeira semana de vida, fazendo emergir a preocupação de que essas ações possam se perder a partir da nova PNAB. Ademais, embora com menor frequência, também se realizam identificação e estratificação de condições crônicas, planejamento familiar e saúde sexual, diagnóstico e acompanhamento de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e vigilância ambiental.

Por outro lado, ações importantes tanto na ESF quanto na UBS ou não são desenvolvidas ou muito poucos enfermeiros responderam que as adotam, tais como o seguimento da criança até os nove anos, o acompanhamento das gestantes de sua área adscrita, a solicitação de exames para as gestantes ou a realização do acompanhamento do pré-natal de risco habitual, educação em saúde para gestantes, identificação de casos de violência e ações de saúde do trabalhador, fazendo emergir a preocupação com a realização de novos estudos sobre o processo de trabalho do enfermeiro na APS.

Como limitação, aponta-se que o estudo abordou somente a descrição das atividades no trabalho do enfermeiro, em correspondência ao que lhe é atribuído pela PNAB. Outros estudos que investiguem as condições de trabalho do enfermeiro, a estrutura das unidades, a organização do trabalho, são necessários para compreender por que determinadas ações sobressaem no conjunto das atividades.

## Conclusões

Requer-se do enfermeiro na atenção primária que desempenhe um conjunto de atividades tanto integrando a equipe de saúde

quanto as do seu próprio fazer profissional. O estudo evidenciou que o conjunto de demandas exigidas ao enfermeiro não é plenamente executado. A PNAB, recentemente modificada, aponta como locus do cuidado na APS os dois tipos de unidades, os quais, como demonstrado neste estudo, necessitam de reformulação na forma como organizam seus serviços, face a evidente dificuldade dos enfermeiros em desempenhar seu processo de trabalho conforme disposto na resolução que orienta a prática profissional na APS.

Compreende-se que, diante das inúmeras atribuições do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde e as suas funções específicas, parece estar havendo predomínio em atividades que poderiam ser desempenhadas por outros membros da equipe, enquanto as atividades próprias da práxis do enfermeiro estão em segundo plano. Sugere-se uma reflexão sobre o processo de trabalho com vistas à apropriação de sua área de saber e desempenho de funções específicas, evidenciando o protagonismo do enfermeiro, que hoje pouco sobressai nesse âmbito de atenção.

## Colaboradoras

Toso BRGO (0000-0001-7366-077X)\* contribui para o desenho do estudo, redação do relatório de pesquisa, redação do artigo e aprovação de sua versão final. Fungueto L (0000-0001-8888-5656)\* contribui para a elaboração do projeto de pesquisa, coleta de dados, organização e análise dos dados, elaboração do manuscrito e revisão de sua versão final. Maraschin MS (0000-0003-2184-5056)\* e Tonini NS (0000-0003-4704-7634)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(3):457-502.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). 2017 [acesso em 2017 out 6]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.
- Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012.
- Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(116):11-24.
- Brandão LGVA, Teixeira CC, Afonso TC, et al. O sentido do trabalho na Atenção Primária à Saúde. *REAS*. 2019; 11(8):e528.
- Ferreira SRS, Perico LAD, Dias VRGF. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Rev. Bras. Enferm*. 2018; 71(sup1):704-9.
- Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1*. p. 1-4; 1986.
- Fernandes MC, Silva LMS, Silva MRF, et al. Identity of primary health care nurses: perception of “doing everything”. *Rev. Bras. Enferm*. 2018; 71(1):142-7.
- Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, et al. Experiences in the Family Health Strategy: demands and vulnerabilities in the territory. *Rev. Bras. Enferm*. 2017; 70(5):920-7.
- Pinto AGA, Sampaio KR, Lobo AC, et al. Grupos prioritários da estratégia saúde da família: a atenção primária à saúde na prática. *J. nurs. health*. 2016 [acesso em 2020 abr 17]; 6(3):366-378. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31740/bde-31740-595.pdf>.
- Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto & contexto enferm*. 2016; 25(1):e4550015.
- Camelo MS, Lima LR, Volpe CRG, et al. Welcoming in primary health care from the viewpoint of nurses. *Acta Paul. Enferm*. 2016; 29(4):463-468.
- Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. educ. saúde*. 2017; 15(2):373-398.
- Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(3):861-870.
- Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, et al. Estratégia saúde da família meetings: an indispensable tool for local planning. *Texto & contexto enferm*. 2019; (28):e20170477.
- Martins RAS, Souza CAA. Health education in the context of primary health care. *REFACS*. 2017; 5(2):282-288.
- Senna MH, Andrade SR. Indicators and information in local health planning: the perspective of the family health strategy nurses. *Texto & contexto enferm*. 2015; 24(4):950-958.
- Barros JO, Daldon MTB, Rocha TO, et al. Intersectoriality in health and work in the current brazilian context: the utopia of reality? *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e190303.
- Acioli S, Kebiani LVA, Faria MGA, et al. Care practices: the role of nurses in primary health care. *Rev. enferm. UERJ*. 2014; 22(5):637-642.

20. Maranhã NB, Silva MCA, Brito IC. A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. *Academos Rev Cient. da Saúde*. 2017 [acesso em 2020 maio 2]; 2(1):1-10. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revista/article/view/246/261>.
21. Lowen IMV, Peres AM, Ros C, et al. Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(5):898-903.
22. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, et al. The nurse's work in primary health care. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2016; 20(1):90-98
23. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, et al. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saúde Soc.* 2017; 26(2):435-447.
24. Souza TH, Zeferino MT, Fermo VC. Reception: strategic point for user access to the unified health system. *Texto & contexto enferm.* 2016; 25(3):e4440015.
25. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, et al. Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *Acta Paul. Enferm.* 2017; 30(3):323-332.
26. Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev. Bras. Enferm.* 2016; 69(1):169-77.
27. Ramos CFV, Araruna RC, Lima CME, et al. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(3):1144-51.
28. Silva RNA, Lima AKM, Filha FSSC, et al. Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde.* 2016; 9(1):21-29.
29. Tavares RE, Tocantins FR. Nursing actions in primary care and the control of diseases preventable through vaccines. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(5):803-809.
30. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis (Rio J.)*. 2016; 26(3):785-806.
31. Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP, et al. Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it?. *Rev. Bras. Enferm.* 2017; 70(1):119-125.

---

Recebido em 27/10/2020  
Aprovado em 31/05/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Histórico familiar para câncer de mama em mulheres: estudo populacional em Uberaba (MG) utilizando o Family History Screen-7

*Family history of breast cancer in women: a population-based study in Uberaba (MG) using the Family History Screen-7*

Mariana Colombini Buranello<sup>1</sup>, Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>2</sup>, Gilberto de Araújo Pereira<sup>3</sup>, Shamyry Sulyvan de Castro<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113009

**RESUMO** Objetiva-se determinar a prevalência de mulheres com risco de desenvolvimento de câncer de mama pelo histórico familiar em Uberaba (MG), e essa prevalência nas diferentes condições socioeconômicas e epidemiológicas. Pesquisa quantitativa, analítica, observacional e transversal de base populacional. Amostra com 1.520 mulheres a partir de 20 anos. Dados coletados por entrevistas domiciliares sobre informações socioeconômicas e epidemiológicas. A avaliação do risco hereditário de câncer de mama foi realizada pelo Family History Screen-7 (FHS-7). Como resultado, 28,6% da amostra apresentaram risco hereditário para câncer de mama. Houve associação significativa do risco de câncer quanto a: faixa etária, sendo nas mulheres com idade de 70 anos ou mais a maior proporção com risco (33,5%); etnia, sendo a maior proporção entre mulheres de etnia branca (31,2%); renda familiar, com maior ocorrência para renda per capita > 2,5 salários-mínimos (31,6%); prática de exames preventivos (30,6%); e alterações benignas na mama (46,7%). Conclui-se que, a partir do histórico familiar pelo FHS-7, o risco de as mulheres desenvolverem câncer mostrou-se significativamente associado com maior faixa etária, etnia branca e maior renda per capita, com a prática de exames preventivos em dia e alterações benignas na mama. Tais resultados possibilitam melhores direcionamentos de políticas públicas.

<sup>1</sup>Universidade de Franca (Unifran) - Franca (SP), Brasil.  
mburanello@unifran.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Departamento de Fisioterapia Aplicada (DFA) - Uberaba (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Departamento de Ensino da Enfermagem e Educação Comunitária (DEEEC) - Uberaba (MG), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) - Fortaleza (CE), Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde da mulher. Neoplasias da mama. Fatores de risco. Inquéritos epidemiológicos.

**ABSTRACT** *The objective is to determine the prevalence of women at risk of developing breast cancer by family history in Uberaba (MG), and this prevalence in different socioeconomic and epidemiological conditions. Quantitative, analytical, observational and cross-sectional population-based research. Sample with 1.520 women aged 20 years and over. Data collected by household interviews on socioeconomic and epidemiological information. The assessment of the hereditary risk of breast cancer was performed using the Family History Screen-7 (FHS-7). As a result, 28.6% of the sample had a hereditary risk for breast cancer. There was a significant association between the risk of cancer regarding: age group, with women aged 70 years or older being the highest proportion at risk (33.5%); ethnicity, with the highest proportion among women of white ethnicity (31.2%); family income, with a higher occurrence for per capita income > 2.5 minimum wages (31.6%); practice of preventive exams (30.6%); and benign changes in the breast (46.7%). It is concluded that, based on the family history by FHS-7, the risk of women developing cancer was significantly associated with older age, white ethnicity and higher per capita income, with the practice of preventive exams up to date and benign alterations in the breast. Such results make it possible to better direct public policies.*

**KEYWORDS** *Women's health. Breast neoplasms. Risk factors. Health surveys.*



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

Mundialmente, o tipo de câncer mais incidente nas mulheres é o de mama, correspondendo a 25,2% do total de novos casos. Já nos homens, é mais raro, com um caso para cada 100 casos femininos<sup>1</sup>. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), no Brasil, estimativas do biênio 2018/2019 demonstram que a incidência dessa doença foi de, aproximadamente, 59 mil novos casos<sup>2</sup>. Para 2020, estimam-se cerca de 66.280 novos casos<sup>3</sup>, demonstrando o crescimento da incidência desse tipo de câncer no País. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama na mulher estão ligados a fatores endócrinos, genético-hereditários, aos hábitos de vida e ao envelhecimento<sup>4</sup>.

Sobre os fatores genético-hereditários, de acordo com o Inca, cerca de 5 a 10% do total de casos são de caráter hereditário<sup>5</sup>. O risco hereditário envolve mutações genéticas relacionadas, principalmente, aos genes BRCA1 e 2. Além desses genes, outros já são relacionados ao desenvolvimento do câncer de mama. Os genes BRCA1 e BRCA2 são supressores de tumor, sendo que, em indivíduos com risco hereditário, há a herança de determinada mutação em um dos seus alelos, predispondo à sua inativação e ao consequente desenvolvimento do carcinoma. Além desses genes, outras mutações genéticas de síndromes multicânceres, que incluem o câncer de mama, já foram identificadas, como o TP53, PTEN, MLH, entre outros<sup>6</sup>. O acesso à testagem genética é muito restrito, ficando reservado a grandes centros de pesquisa.

O Sistema Único de Saúde (SUS) não cobre a realização do teste, e, no âmbito da saúde suplementar, a Nota Técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nº 876/2013 determinou a cobertura de diversas testagens genéticas, incluindo BRCA1 e 2<sup>7</sup>. Visto que a testagem genética é um procedimento caro e restrito, deve-se atentar para as características epidemiológicas de histórico familiar da população para identificação das mulheres em risco para início das estratégias de rastreamento<sup>8</sup>.

A história familiar, principalmente em parentes de primeiro grau, é considerada um importante fator de risco para o câncer de mama antes dos 50 anos<sup>6</sup>. Consideram-se como em risco hereditário para câncer de mama mulheres que possuem vários casos de câncer de mama e/ou pelo menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, sobretudo em idade jovem. Homens que possuam casos envolvendo parentes consanguíneos também podem ter predisposição genética, e são consideradas de maior risco para a doença<sup>8</sup>.

De acordo com os critérios do Inca, as mulheres consideradas com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama são aquelas que apresentam: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*<sup>9</sup>.

No entanto, a informação sobre o histórico familiar de câncer é pouco explorada, ficando reservada a consultas especializadas. No que diz respeito à atenção básica, essa informação é muitas vezes negligenciada, impedindo a detecção de indivíduos com risco hereditário, bem como seu encaminhamento para serviços especializados. Uma alternativa para abordar a questão familiar nos serviços primários de saúde é a utilização de ferramentas para facilitar a detecção da necessidade de rastreamento em mulheres com histórico familiar de câncer. O instrumento Family History Screen 7 (FHS-7) foi desenvolvido no Brasil com o objetivo de ser uma ferramenta de indicação do risco hereditário para desenvolvimento do câncer de mama<sup>10</sup>.

Dessa forma, traçar um perfil das mulheres classificadas com o risco familiar pode trazer mais conteúdo para a formulação de estratégias de abrangência a essa população de provável risco, com enfoque na prevenção da doença. Assim, a presente pesquisa tem por objetivo determinar a prevalência geral de mulheres com risco de desenvolvimento

de câncer de mama pelo histórico familiar no município de Uberaba (MG), bem como essa prevalência nas diferentes condições socioeconômicas e epidemiológicas.

## Material e métodos

Pesquisa de caráter quantitativo, analítico, observacional e transversal, de base populacional. Este estudo é parte de um projeto maior – Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba-MG (ISA Mulher Uberaba-MG) –, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (1826/2010). O projeto ISA Mulher Uberaba tem por objetivo geral conhecer o perfil de saúde das mulheres a partir de 18 anos na cidade de Uberaba, MG. A cidade de Uberaba localiza-se no estado de Minas Gerais, na região do triângulo mineiro, com população de 295.988 habitantes, densidade demográfica de 65,5 hab/km<sup>2</sup>, sendo a maior cidade da macrorregião a que pertence<sup>11</sup>.

Sobre os aspectos éticos, foram apresentados aos sujeitos os objetivos da pesquisa, as informações pertinentes sobre ela e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após a assinatura do TCLE foi conduzida a entrevista.

A amostra do estudo foi composta por mulheres a partir de 20 anos residentes na cidade de Uberaba (MG), Brasil. Os critérios de inclusão foram: mulheres residentes na zona urbana da cidade de Uberaba, com idade a partir de 20 anos, que compreenderam o teor da pesquisa e estavam aptas a responder à entrevista após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o cálculo amostral, foi considerada uma amostra com 1.530 mulheres, mais 20% de perda. Essa quantidade (1.530) foi calculada considerando-se: a ausência de conhecimento a priori sobre as estimativas das prevalências dos eventos de interesse, portanto, todos iguais a 50%; a necessidade de inferir as estimativas de interesse encontradas na amostra sobre a população

considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro de no máximo 2,5%. O tamanho amostral final foi de 1.836.

Para que a amostra tivesse representatividade quanto aos estratos faixa de idade, renda, escolaridade e cor da pele, ela foi composta com as mesmas proporções populacionais desses estratos, em especial, quanto à faixa de idade. Os dados do Censo do IBGE<sup>11</sup> (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2010 foram utilizados como base para esse plano amostral. Do total de 1.560 entrevistas realizadas no ISA Mulher Uberaba no ano de 2014, 1.520 correspondem às mulheres com 20 anos ou mais, compondo a amostra da presente pesquisa, desta forma, 40 mulheres com menos de 20 anos foram excluídas da análise. Foram incluídas mulheres a partir de 20 anos, haja vista que levou-se em consideração a análise de mulheres consideradas adultas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>12</sup>, além de as recomendações do Inca relatarem ações de rastreamento para o câncer de mama a partir dos 20 anos<sup>13</sup>.

Para a seleção da amostra, foi considerada uma amostragem probabilística em múltiplos estágios. No primeiro estágio, dentro de cada distrito sanitário, foram selecionados aleatoriamente 50% dos bairros, respeitando-se a proporcionalidade populacional de cada distrito em termos de quantidade de bairros. No segundo estágio, dentro de cada bairro previamente sorteado, foram selecionados, de forma aleatória, 25% dos setores censitários, respeitando-se a proporcionalidade populacional de cada bairro em termos de quantidade de setores censitários. Dentro do setor censitário previamente sorteado, os domicílios foram selecionados de forma sistemática a partir da seleção aleatória do primeiro domicílio, e os demais foram aqueles na sequência entre 32 domicílios, até ser atingida a quantidade desejada para cada estrato de interesse quanto à faixa de idade. Apenas uma entrevista foi realizada para cada domicílio selecionado, sendo que, no caso de haver mais de uma mulher no mesmo, a

escolha sobre a realização da entrevista ficou a critério das moradoras.

A avaliação do risco hereditário de câncer de mama foi realizada através de um questionário validado para a população brasileira, o Family History Screen 7 (FHS-7)<sup>10</sup>, proposto como um instrumento de rastreamento para o risco hereditário de desenvolvimento do câncer de mama em um contexto de atenção básica. Esse questionário é composto de sete perguntas com respostas afirmativas ou negativas. O ponto de corte utilizado foi de uma resposta afirmativa revelando o risco hereditário para o desenvolvimento do câncer de mama. Para esse ponto de corte, os autores do questionário verificaram uma sensibilidade de 87,6% e especificidade de 56,4%<sup>9</sup>. O questionário utilizado foi selecionado por ser um instrumento validado à população brasileira<sup>10</sup>.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares, feitas por 22 entrevistadoras do sexo feminino, especialmente treinadas para este estudo. Foram dadas as orientações quanto ao funcionamento dos instrumentos. Cada uma das entrevistadoras passou por treinamento de aplicação do questionário, além de noções e técnicas para entrevista. Também houve a supervisão de campo com conferência das entrevistas no recebimento, e a checagem aleatória via telefone de 10% das entrevistas realizadas. O período de coleta dos dados ocorreu entre os meses de março a outubro de 2014.

Para traçar o perfil socioeconômico, epidemiológico do grupo, as variáveis foram: faixa etária (20 - 39; 40 - 49; 50 - 69;  $\geq$  70); cor da pele (branca; parda; preta; outras); estado conjugal (solteiro; em união; viúva; separada); escolaridade (analfabeta; até 5 anos; > 5 a < 9 anos; 9 a < 12; 12 anos ou mais); renda familiar per capita (em Salários-Mínimos - SM) (até 0,5 SM; > 0,5 - 1 SM; > 1 SM; > 1 a 2,5 SM; > 2,5 SM); chefe de família (sim; não); nuliparidade (sim; não); presença de neoplasias (sim; não); neoplasias benignas da mama (sim; não); câncer de mama (sim; não); prática de exames preventivos (sim; não). A prática de exames

preventivos tomou como recomendação a mamografia bianual na faixa etária entre 50-69 anos, e o exame clínico das mamas como parte da rotina de atenção à saúde da mulher, de acordo com as recomendações do Inca<sup>13</sup>.

As variáveis para identificação do risco de câncer de mama pelo histórico familiar foram aquelas que compõem do questionário FHS-7<sup>10</sup>: Parentes de 1º grau com câncer de mama ou de ovário (Sim/Não); Câncer de mama bilateral (Sim/Não); Homem da família com câncer de mama (Sim/Não); Mulher da família com câncer de mama ou de ovário (Sim/Não); Mulher da família com câncer de mama antes dos 50 anos (Sim/Não); Dois ou mais parentes com câncer de mama e/ou de ovário (Sim/Não); Dois ou mais parentes com câncer de mama e/ou de intestino (Sim/Não). O ponto de corte de uma resposta afirmativa foi utilizado para determinar o risco pelo histórico familiar, conforme sugerido pelos autores do instrumento<sup>10</sup>.

Após a coleta das entrevistas, houve a revisão e a codificação dos dados. Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa EpiData® versão 2.0. Os dados coletados foram processados em microcomputador, com dupla digitação e verificação da consistência entre os dois bancos, e, na ocorrência de dados inconsistentes, estes foram verificados na entrevista original, e realizada sua correção.

A análise descritiva foi realizada com uso de frequências absolutas e percentuais. Os testes inferenciais usaram o teste de Qui-Quadrado com nível de significância de  $p < 0,05$ . O teste qui-quadrado apresentou em todas as situações condições básicas para sua utilização, como, pelo menos, 80% das células com frequências maiores que 5 e nenhuma menor que 1<sup>14</sup>. Todas as análises foram realizadas com o programa Stata® versão 13.

## Resultados

Segundo a classificação de risco proposta pelo FHS-7, entre 1.516 mulheres com risco de câncer avaliadas pelo instrumento FHS-7,

28,6% (IC95%: 26,3%-30,8%) apresentam risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

A análise do risco de câncer avaliado pelo FHS-7 segundo algumas variáveis sociodemográficas, demonstra uma associação significativa da presença do risco de câncer com: a faixa etária ( $p=0,001$ ), sendo naquelas mulheres com idade de 70 anos ou mais a maior proporção de mulheres com risco de desenvolvimento de câncer de mama pelo histórico familiar – 33,5% (IC95%: 27,9%; 40,0%); com a etnia ( $p=0,01$ ), sendo a maior proporção entre as mulheres de etnia branca – 31,2% (IC95%: 28,1%; 34,4%); com a renda familiar ( $p=0,022$ ), havendo maior

ocorrência entre as mulheres com renda per capita > 2,5 salários-mínimos – 31,6% (IC95%: 24,9%; 38,2%) (tabela 1).

Quanto à análise de associação do risco de câncer avaliado pelo instrumento FHS-7 segundo algumas variáveis epidemiológicas, observa-se uma associação significativa quanto à prática de exames preventivos ( $p=0,024$ ) (30,6%; IC95%: 27,7%; 33,6%) e alterações benignas na mama ( $p=0,027$ ) (46,7%; IC95%: 28,8%; 64,5%) (tabela 2).

A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra segundo o risco determinado pelo instrumento FHS-7.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres em Uberaba, segundo o risco hereditário pelo FHS-7. ISA Mulher, Uberaba (MG), 2014

Variável	Risco pelo FHS-7*			p**	Total N (%)	IC 95%	
	Sim n (%)	IC 95%	Não n (%)				
<b>Geral</b>	<b>433 (28,6%)</b>	<b>26,3-30,8</b>	<b>1083 (71,4%)</b>	<b>-</b>	<b>1516 (100%)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Faixa Etária</b>	<b>433 (28,6%)</b>	<b>IC95%</b>	<b>1083 (71,4%)</b>	<b>0,001</b>	<b>1516 (100%)</b>	<b>IC 95%</b>	
20   39 anos	103 (22,5%)	18,7-26,3	355 (77,5%)		458 (30,2%)	27,9	32,5
40   49 anos	64 (26,1%)	20,6-31,6	181 (73,9%)		245 (16,2%)	14,3	18,0
50   69 anos	198 (32,5%)	28,7-36,2	412 (67,5%)		610 (40,2%)	37,8	42,7
≥ 70 anos	68 (33,5%)	27,9-40,0	135 (66,5%)		203 (13,4%)	11,7	15,1
<b>Escolaridade***</b>	<b>433 (28,6%)</b>	<b>IC95%</b>	<b>1083 (71,4%)</b>	<b>0,076</b>	<b>1516 (100%)</b>	<b>IC 95%</b>	
Analfabeta	10 (18,2%)	8,0-28,4	45 (81,8%)		55 (3,6%)	2,7	4,6
Até 5 anos	96 (29,4%)	24,5-34,4	230 (70,5%)		326 (21,5%)	19,4	23,6
> 5 a < 9 anos	87 (24,5%)	20,0-29,0	268 (75,5%)		355 (23,4%)	21,3	25,5
9 a < 12 anos	85 (29%)	23,8-34,2	208 (71%)		293 (19,3%)	17,3	21,3
12 anos ou mais	155 (31,8%)	27,7-36,0	332 (68,2%)		487 (32,1%)	29,8	34,5
<b>Etnia</b>	<b>431 (28,6%)</b>	<b>IC95%</b>	<b>1076 (71,4%)</b>	<b>0,010</b>	<b>1507 (100%)</b>	<b>IC 95%</b>	
Branca	263 (31,2%)	28,1-34,4	579 (68,8%)		842 (55,9%)	53,4	58,4
Preta/Parda	162 (26%)	22,6-29,4	461 (74%)		623 (41,3%)	38,9	43,8
Outras	6 (14,3%)	3,7-24,9	36 (85,7%)		42 (2,8%)	2,0	3,6
<b>Chefe Família</b>	<b>192 (30%)</b>	<b>26,6 - 33,8%</b>	<b>448 (70%)</b>	<b>0,278</b>	<b>640 (43,4%)</b>	<b>40,8</b>	<b>45,9</b>
<b>Renda per capita****</b>	<b>433 (28,6%)</b>	<b>IC95%</b>	<b>1083 (71,4)</b>	<b>0,022</b>	<b>1516 (100%)</b>	<b>IC 95%</b>	
Até 0,5 SM	84 (22,3%)	18,1-26,6	292 (77,7%)		376 (24,8%)	22,6	27,0
> 0,5 - 1 SM	160 (30,6%)	26,6-34,5	363 (69,4%)		523 (34,5%)	32,1	36,9
> 1 SM - 2,5 SM	130 (30,2%)	25,9-34,6	300 (69,8%)		430 (28,4%)	26,1	30,6
> 2,5 SM	59 (31,5%)	24,9-38,2	128 (68,4%)		187 (12,3%)	10,7	14,0

Fonte: Elaboração própria.

\*FHS-7: Family History Screen 7; \*\*Teste de Qui-Quadrado; \*\*\*Escolaridade em anos de estudo; \*\*\*\*Renda per capita em Salários-Mínimos (SM); número máximo de perdas: 183.

De acordo com a *tabela 1*, a faixa etária que demonstrou maior frequência de risco foi a de 70 anos ou mais, etnia branca, renda per capita > 2,5 salários-mínimos.

A *tabela 2* abrange as características epidemiológicas da amostra segundo o risco pelo instrumento FHS-7.

Tabela 2. Caracterização epidemiológica das mulheres em Uberaba, segundo o risco hereditário pelo FHS-7. ISA Mulher, Uberaba (MG), 2014

Variável	Risco pelo FHS-7*			p**	Total N (%)	IC 95%
	Sim n (%)	IC 95%	Não n (%)			
Nuliparidade	70 (31%)	24,9-37,0	156 (69%)	0,394	226 (15%)	15,0-19,1
Prática de exames preventivos	288 (30,6%)	27,7-33,6	653 (69,4%)	0,024	941 (62,4%)	68,6-73,5
Alterações Benignas Mama	14 (46,7%)	28,8-64,5	16 (53,3%)	0,027	30 (2%)	1,5-3,1
Câncer de mama	4 (57,1%)	20,5-93,8	3 (42,9%)	0,093	7 (0,5%)	0,1-0,9
Neoplasias Geral	43 (35,9%)	27,3-44,4	77 (64,2%)	0,068	120 (7,9%)	7,5-10,6

Fonte: Elaboração própria.

\*FHS-7: Family History Screen 7; \*\*Qui-Quadrado; número máximo de perdas: 183.

A *tabela 2* demonstra que mais de 30% das mulheres que praticam os exames preventivos para câncer de mama apresentaram o risco hereditário segundo o FHS-7. Além disso, o risco familiar positivo esteve presente em 46,67% dos casos de alterações benignas na mama. Dos casos de câncer de mama prevalentes na amostra, mais da metade (57,1%) revelou histórico familiar positivo pelo FHS-7.

Sobre a prática de exames preventivos para câncer de mama (mamografia), 66,5% das mulheres classificadas com o risco familiar pelo FHS-7 estavam em dia com o exame. Esse valor foi menor para as que não estavam classificadas com o risco familiar (60,9%).

## Discussão

Sabe-se que existe um vasto potencial de ações de prevenção primária e secundária do câncer de mama não realizadas em populações de risco de desenvolvimento dessa doença<sup>15</sup>. Ainda, o histórico familiar de câncer aumenta o risco de desenvolvimento de vários tipos de câncer, em especial, o de mama<sup>5</sup>.

Na presente pesquisa foi encontrada uma prevalência do risco familiar para o câncer de mama de 28,6%, segundo o instrumento FHS-7. No estudo de Renck et al.<sup>16</sup>, foi relatada uma prevalência semelhante (22%).

Caleffi et al.<sup>17</sup> conduziram um estudo de coorte prospectiva com mais de 3 mil mulheres em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, Brasil, avaliando-se a aderência a programas de rastreamento para o câncer de mama e fatores associados. Os autores também utilizaram o FHS-7 para avaliação do risco familiar do câncer de mama, e as mulheres com suspeita de síndrome hereditária de câncer de mama foram encaminhadas para o serviço de aconselhamento genético. Os resultados da pesquisa demonstraram, inicialmente, uma prevalência de 33,5% de histórico familiar de câncer em parentes de primeiro grau, 5,3% de histórico familiar de câncer de mama ou ovário em parentes de primeiro grau, e, destes, 3,3% apresentaram a mutação genética. Os autores do artigo destacam a importância da comunicação adequada entre os serviços de saúde e as mulheres que apresentaram histórico familiar positivo, pois estas necessitam de

programas de rastreamento adequados, o que pode facilitar sua aderência quando a mulher possui a informação sobre esse risco familiar<sup>17</sup>.

O estudo de Cloud et al.<sup>15</sup> avaliou uma coorte de mulheres de alto risco para desenvolvimento do câncer de mama nos Estados Unidos, observando uma maior prevalência de mulheres brancas, com nível educacional médio e superior e idade entre 46 e 55 anos. No estudo de Bellcross et al.<sup>18</sup>, foi constatada maior prevalência da etnia branca, escolaridade média, maior nível de renda e idade entre 51-60 anos para um grupo de mulheres encaminhadas para aconselhamento genético e testagem dos genes BRCA1/2.

Na presente pesquisa, foi encontrada maior prevalência do risco familiar pelo FHS-7 na etnia branca, com maior renda per capita e na faixa etária de 70 anos ou mais. Os resultados referentes a etnia concordam com os dos estudos de Cloud et al.<sup>15</sup> e Bellcross et al.<sup>18</sup>. Sabe-se que a etnia branca apresenta maior prevalência de mutação no gene BRCA1 em comparação à negra<sup>19</sup>.

Os achados sobre a renda refletem um perfil socioeconômico da amostra classificada com risco familiar pelo FHS-7. Blaes et al.<sup>20</sup> relataram maior renda para mulheres com testagem genética positiva para o câncer de mama, o que pode refletir a relação entre renda e maior capacidade de acesso à testagem genética. No entanto, na presente pesquisa, tal análise não foi controlada por outras variáveis que poderiam influenciar esse quadro, como etnia e escolaridade, podendo ser considerada uma limitação da presente pesquisa. No estudo de Bellcross et al.<sup>18</sup>, a renda deixou de ser associada ao risco familiar após ser controlada por outras variáveis.

Sobre o perfil da faixa etária mais avançada encontrado na presente pesquisa, apesar da história familiar de câncer de mama ser reconhecida como preditor de risco para cânceres de início precoce, não são observadas variações nessa relação de risco em idades mais avançadas. Assim, essa característica permanece como risco mesmo com o envelhecimento<sup>19,21</sup>.

Sabe-se que o rastreamento mamográfico para o câncer de mama é a melhor metodologia de prevenção secundária em nível populacional, constituindo medida de intervenção, promovendo a detecção precoce na fase assintomática e implicando a redução substancial da morbimortalidade causada pelo diagnóstico tardio<sup>22</sup>. Ao se analisar a prática dos exames preventivos, 66,51% das mulheres classificadas com o risco familiar pelo FHS-7 estavam em dia com esse tipo de rastreamento, correspondendo a aproximadamente 30% do total de mulheres que estavam em dia com essa prática. Esse resultado indica que o histórico familiar da doença pode auxiliar a adesão às práticas de rastreio, já que o histórico familiar da doença está associado, também, a maior frequência de conhecimento dos fatores de risco<sup>23</sup>. No estudo de Brum et al.<sup>24</sup>, foi observada uma prevalência de 35,5% de mulheres atendidas em um ambulatório de um hospital universitário com relato de familiares com câncer de mama, e encontrou-se uma associação entre ter familiares com câncer de mama em específico e a adesão às práticas de rastreamento (mamografia) e de exames de atenção à saúde das mamas (exame clínico e autopalpação). Os autores justificam tais achados ressaltando que conhecer alguém com câncer de mama ou, ainda mais fortemente, algum familiar com a doença pode levar a mulher a ter mais consciência sobre a doença e ser proativa no processo de autocuidado<sup>24</sup>.

Mais de 46% das mulheres que relataram alterações benignas nas mamas foram classificadas com o risco familiar pelo FHS-7. O resultado é um alerta à necessidade de abrangência das ações de atenção a esse grupo, em específico, com necessidade de aprofundamento nas questões de pesquisa de câncer familiar e aprofundamento diagnóstico de casos suspeitos<sup>13</sup>. As alterações benignas da mama associadas ao risco familiar da doença devem ser investigadas, pois são um fator de risco ao desenvolvimento do câncer de mama<sup>8</sup>.

As diretrizes para diagnóstico precoce do câncer de mama do Inca indicam a importância

de se fazer o acompanhamento e encaminhamento de casos suspeitos na atenção básica, ressaltando a importância das estratégias de conscientização e do exame clínico das mamas como parte desse cuidado à saúde da mulher<sup>13</sup>. Nesse sentido, o instrumento FHS-7 é proposto como uma forma de rastreio para o risco familiar do câncer de mama, buscando a detecção desses casos de forma mais rápida em um contexto de atenção básica<sup>10</sup>, sendo indicado como uma das ferramentas de rastreamento segundo recomendações da United States Preventive Services Task Force (USPSTF)<sup>25</sup>. De acordo com o documento, a classificação de risco pelo FHS-7 deve ser utilizada como um rastreamento para a necessidade de encaminhamento para testagem genética de BRCA1/2<sup>24</sup>. Assim, não é possível afirmar que todas as mulheres classificadas com o risco familiar pelo instrumento realmente sejam classificadas como o grupo de risco para o câncer de mama de fator hereditário ou familiar.

No âmbito do SUS, a testagem genética para determinação do risco familiar de desenvolvimento do câncer de mama não é uma realidade. A realização de testagem está restrita a centros de pesquisa especializados, e poucas mulheres terão acesso a esse tipo de exame<sup>8</sup>. A ANS já tem publicada uma nota técnica que determina a realização da testagem, após o preenchimento de diversas características que evidenciam a possibilidade da genética familiar para diversos tipos de doenças<sup>7</sup>. Dessa forma, as estratégias de rastreio eficazes, avaliação do histórico familiar para câncer em consultas de rotina na atenção básica, educação das mulheres com relação aos sinais/sintomas do câncer de mama e hábitos de vida saudáveis são a base para o controle e o segmento das mulheres detectadas com possível risco familiar para o desenvolvimento do câncer de mama, com consultas mais frequentes, exames de rastreamento com periodicidade especial e o autocuidado<sup>5,8</sup>.

Considerando que a informação sobre o histórico familiar de câncer é pouco explorada e muitas vezes negligenciada na atenção básica, e

que há diversos fatores ou barreiras que podem limitar a efetividade do rastreamento mamográfico, quer estejam relacionados ao sistema de saúde, à educação ou à adesão ao exame de mamografia<sup>22</sup>, esse instrumento é indicado como uma ferramenta de fácil aplicação na atenção básica para o rastreamento inicial de mulheres classificadas com o risco familiar para posteriores análises específicas desse risco familiar<sup>26</sup>, podendo trazer mais conteúdo para a formulação de estratégias de abrangência a essa população de provável risco.

No entanto, cabe considerar que, apesar da sua importante indicação no rastreamento de mulheres com risco familiar de câncer de mama, existem algumas limitações na realização de um questionário como o FHS-7. Uma delas é o viés de memória. Muitas mulheres podem não se lembrar, no momento da entrevista, da ocorrência de casos de câncer na família ou podem não conhecer a história de doenças da família e acabar por pressupor a ocorrência ou não da doença.

Outra questão é o ponto de corte de uma resposta afirmativa para classificação do risco familiar, além de todas as questões sobre esse histórico apresentarem o mesmo peso para a classificação. Esse ponto de corte foi proposto pelos autores do instrumento<sup>9</sup>, no entanto, não foram testados outros pontos de corte com uma especificidade maior. Como implicações para uma baixa especificidade existe a possibilidade da seleção de mulheres que não apresentam os marcadores genéticos para a testagem e o acompanhamento, gerando uma sobrecarga nos sistemas de saúde, além dos efeitos individuais de ansiedade e sobrecarga com a possibilidade do diagnóstico.

Como limitações do estudo, pode-se destacar o viés de memória a que inquiridos desse tipo estão sujeitos, visto que as participantes podem não se lembrar ou não conhecer o seu histórico familiar para algumas condições. Além disso, não foi realizado o controle de algumas variáveis para as medidas de associação.

## Conclusões

De forma geral, de acordo com os resultados da presente pesquisa, pode-se afirmar que o risco pelo histórico familiar determinado pelo FHS-7 demonstrou uma prevalência maior de mulheres da etnia branca, renda per capita maior e idade mais avançada na amostra estudada. A prevalência do risco familiar de câncer de mama pelo FHS-7 na amostra geral foi de 28,6%, assim, tais resultados possibilitam a formulação de políticas públicas para prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama para essa população de risco, além de ressaltarem a importância da abordagem do histórico familiar de câncer de mama no contexto da atenção básica.

## Agradecimentos

À Fundação de Amparo e Pesquisa à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig).

## Colaboradores

Buranello MC (0000-0003-1782-1035)\* contribuiu para a coleta de dados, análise dos resultados e redação do artigo. Walsh IAP (0000-0002-5684-8612)\* contribuiu para a concepção do projeto e revisão do artigo. Pereira GA (0000-0002-9149-6368)\* contribuiu para a concepção do projeto, análise estatística dos dados e revisão do artigo. Castro SS (0000-0002-2661-7899)\* contribuiu para a concepção do projeto, redação e revisão do artigo. ■

---

## Referências

1. Torre LA, Freddie B, Siegel RL, et al. A Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J. Clin.* 2015; 65(2):87-108.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2017: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
4. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, PY L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 106-130.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
6. Dantas ELR, Lima Sá FH, Carvalho SMF, et al. Genética do Câncer Hereditário. *Rev. Bras. Canc.* 2009; 55(3):263-269.
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Nota Técnica 876/2013, Diretriz de Utilização de Genética para os procedimentos de Análise Molecular de DNA e Pesquisa de Microdeleções Microduplicações por FISH, constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº 338/2013. Rio de Janeiro: ANSS; 2013.
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rede nacional de câncer familiar: manual operacional. Rio de Janeiro: INCA; 2009.
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Silva. Controle do Câncer de Mama: Documento do Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
10. Ashton-Prolla P, Giacomazzi J, Schmidt AV, et al. Development and validation of a simple questionnaire for the identification of hereditary breast cancer in primary care. *BMC Cancer*. 2009; (9):283.
  11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Famílias e Domicílios. Resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
  12. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasília, DF: OMS; 2011.
  13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
  14. Contador JLS, França EL. Testes não paramétricos para pequenas amostras de variáveis não categorizadas: um estudo. *Gestão & Prod.* 2016 [acesso em 2021 jun 4]; 23(03):588-599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-530X357-15>.
  15. Cloud AJ, Thai A, Liao Y, et al. The impact of cancer prevention guideline adherence on overall mortality in a high-risk cohort of women from the New York site of the Breast Cancer Family Registry. *Breast Cancer Res Treat.* 2015; 14(9):537-46.
  16. Renck DV, Barros F, Domingues MR, et al. Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(1):88-96.
  17. Caleffi M, Ribeiro RA, Bedin AJ, et al. Adherence to a Breast Cancer Screening Program and Its Predictors in Underserved Women in Southern Brazil. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010; 19(10):2673-2679.
  18. Bellcross CA, Peipins LA, Mccarty FA, et al. Characteristics associated with genetic counseling referral and BRCA1/2 testing among women in a large integrated health system. *Genet Med.* 2015; 17(1):43-50.
  19. Malone KE, Daling JR, Doody DR, et al. Prevalence and Predictors of BRCA1 and BRCA2 Mutations in a Population-Based Study of Breast Cancer in White and Black American Women Ages 35 to 64 Years. *Cancer Res.* 2006; 66(16):8297-308.
  20. Blaes AH, Jewett PI, McKay K, et al. Factors associated with genetic testing in a cohort of breast cancer survivors. *Breast J.* 2019; (25):1241-1244.
  21. Brinton LA, Gierach GL, Pfeiffer RM, et al. Breast Cancer Risk in Older Women: Results from the NIH-AARP Diet and Health Study. *Cancer Causes Control.* 2014; 25(7):843-857.
  22. Lourenco TS, Mauad EC, Vieira RAC. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(4):585-591.
  23. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LAS, et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2011; 11(2):163-171.
  24. Brum IV, Rodrigues TCGF, Laporte EGJ, et al. Conhecer alguém com câncer de mama influencia a prevalência da adesão ao rastreamento dos cânceres de mama e colo uterino? *Rev. Bras. Ginecol Obstet.* 2018; 40:203-208.
  25. US Preventive Services Task Force. Risk Assessment, Genetic Counseling, and Genetic Testing for BRCA-Related Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2019; 322(7):652-665.
  26. Vianna FSL, Giacomazzi J, Oliveira Netto CB, et al. Performance of the Gail and Tyrer-Cuzick breast cancer risk assessment models in women screened in a primary care setting with the FHS-7 questionnaire. *Genet. Mol. Biol.* 2019; 42(1):232-237.

---

Recebido em 25/08/2020

Aprovado em 10/06/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) suporte nº 01825-12

# Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018

*Proportional mortality in Brazil's indigenous population in the years 2000, 2010, and 2018*

Francielle Thalita Almeida Alves<sup>1</sup>, Elton Junio Sady Prates<sup>1</sup>, Luis Henrique Prado Carneiro<sup>1</sup>, Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá<sup>1</sup>, Érica Dumont Pena<sup>1</sup>, Deborah Carvalho Malta<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113010

**RESUMO** O objetivo do estudo foi analisar a mortalidade indígena no Brasil em 2000, 2010 e 2018. Estudo descritivo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Calculou-se a mortalidade proporcional entre indígenas e restante da população brasileira, segundo idade, sexo, causa e regiões do Brasil. A proporção de óbitos em indígenas menores de 1 ano em 2000, 2010 e 2018 foi de 15,3%, 17,7% e 16,2%; e no restante do Brasil, foi de 7,2%, 3,5% e 2,7% respectivamente. A proporção de óbitos a partir de 50 anos nos indígenas nos mesmos anos foi de 47,0%, 48,1% e 52,0%; e no restante do Brasil, foi de 66,8%, 74,4% e 79,4%. Em 2018, indígenas menores de 1 ano morreram mais de afecções perinatais (39,4%), doenças infecciosas e parasitárias (10,1%) e causas externas (9,8%). Em menores de 1 ano do restante da população brasileira, essas causas corresponderam a 57,8%, 3,8% e 2,8%. Indígenas acima de 50 anos morreram mais por doenças circulatórias (28,6%), respiratórias (15,4%) e neoplasias (14,6%); e no restante da população brasileira, essas causas representaram 31,5%, 13,6% e 19,0%. Evidenciaram-se desigualdades em saúde e piores indicadores nos povos indígenas no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Mortalidade. Saúde de populações indígenas. Sistema de informação. Epidemiologia. Brasil.

**ABSTRACT** *This study aims to analyze indigenous mortality in Brazil in 2000, 2010, and 2018. This is a descriptive study with data from the Mortality Information System (SIM, in Portuguese). Proportional mortality among indigenous people and the remaining Brazilian population was calculated according to age, sex, cause, and regions of Brazil. The proportion of deaths among indigenous people, for individuals younger than one year of age, in 2000, 2010, and 2018 was 15.3%, 17.7%, and 16.2%, respectively. The proportions for the general Brazilian population were 7.2%, 3.5%, and 2.7%, respectively. For indigenous people aged 50 years and over, the proportions in the same years were 47.0%, 48.1%, and 52.0% and in the rest of Brazil, 66.8%, 74.4%, and 79.4%, respectively. In 2018, indigenous children under 1 year of age died more from perinatal disorders (39.4%), infectious and parasitic diseases (10.1%), and external causes (9.8%). In children under 1 year of age, from the non-indigenous Brazilian population, these causes corresponded to 57.8%, 3.8%, and 2.8%, respectively. Indigenous people over 50 years of age died more from circulatory diseases (28.6%), respiratory diseases (15.4%), and neoplasms (14.6%), and in the remaining Brazilian population, these causes represented 31.5%, 13.6%, and 19.0%, respectively. Health inequalities and worse indicators among indigenous peoples in Brazil are evident.*

**KEYWORDS** Mortality. Health of indigenous populations. Information system. Epidemiology. Brazil.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE) – Belo Horizonte (MG), Brasil.  
dcmalta@uol.com.br



## Introdução

Os povos indígenas no Brasil estão expostos às condições desfavoráveis de saúde, evidenciadas em maiores taxas de mortalidade entre esses povos em comparação com o restante da população brasileira<sup>1,2</sup>.

No que diz respeito aos dados populacionais no Brasil, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que a população indígena corresponde a 896,9 mil indígenas (0,4% da população brasileira) distribuídos em todos os estados<sup>3</sup>. Apesar do contingente populacional menor em relação ao total da população brasileira, esses povos apresentam imensa expressividade sociocultural, incluindo 305 grupos étnicos, falantes de 275 idiomas<sup>3,4</sup>, sendo importante a compreensão e a valorização dos diversos modos de vida, o respeito aos saberes tradicionais e a garantia da participação deles na gestão da saúde de suas comunidades.

Entre as causas de morbimortalidade dos indígenas no Brasil, historicamente, há o predomínio de doenças infecciosas e parasitárias<sup>5</sup>. Atualmente, nessa população, observa-se a transição epidemiológica, com dupla carga de doenças, que incluem as infecciosas e parasitárias e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>5,6</sup>. Essa transição se deve às mudanças intensas nos modos de vida da humanidade, associadas a um padrão civilizatório que tende a negar as formas de vida plurais, especialmente as que consideram a necessidade de manter-se próximas da Terra, impondo a vida em ambientes artificiais<sup>7</sup>.

As pesquisas sobre desigualdades nos povos indígenas no campo da saúde coletiva cresceram nos últimos anos<sup>2,8-10</sup>. Contudo, estudos recentes que retratam a mortalidade geral para a população indígena no Brasil ainda são escassos<sup>11</sup>. Poucas investigações têm destacado taxas de mortalidade em faixas etárias específicas<sup>1,2,12-14</sup> e, além disso, indicam que a redução das taxas de mortalidade em indígenas não acontece com mesma velocidade observada para o restante da população brasileira<sup>12-14</sup>.

Diante do exposto, este estudo pautou-se pelo questionamento: qual a evolução da mortalidade na população indígena e no restante da população do Brasil, nos anos 2000, 2010 e 2018, segundo sexo, faixa etária, regiões do País e causas de óbito? Dessa forma, objetivou-se analisar a mortalidade indígena no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. Espera-se que o conhecimento de aspectos relacionados com a mortalidade indígena, no que diz respeito à diferença no âmbito regional, causas básicas de morte, sexo e principais faixas etárias acometidas, forneçam subsídios para orientar políticas públicas de saúde e reduzir as iniquidades.

## Material e métodos

Estudo descritivo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, referente aos óbitos em indígenas no Brasil e no restante da população brasileira, nos anos 2000, 2010 e 2018. Esses dados encontram-se disponíveis no portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) (<https://datasus.saude.gov.br/>).

Neste estudo, os anos utilizados como marcos para referência de análise relacionam-se com os seguintes motivos: 2000 por ser o ano de criação do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi), considerado um importante marco político-institucional para o monitoramento da saúde dos povos indígenas<sup>15</sup>; 2010, ano de constituição da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), o primeiro órgão exclusivamente responsável pela gestão e execução da saúde indígena<sup>16</sup> e o ano em que a identificação dos povos indígenas passou a ser autodeclarada no Censo Demográfico<sup>3</sup>; e 2018 por ser o último ano disponível na base do Datasus. Este estudo incluiu as seguintes variáveis:

- a) Variável desfecho: mortalidade proporcional entre indígenas e o restante da população brasileira.

b) Variáveis explicativas: sexo (masculino e feminino); faixa etária, que foi categorizada conforme a publicação 'Saúde Brasil 2015/2016'<sup>17</sup>; regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste); causas básicas de óbito segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), décima versão (CID-10)<sup>18</sup>. Utilizaram-se os capítulos: I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal; XVIII: Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade; e XX: Causas externas de morbidade e mortalidade. Já na categoria outros, capítulos foram somados: Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (III); Transtornos mentais e comportamentais (V); Doenças do sistema nervoso (VI); Doenças do aparelho digestivo (XI); Doenças da pele e do tecido subcutâneo (XII); Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII); Doenças do aparelho geniturinário (XIV); Gravidez, parto e puerpério (XV); e Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas (XVII). Os capítulos VII (Doenças do olho e anexos) e VIII (Doenças do ouvido e da apófise mastoide) constavam na base do SIM apenas no ano de 2018 somente para a somatória do Brasil, subtraída da análise a população indígena.

Calculou-se a mortalidade proporcional (%) segundo faixa etária, sexo, causa básica e região de residência, por meio de frequências absolutas e relativas. O cálculo da proporção da mortalidade da população indígena constituiu uma razão em que o numerador foi composto por fração dos óbitos analisados entre indígenas (y) segundo: sexo, faixa etária, região ou causas básicas de óbitos, multiplicada por 100;

e o denominador foi a totalidade dos óbitos analisados, conforme a fórmula abaixo:

$$\frac{\text{fração dos óbitos } y \times 100}{\text{totalidade dos óbitos } y}$$

Utilizou-se a mesma fórmula para calcular a mortalidade proporcional para o restante da população do Brasil, sendo que, no denominador, empregou-se o total dos óbitos da população brasileira, excluindo os óbitos entre indígenas. Compararam-se os dois grupos (indígenas e restante da população brasileira) para as curvas de mortalidade proporcional (%) segundo a faixa etária; e na distribuição proporcional (%) das causas de óbito, segundo os capítulos da CID-10 por faixa etária. Adicionalmente, procedeu-se à análise da mortalidade proporcional por sexo e região segundo faixa etária. A organização e a análise dos dados foram realizadas no *software* Microsoft Office Excel (Microsoft®, 2016).

Devido à natureza do estudo, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

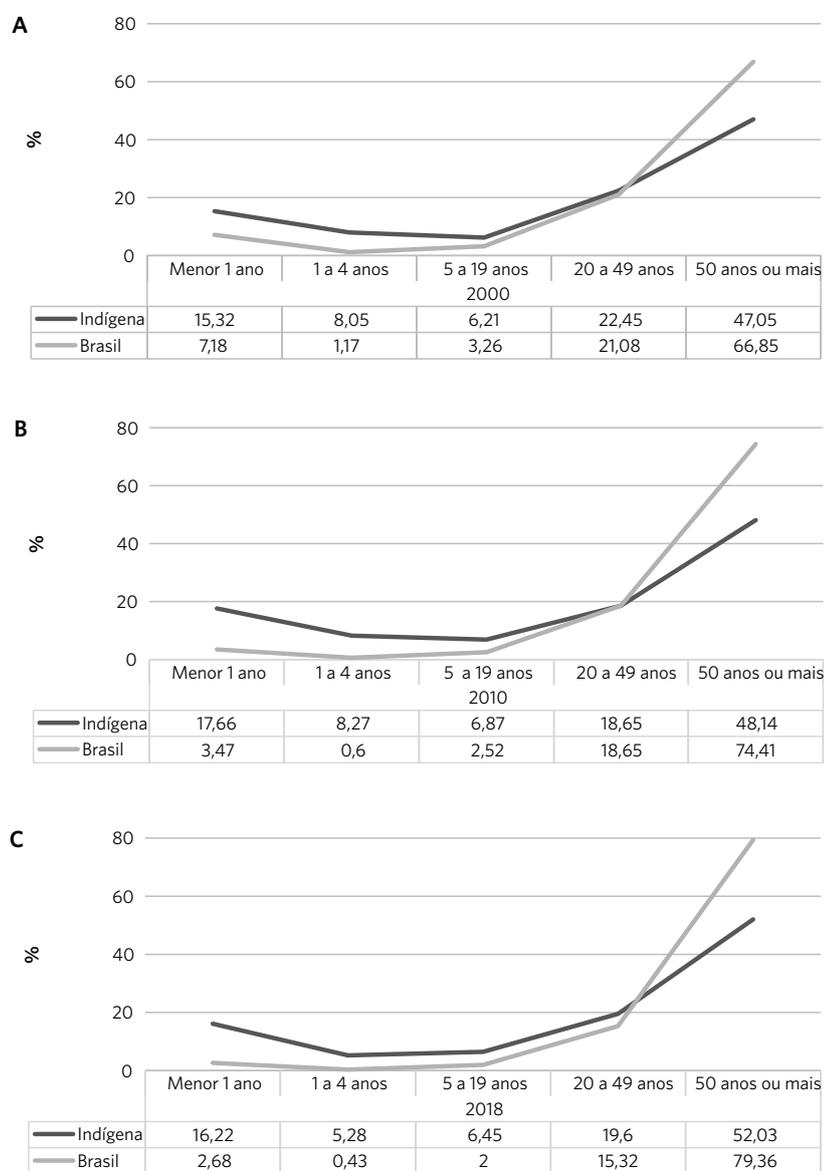
## Resultados

Na *figura 1*, são apresentadas as curvas da distribuição etária dos óbitos dos indígenas e do restante da população brasileira para o ano de 2000, 2010 e 2018. Nos três anos analisados, a mortalidade em menores de 1 ano foi mais elevada entre povos indígenas, sendo 15,3% (2000), 17,7% (2010) e 16,2% (2018); enquanto no restante da população brasileira, os valores, em queda com o passar dos anos, corresponderam a 7,2% (2000), 3,5% (2010) e 2,7% (2018) respectivamente. No restante do Brasil, na faixa etária entre 1 e 4 anos, a proporção de óbitos foi de 1,1% (2000), passando para abaixo de 0,6% nos demais anos (2010 e 2018); enquanto entre os povos indígenas, foi de aproximadamente 8% (2000 e 2010) e 5,3% (2018). Entre 5 e 19 anos, a mortalidade foi acima de 6% nos indígenas (2000, 2010 e 2018); e no restante da população

brasileira, de 3,3% (2000), 2,5% (2010) e 2,0% (2018). A proporção de mortes entre indígenas na faixa etária de 20 a 49 anos foi de 22,5% (2000), 18,6% (2010) e 19,6% (2018); e no restante da população brasileira, de 21,1% (2000), 18,6% (2010) e 15,3% (2018) respectivamente.

Aproximadamente metade dos óbitos em indígenas ocorreu em adultos com 50 anos ou mais, sendo 47,05% (2000), 48,1% (2010) e 52,03% (2018); enquanto no restante da população brasileira, essa proporção foi crescente e atingiu 79,36% (2018) (figura 1 A, B e C).

Figura 1. Mortalidade proporcional (%) de indígenas e na população geral brasileira segundo faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)



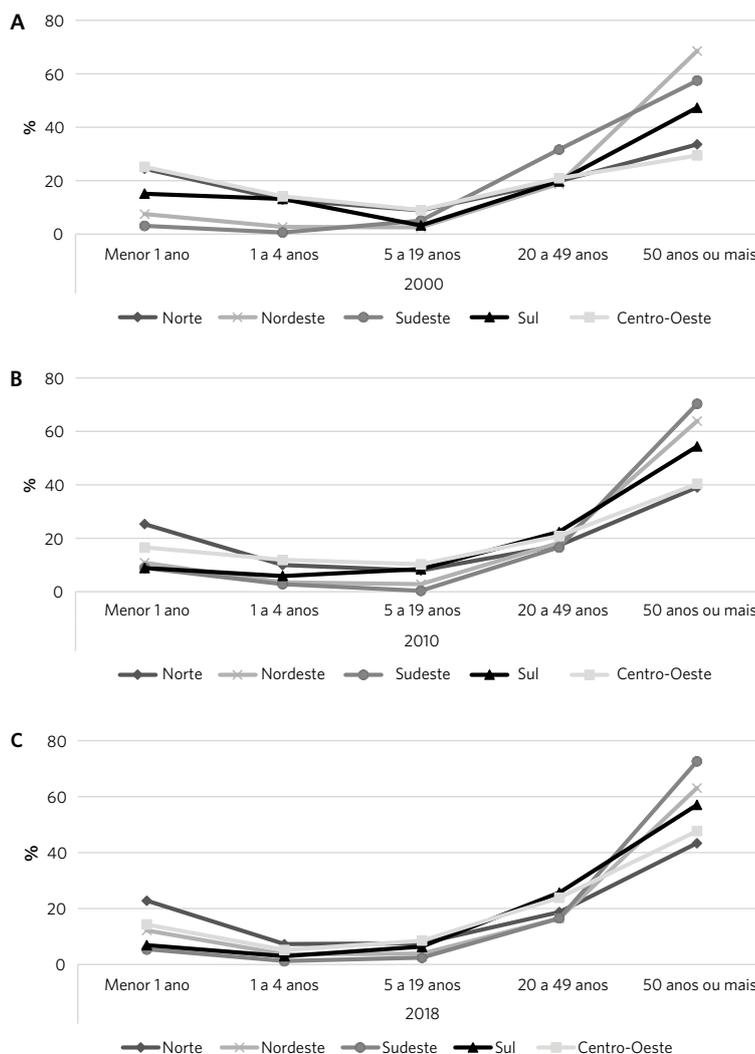
Fonte: Elaboração própria.

Nota: A categoria idade ignorada não foi apresentada nos gráficos, porém correspondeu a: 1,38% na figura A; 0,76% na figura B; e 0,63% na figura C.

A *figura 2* mostra a proporção dos óbitos indígenas por faixa etária segundo a região de residência. Observa-se que a mortalidade em menores de 1 ano de idade foi maior nas regiões Norte (2000: 24,5%; 2010: 25,4%; e 2018: 22,8%) e Centro-Oeste (2000: 25,2%; 2010: 16,5%; 2018: 14,3%). Entre 1 e 4 anos, também foi mais elevada nas regiões Norte (2000: 12,9%; 2010: 9,9%; 2018: 7,3%) e Centro-Oeste (2000: 14,1%; 2010: 11,86%; 2018: 5,25%).

De 5 a 19 anos, novamente destacou-se a região Centro-Oeste (2000: 8,9%; 2010: 10,2%; 2018: 8,6%). Na faixa etária dos 20 aos 49 anos, sobressai a região Sudeste com a proporção de 31,7% (2000) e acima de 20% (2010 e 2018). A mortalidade na faixa etária dos 50 anos ou mais evidencia-se na região Nordeste (68,58%) em 2000, Sudeste (acima de 70%) em 2010 e sendo o pior desempenho na região Norte (42%) em 2018 (*figura 2 A, B e C*).

Figura 2. Mortalidade proporcional (%) de indígenas segundo região de residência e faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)



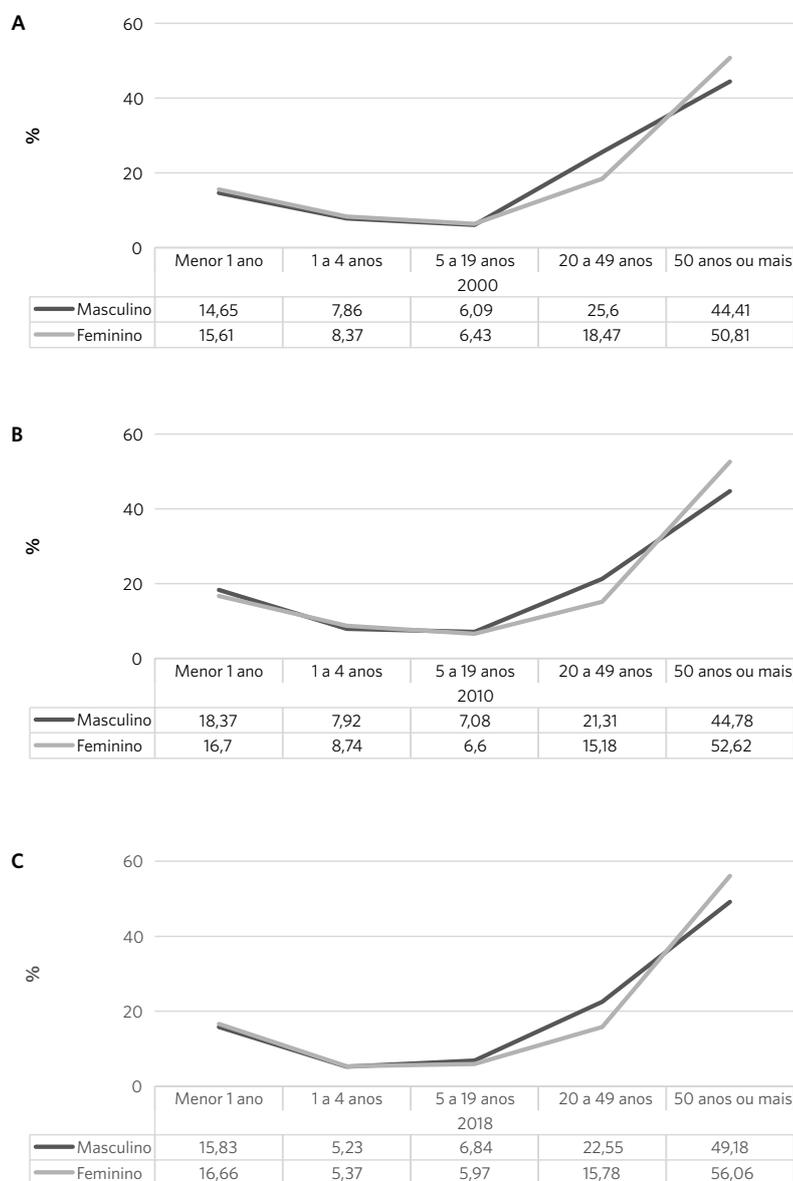
Fonte: Elaboração própria.

Nota: A categoria idade ignorada, somando-se todas as regiões do Brasil, não foi apresentada nos gráficos, porém correspondeu a: 5,05% na figura A; 2,15% na figura B; e 3,51% na figura C.

A *figura 3* dispõe a distribuição dos óbitos segundo os sexos feminino e masculino em indígenas, sendo que as curvas se assemelham na distribuição por sexo e período. Observa-se elevada proporção de óbitos em crianças indígenas menores de 1 ano, entre 1 e 4 anos

e de 5 a 19 anos. As diferenças entre os sexos ocorrem entre adultos de 20 a 49 anos, sobretudo do sexo masculino, e entre adultos acima de 50 anos, com destaque para o sexo feminino (acima de 50%) em todos os anos (2000, 2010 e 2018) (*figura 3 A, B e C*).

Figura 3. Distribuição proporcional (%) dos óbitos na população indígena segundo sexo e faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)



Fonte: Elaboração própria.

Nota: A categoria idade ignorada, somando-se os sexos masculino e feminino, não foi apresentada nos gráficos, porém correspondeu a: 1,7% na figura A; 0,7% na figura B; e 0,53% na figura C.

A *figura 4* mostra a proporção (%) da mortalidade indígena segundo os capítulos da CID-10. Em relação às causas básicas de morte entre povos indígenas, evidencia-se que, no ano 2000, predominaram as causas mal definidas e desconhecidas (22%) de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório (17%), as doenças infecciosas e parasitárias (12%) e as causas externas (12%). No ano 2010, foram mais frequentes as causas de morte por doenças do aparelho circulatório (18%); e houve redução das causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade (14%), causas externas (14%), doenças infecciosas e parasitárias (11%) e doenças do aparelho respiratório (11%). Em 2018, predominaram as causas externas (17%)

e as doenças do aparelho circulatório (17%), seguidas das doenças do aparelho respiratório (12%), das neoplasias (10%), das causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade (9%) e das doenças infecciosas e parasitárias (8%). Os resultados mostram uma redução das doenças infecciosas e parasitárias (de 12% em 2000 para 8% em 2018), bem como das causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade (de 22% em 2000 para 13% em 2018). Em contrapartida, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas de morbidade e mortalidade aumentaram no período. As doenças do aparelho circulatório mantiveram-se estáveis durante os anos de estudo (*figura 4 A, B e C*).

Figura 4. Mortalidade proporcional (%) de indígenas segundo capítulos da CID-10. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 (A), 2010 (B) e 2018 (C)

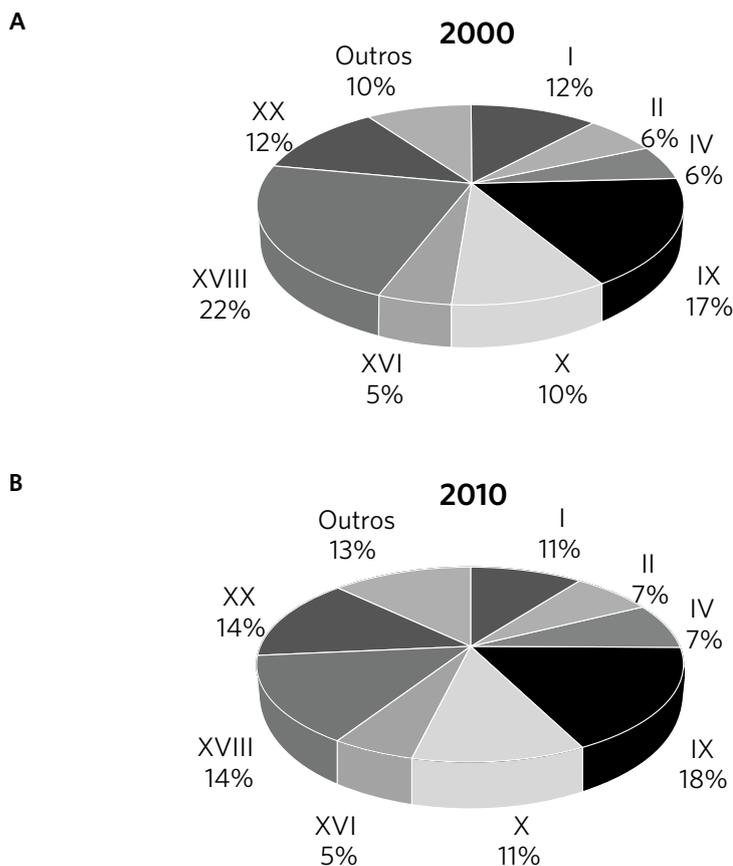
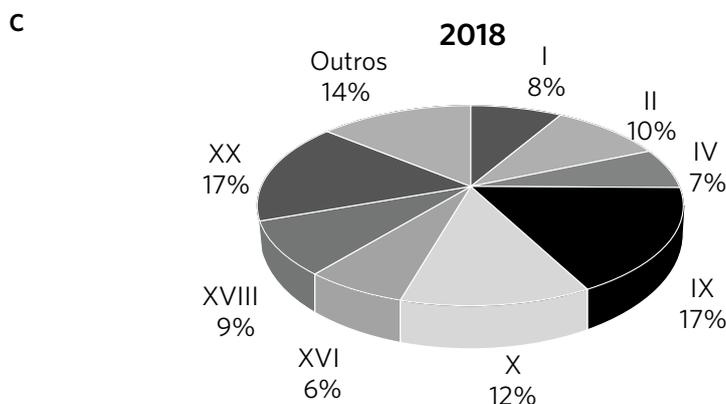


Figura 4. (cont.)



Fonte: Elaboração própria.

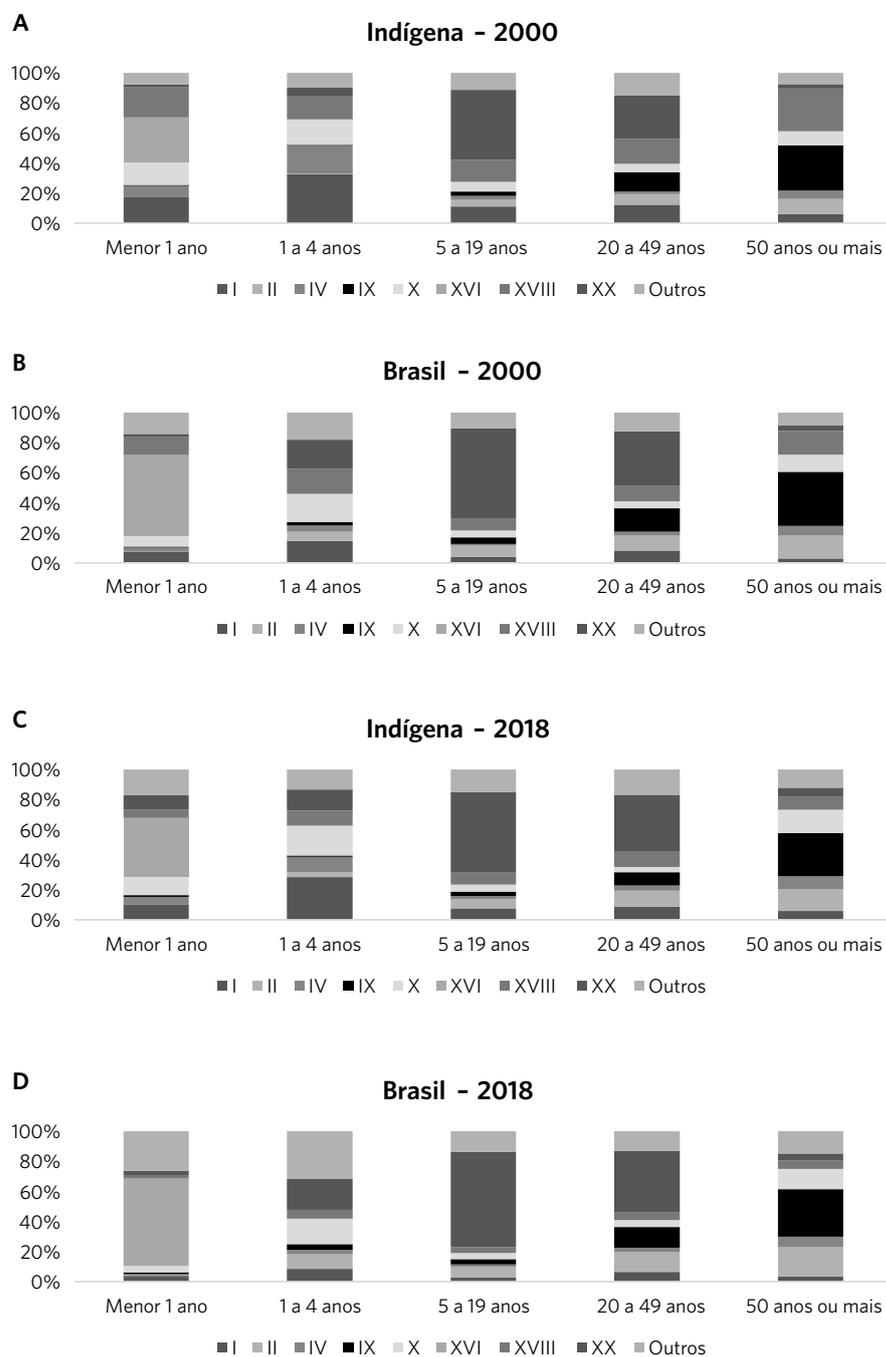
Nota: I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal; XVIII: Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade; e XX: Causas externas de morbidade e mortalidade.

A categoria outros inclui: Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (III); Transtornos mentais e comportamentais (V); Doenças do sistema nervoso (VI); Doenças do aparelho digestivo (XI); Doenças da pele e do tecido subcutâneo (XII); Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII); Doenças do aparelho geniturinário (XIV); Gravidez, parto e puerpério (XV); e Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas (XVII).

A *figura 5* apresenta as causas de morte entre povos indígenas e restante da população brasileira de acordo com os capítulos da CID-10, segundo a faixa etária. No ano 2000, as principais causas de morte em indígenas foram: em menores de 1 ano, afecções perinatais (29,7%), causas mal definidas e desconhecidas (20%) e doenças infecciosas e parasitárias (17,4%); entre 1 e 4 anos, doenças infecciosas e parasitárias (32,6%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (18,5%); de 5 a 19 anos e de 20 a 49 anos, morte por causas externas (46,5% e 28,8% respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (30,0%) e causas mal definidas e desconhecidas (28,3%). No restante da população brasileira, temos: em menores de 1 ano, afecções perinatais (53,8%); entre 1 e 4 anos, causas externas (19,25%) e doenças do aparelho respiratório (18,5%); de 5 a 19 anos e de 20 a 49 anos, morte por causas externas (60,1% e 36,0%

respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (36%) (*figura 5 A e B*). Em 2018, as principais causas de morte em indígenas foram: em menores de 1 ano, afecções perinatais (39,3%), doenças infecciosas e parasitárias (10,3%) e causas externas (9,3%); entre 1 e 4 anos, doenças infecciosas e parasitárias (28,4%) e doenças do aparelho respiratório (20%); de 5 a 19 anos e de 20 a 49 anos, as causas externas (53,5% e 37,4% respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (28,6%), respiratório (15,4%) e neoplasias (14,6%). No restante da população brasileira, em 2018, destacam-se as seguintes causas: em menores de 1 ano, afecções perinatais (57,8%); entre 1 e 4 anos, 5 a 19 anos e 20 a 49 anos, mortes por causas externas (20,5%, 63,3% e 40,5% respectivamente); acima de 50 anos, doenças do aparelho circulatório (31,5%), respiratório (13,6%) e neoplasias (19,0%) (*figura 5 C e D*).

Figura 5. Distribuição proporcional (%) das causas de óbito de indígenas, segundo os capítulos da CID-10, por faixa etária. Sistema de Informação sobre Mortalidade, Brasil, 2000 e 2018



Fonte: Elaboração própria.

Nota: A categoria outros inclui: Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (III); Transtornos mentais e comportamentais (V); Doenças do sistema nervoso (VI); Doenças do aparelho digestivo (XI); Doenças da pele e do tecido subcutâneo (XII); Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (XIII); Doenças do aparelho geniturinário (XIV); Gravidez, parto e puerpério (XV); e Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas (XVII).

I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); IV: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XVI: Algumas afecções originadas no período perinatal; XVIII: Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade; e XX: Causas externas.

## Discussão

Este estudo mostrou piores indicadores de saúde na população indígena em relação ao restante da população brasileira, tanto no que se refere à elevada proporção de mortalidade nos primeiros anos de vida quanto à expressiva proporção de mortes prematuras em adultos jovens, sendo que apenas a metade dos indígenas sobrevive aos 50 anos ou mais. Entre os povos indígenas, encontrou-se proporção mais elevada de causas mal definidas, doenças infecciosas e parasitárias, o que evidencia pior qualidade da informação e do cuidado em saúde e, sobretudo, piores condições de vida.

Sabe-se que a produção de indicadores de mortalidade permite informar a sociedade quanto ao seu desenvolvimento social, além de refletir aspectos econômicos e políticos<sup>19</sup>. A constatação da desigualdade da mortalidade em grupos vulnerabilizados, como os indígenas, reitera a relevância de conhecer esses dados, para alcance efetivo das políticas e programas de saúde pública. Assim, é importante avançar na qualificação das informações da população indígena brasileira para investigações de padrões segundo categoria racial, étnicas e regionais, de modo a favorecer a superação de disparidades socio-regionais que impactam nos indicadores de saúde<sup>12,17,20,21</sup>.

Os resultados deste estudo encontram correspondência com pesquisa realizada no Brasil em 2012, que apontou níveis de mortalidade mais elevados entre os indígenas, comparando-se com o restante da população brasileira<sup>17</sup>. Nesse estudo, a mortalidade proporcional em menores de 1 ano foi de 25,84%, e de apenas 37,56% entre adultos com 50 anos ou mais. Tem-se, ainda, que os óbitos de indígenas também foram mais elevados entre crianças e em adultos jovens<sup>17</sup>.

No presente estudo, é alarmante essa situação do elevado número de óbitos em indígenas menores de 1 ano, haja vista que esse indicador é um dos mais importantes marcadores para a saúde, por refletir as condições de vida de determinada população e o desempenho e

qualidade dos serviços de saúde prestados a ela<sup>22,23</sup>. No Brasil, ao longo das últimas décadas, observa-se uma expressiva redução dos níveis da mortalidade infantil em todas as regiões<sup>12,24</sup>. Nos anos entre 2000 e 2010, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apresentou queda de 29,7 para 15,6 óbitos a cada mil nascidos vivos brasileiros; contudo, entre as crianças indígenas, essa queda foi de 74,6 para 41,9 óbitos a cada mil nascidos vivos<sup>13</sup>. Ressalta-se que os resultados deste estudo estão em conformidade com a literatura, pois reafirmam que a redução da proporção de mortes entre crianças indígenas não acompanha a velocidade de queda para o restante da população brasileira<sup>12-14</sup>, reforçando as enormes disparidades entre as crianças indígenas e as de outras raças/cores no Brasil.

A manutenção do maior percentual de óbitos em indígenas entre 1 e 4 anos em relação ao restante da população brasileira pode ser explicada pelas condições desiguais de vida a que essas crianças estão expostas e que se expressam com maior concentração dos óbitos nos menores de 5 anos. Entre essas condições, estão falta de saneamento básico, carência de acesso a cuidados básicos de saúde, além de precário acesso a demais condições dignas de vida<sup>21</sup>, o que resulta em alta prevalência de desnutrição infantil e infecções<sup>1</sup>. É premente a necessidade de maiores investimentos em setores sociais básicos como saúde, educação, habitação e saneamento<sup>21</sup>, com destaque para cuidado obstétrico e neonatal no pré-natal, parto e nascimento e primeiro ano de vida<sup>23</sup>.

Neste estudo, identificou-se também maior proporção de mortalidade em adultos jovens, semelhante à pesquisa realizada no estado de Mato Grosso, que mostrou taxas de mortalidade mais elevadas para a população indígena até 19 anos de idade, bem como entre os adultos jovens entre 20 e 49 anos<sup>1</sup>.

Ademais, evidencia-se que, em 2018, apenas metade dos indígenas atingiu 50 anos, o que revela elevada mortalidade prematura nessa população, persistente nos quase 20 anos perpassados. Resultado semelhante foi descrito

em pesquisa realizada no Paraná/Brasil em 2002, que encontrou mais de 70% dos óbitos antes dos 50 anos entre os indígenas<sup>25</sup>, empregando-se o mesmo indicador de Swaroop-Uemura<sup>26</sup>. Essa situação reforça a restrição do direito ao envelhecimento saudável entre os indígenas, reafirmando as iniquidades das condições de vida, o que representa uma ameaça aos seus modos de vida, tendo em vista que, para a grande maioria dos povos, os mais velhos são os principais guardiões da cultura tradicional.

Entre os anos de 1990 e 2015 no Brasil, período de 25 anos que corresponde a grande parte de existência do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram importantes mudanças positivas no perfil de saúde-doença de grande parcela da população brasileira com a redução das desigualdades nos indicadores de saúde entre os estados da Federação<sup>27</sup>. Houve reduções das desigualdades no que diz respeito à mortalidade por doenças transmissíveis, morbimortalidade materno-infantil e por causas evitáveis de morte, resultando no aumento da expectativa de vida e da longevidade da população em anos de vida saudáveis<sup>27</sup>. Destaca-se que mesmo com todos os avanços e incrementos em saúde no País, os resultados deste estudo mostraram a grande proporção de mortes na maioria das faixas etárias da população indígena, exceto após 50 anos e mais. Notam-se ainda diferenças regionais no Brasil, com piores desempenhos nas regiões Norte e Centro-Oeste, onde há maior concentração da população indígena<sup>21</sup>, além de precário acesso aos serviços de saúde e pouco reconhecimento por parte dos governos às demandas e necessidade da população indígena<sup>28,29</sup>.

Em relação a maior proporção da mortalidade infantil nas regiões Norte e Centro-Oeste, reitera-se a dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados para o nascimento das crianças indígenas em caso de gestação de risco, precárias condições do pré-natal<sup>23,30</sup>, além de crescente fragilização das práticas de autoatenção relativas ao parto, nascimento e pós-parto. Tem-se, ainda, que a região Centro-Oeste, mesmo detendo a maior quantidade de

estabelecimentos com internação obstétrica, não possui Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal suficiente<sup>30</sup>, o que pode contribuir para os achados.

O precário acesso aos serviços de saúde retrata as desigualdades e vulnerabilidades, produzidas em todo arcabouço social<sup>31,32</sup> e que repercutem com grande impacto na mortalidade indígena no Brasil. Um estudo identificou a baixa oferta e complexidade dos serviços de saúde locais nas regiões Norte e Centro-Oeste<sup>33</sup>. Outro estudo, realizado no município de Cuiabá, entre indígenas, também verificou barreiras na acessibilidade indígena aos serviços de saúde, tais como sócio-organizacionais, culturais e geográficas em média e alta complexidades<sup>34</sup>, reforçando os resultados deste estudo.

Destaca-se que, apesar de a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena garantir o direito ao acesso à atenção integral à saúde aos povos indígenas, conforme os princípios do SUS<sup>35</sup>, a descontinuidade do cuidado associada à carência e à rotatividade de profissionais, bem como a prevalência do cuidado centrado em práticas emergenciais baseada na remoção de pacientes<sup>4</sup>, são gargalos emergentes para a integralidade do cuidado aos povos indígenas. A necessidade de estabelecer diálogos interculturais que promovam a autoatenção e a articulação com saberes tradicionais, de forma a não oferecer apenas serviços na perspectiva curativa e biomédica, constitui-se um dos principais desafios para a efetividade da atenção à saúde indígena<sup>4</sup>.

Em relação à mortalidade de acordo com o sexo, é evidente a diferença entre homens e mulheres indígenas no que diz respeito à faixa etária de óbito. Indivíduos do sexo masculino na faixa etária de 20 a 49 anos possuem maior proporção de mortalidade em comparação com as mulheres da mesma idade. Tal fenômeno pode ser resultado de violências vivenciadas pelos homens indígenas<sup>36,37</sup> e, possivelmente, refletem a maior vulnerabilidade decorrente da exposição de suas vidas na proteção das suas terras, invasão de garimpeiros e uso de álcool<sup>38</sup>. Um estudo com dados do Sistema de Vigilância

de Violência Interpessoal e Autoprovocada (Viva/Sinan), no período de 2006 a 2017, também apontou crescimento importante e gradual no número de registro de violência contra indígenas<sup>39</sup>. Salienta-se que o aumento da mortalidade por causas externas permite aventar a hipótese do acirramento dos conflitos e violência contra a população indígena, bem como reflete problemas já apontados na literatura, como o suicídio e o alcoolismo<sup>39-43</sup>.

As causas de morte na população indígena indicam ainda a ocorrência de uma tripla carga de doença, com predominância das DCNT, permanência das doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das causas externas, que refletem a transição epidemiológica, demográfica e nutricional nessa população. Apesar da redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, sua ocorrência evidencia as persistentes desigualdades, traduzidas em vazios socioassistenciais, com ausência de abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, saneamento adequado e acesso à saúde<sup>44-46</sup>. Além disso, há evidências de alterações metabólicas e antropométricas em populações indígenas, o que pode explicar a elevada proporção de óbitos por neoplasias e doenças do aparelho circulatório, estreitamente associadas às modificações na dieta e atividade física, relacionadas com as mudanças intensas nos modos de vida da humanidade e interações sociais<sup>5,7,39,46-49</sup>.

Apesar da redução das causas mal definidas de mortalidade na população indígena, em consequência da significativa melhora nas últimas décadas da cobertura do SIM<sup>50</sup>, aponta-se que o Brasil tem sido classificado em perfis intermediários em pesquisa sobre cobertura e completude de eventos vitais<sup>51</sup> e que a proporção de causas mal definidas de mortalidade ainda é mais elevada entre indígenas.

Os resultados deste estudo evidenciam a relevância de conhecer o perfil epidemiológico dos povos indígenas, considerando a grande sociodiversidade étnica e regional. Esse conhecimento é de suma importância

para orientar a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Em geral, pelo histórico de maior morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias em indígenas, os serviços de saúde encontram-se voltados para esses grupos de doenças; contudo, o presente estudo destacou a magnitude das DCNT e das causas externas. Nesse sentido, o planejamento e a reorganização dos serviços de saúde são imperativos para englobar todas as necessidades de saúde e cuidado desses povos diante das mudanças provenientes da transição epidemiológica, nutricional e demográfica.

Entre as limitações, salienta-se que o método de análise de mortalidade proporcional não permite estimar taxas, tendo em vista a não utilização do denominador (população de referência). Por conseguinte, é preciso cautela na interpretação dos dados já que estes não medem risco, e, sim, a proporção de óbitos. Da mesma forma, não foram realizados ajustes nos dados do SIM, que podem estar subnotificados, em especial entre os povos indígenas. Ademais, imprecisões no preenchimento da declaração de óbito quanto às causas básicas podem comprometer a inconsistência desse indicador, que também pode ser influenciado pela estrutura etária e sexo da população.

## Conclusões

Conclui-se que, nos anos analisados, a mortalidade proporcional em indígenas foi mais elevada em relação ao restante da população brasileira. Este estudo evidenciou as persistentes desigualdades nas condições de vida dos povos indígenas, que se traduzem em piores condições de nascer, viver, adoecer e morrer. Observou-se a ocorrência da transição epidemiológica, demográfica e nutricional, bem como uma tripla carga de doença na população indígena, com predominância das DCNT, concomitantemente às doenças infecciosas e parasitárias, somadas ao aumento das causas externas.

A ausência de melhora dos indicadores da população indígena no período analisado indica a persistência de problemas inadmissíveis e evitáveis, como elevada mortalidade em menores de 1 ano, mortes prematuras em adultos jovens e baixa proporção de óbitos em idosos. As políticas públicas devem garantir o direito à vida e à diversidade cultural, em busca de uma sociedade mais justa e diversa. Ademais, é urgente avançar na redução das desigualdades em saúde e, portanto, tornar efetivo o lema da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de não deixar ninguém para trás<sup>52</sup>.

## Colaboradores

Alves FTA (0000-0001-8886-8514)\*, Prates EJS (0000-0002-5049-186X), Carneiro LHP (0000-0001-5180-9182)\* e Sá ACMGN (0000-0002-0122-2727)\* contribuíram substantivamente para a concepção e planejamento, assim como para a coleta de dados, análise e interpretação de dados, elaboração do rascunho e aprovação da versão final. Pena ED (0000-0003-1220-6041)\* e Malta DC (0000-0002-8214-5734)\* contribuíram significativamente para o planejamento do estudo, elaboração do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do artigo. ■

---

## Referências

1. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(12):2327-39.
2. Santos RV, Borges GM, Campos MB, et al. Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census? *SSM - Population Health*. 2020; (10):100537.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
4. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; (42):e184.
5. Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.
7. Krenak A. *O amanhã não está à venda*. São Paulo: Companhia das Letras; 2020.
8. Machado M, Pagliaro H, Baruzzi RG. *Perfil demográfico*

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- fico dos Hupd'äh, povo Maku da região do Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003). *Rev Bras Estu Popul.* 2009; 26(1):37-50.
9. Souza LCG, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Cienc. Saúde Colet.* 2010; 15(supl1):1465-73.
  10. Pagliaro H. A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabí do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(3):579-90.
  11. Campos MB, Borges GM, Queiroz BL, et al. Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(5):e00015017.
  12. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1602-08.
  13. Caldas ADR, Santos RV, Borges GM, et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(7):e00046516.
  14. Wong LLR, Sánchez JA. Situación de la población afro-descendiente e indígena en América Latina – puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20 = Situação da população afrodescendente e indígena na América Latina – pontos de reflexão para o debate sobre o Cairo + 20. Belo Horizonte: ALAP; 2014. [acesso em 2020 out 25]. Disponível em: [http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N4/FINAL\\_Alap2015\\_Serie\\_eInvestigaciones\\_14012016.pdf](http://www.alapop.org/alap/Serie-E-Investigaciones/N4/FINAL_Alap2015_Serie_eInvestigaciones_14012016.pdf).
  15. Sousa MC, Scatena JHG, Santos RV. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(4):853-61.
  16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
  17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
  18. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. ed. São Paulo: Editora da USP; 2012.
  19. Freemantle J, Ring I, Solomon TG, et al. Indigenous mortality (revealed): the invisible illuminated. *Am J Public Health.* 2015; 105(4):644-53.
  20. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(7):1272-75.
  21. Marinho GL, Borges GM, Paz EPA, et al. Infant mortality among indigenous and non-indigenous people in the Brazilian microregions. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(1):57-63.
  22. United Nations International Children's Emergency Fund, World Health Organization, The World Bank, UN Population Division. Levels and Trends in Child Mortality Report 2015. Genebra: WHO; 2015.
  23. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(supl1):s192-s207.
  24. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Cienc. Saúde Colet.* 2000; 5(1):125-32.
  25. Melchior SC, Soares DA, Andrade SM, et al. Avaliação da mortalidade de grupos indígenas do norte do Paraná. *Informe Epidemiológico do SUS.* 2002; 11(2):61-68.
  26. Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. *Epidemiologia &*

- saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.
27. Souza MFM, Malta DC, França EB, et al. Changes in health and disease in Brazil and its States in the 30 years since the Unified Healthcare System (SUS) was created. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1737-50.
  28. Coimbra Júnior CEA, Santos RV, Welch JR, et al. The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health.* 2013; (13):52.
  29. Nascimento SG, Oliveira CM, Sposito V, et al. Infant mortality due to avoidable causes in a city in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(2):208-12.
  30. Almeida WS, Szwarcwald CL. Infant mortality and geographic access to childbirth in Brazilian municipalities. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46(1):68-76.
  31. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo Perspect.* 2008; 22(2):19-29.
  32. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(2):190-8.
  33. Albuquerque MV, Viana ALA, Lima LD, et al. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1055-64.
  34. Gomes SC, Esperidiao MA. Acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(5):e00132215.
  35. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
  36. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
  37. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005; 10(1):7-17.
  38. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, et al. Mortality and years of life lost by interpersonal violence and self-harm: in Brazil and Brazilian states: analysis of the estimates of the Global Burden of Disease Study, 1990 and 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017; 20(supl1):142-56.
  39. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
  40. Azuero AJ, Arreaza-Kaufman D, Coriat J, et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017; 46(4):237-42.
  41. Souza MLP, Orellana JDY. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2013; 62(4):245-52.
  42. Souza MLP. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(supl3):e00019219.
  43. Guimarães LAM, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicol Soc.* 2007; 19(1):45-51.
  44. Raupp L, Cunha GM, Fávoro TR, et al. Sanitation conditions of indigenous and nonindigenous households in Brazil according the 2000 and 2010 national censuses. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 25(10):3753-63.
  45. Raupp L, Cunha GM, Fávoro TR, et al. Saneamento básico e desigualdades de cor/raça em domicílios urbanos com a presença de crianças menores de 5 anos, com foco na população indígena. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(supl3):e00058518.
  46. Coimbra Júnior CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad. Saúde Pública.* 2014;

- 30(4):855-59.
47. Mazzucchetti L, Galvão PPO, Tsutsui MLS, et al. Incidence of metabolic syndrome and related diseases in the Khisêdjê indigenous people of the Xingu, Central Brazil, from 1999-2000 to 2010-2011. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):1-11.
48. Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(2):345-54.
49. Salvo VLMA, Rodrigues D, Baruzzi RG, et al. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá. Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(3):458-68.
50. Frias PG, Szwarcwald CL, Morais Neto OL, et al. Utilização das informações vitais para estimação de indicadores de mortalidade no Brasil: da busca ativa de eventos ao desenvolvimento de métodos. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(3):e00206015.
51. Mahapatra P, Shibuya K, Lopez AD, et al. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*. 2007; 370(9599):1653-63.
52. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 2016. [acesso em 2020 out 11]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

---

Recebido em 28/01/2020

Aprovado em 31/07/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde número do processo: 25000.126.637/2018-93 (TED 66/2018). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) iniciação científica da autora Francielle Thalita Almeida Alves (número do processo: 147941/2020-2) e bolsa produtividade da autora Deborah Carvalho Malta (número do processo: 310177/2020-0). Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde pela bolsa de pesquisa (número do processo: 1362805) do autor Elton Junio Sady Prates. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa de doutorado (número do processo: 88882.380997/2019-01) da autora Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

# O perfil das tecnologias em saúde incorporadas no SUS de 2012 a 2019: quem são os principais demandantes?

*The profile of health technologies incorporated in SUS during 2012-2019: who are the mainly demanders?*

Francisco José Rodrigues Filho<sup>1</sup>, Michelly Cristiny Pereira<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113011

**RESUMO** As tecnologias em saúde têm revolucionado a assistência médica e a gestão em saúde. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) é o órgão do Ministério da Saúde que assessoria na incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo objetivou descrever o perfil das tecnologias incorporadas no SUS de 1 de janeiro de 2012 a 30 de setembro de 2019. Os dados foram coletados no *site* da Conitec. Na análise estatística, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher. Os resultados demonstram que foram incorporadas 380 tecnologias, prevalecendo os medicamentos (46,6%). Em relação aos demandantes, os de origem interna superaram os demais (82,4%), principalmente secretarias do Ministério da Saúde ( $p < 0,001$ ). As Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIPs) foram as mais beneficiadas (20,3%), com destaque para o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). A maioria das tecnologias incorporadas passou por consulta pública ( $p < 0,001$ ). Conclui-se que o perfil das tecnologias incorporadas são principalmente medicamentos, por demanda interna, com indicação para DIPs e, sobretudo para o HIV. Os medicamentos continuam sendo o foco das solicitações e as demandas internas passaram a ter mais espaço nesse cenário.

**PALAVRAS-CHAVE** Sistema Único de Saúde. Tecnologia biomédica. Avaliação da tecnologia biomédica.

**ABSTRACT** Health technologies have revolutionized medical care and health management. The National Commission for the Incorporation of Technologies in the SUS (Conitec) is the Ministry of Health's body that advises on the incorporation, exclusion or alteration of new technologies in the Unified Health System (SUS). This study aimed to describe the profile of technologies incorporated in the SUS between January 1, 2012 and September 30, 2019. Data were collected on the Conitec website. Statistical analysis used Pearson's chi-square test and Fisher's exact test. The results show that 380 technologies were incorporated, with medication prevailing (46.6%). In relation to the plaintiffs, those of internal origin surpassed the others (82.4%), mainly secretariats of the Ministry of Health ( $p < 0.001$ ). Infectious and Parasitic Diseases (PIDs) were the most benefited (20.3%), with emphasis on HIV (Human Immunodeficiency Virus). Most of the incorporated technologies underwent public consultation ( $p < 0.001$ ). It is concluded that the profile of the incorporated technologies are mainly medicines, by internal demand, with indication for PIDs and, above all, for HIV. Medicines continue to be the focus of requests and internal demands have gained more space in this scenario.

**KEYWORDS** Unified Health Systems. Biomedical technology. Technology assessment, biomedical.

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.  
michelly.pereira@ufpe.br



## Introdução

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, reconheceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, forçando-o a garantir acesso universal e equitativo a medicamentos e outras tecnologias em saúde<sup>1</sup>. Tecnologias em saúde são medicamentos, procedimentos, produtos e protocolos utilizados no atendimento ao paciente<sup>2</sup>.

A incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) foi normatizada, pela primeira vez, em 2006, através das portarias nº 152 e nº 3.323. Nessa época, o fluxo se dava através da articulação entre Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)<sup>3</sup>.

Ainda segundo a Conitec<sup>3</sup>, cabia à SAS a gestão do processo de incorporação de tecnologias e à SCTIE a gestão da avaliação das tecnologias de interesse para o SUS. Foi instituída, sob a coordenação da SAS, a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (Citec), com a missão de encaminhar o processo de admissibilidade de tecnologias em consonância com as necessidades sociais em saúde e de gestão do SUS. Em 2008, a coordenação da Citec foi transferida para a SCTIE<sup>3</sup>.

Em 2011, a Citec foi ampliada e intitulada Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), através da Lei nº 12.401/2011, que alterou a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS). É um órgão da estrutura regulatória do Ministério da Saúde, que assessoria na incorporação, exclusão ou alteração de novas tecnologias em saúde no SUS<sup>4</sup>.

O arcabouço de funcionamento da Conitec se dá por dois fóruns: O Plenário da Conitec e a Secretaria-Executiva. O Plenário da Conitec realiza reuniões mensais, nas quais são avaliadas as demandas por incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito

do SUS e atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)<sup>5</sup>.

O suporte técnico e científico necessário para análise dessas demandas é exercido pela Secretaria-Executiva da comissão, que está sob responsabilidade do Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, auxiliado por uma rede de instituições nacionais (hospitais e universidades), parceiras da Conitec, que realizam estudos sob demanda do DGITS<sup>5</sup>.

O DGITIS foi criado pelo Decreto nº 7.797, de 30 de agosto de 2012, revogado pelo Decreto nº 9.795/2019 e alterado pelo Decreto nº 9.816/2019. Possui as funções de acompanhar, subsidiar e dar suporte às atividades e demandas da Conitec e contribuir para a promoção do acesso e do uso racional de tecnologias seguras e eficientes, dentre outras. Esse departamento é composto pelas Coordenações: Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias na Saúde (CGGTS); Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Tecnologias em Saúde (CMATS); Coordenação de Incorporação de Tecnologias (Citec); Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (CPCDT) e Coordenação-Geral de Inovação Tecnológica na Saúde (CGITS)<sup>6</sup>.

As mudanças no processo de incorporação de tecnologias desde a criação da Conitec foram significativas, alterando a dinâmica e a qualidade da entrada de novos produtos no SUS. É necessário analisar seu perfil, pois são tecnologias ainda recentes, com potenciais impactos à saúde e envolvem recursos públicos necessários para disponibilizá-los aos cidadãos<sup>1</sup>.

A incorporação de tecnologias tem sido a principal responsável pelo aumento de custos dos sistemas nacionais de saúde, principalmente produtos industrializados, como os medicamentos. No SUS, o gasto anual com a compra de produtos e tecnologias para a saúde ultrapassa R\$ 20 bilhões<sup>7</sup>.

O aumento dos gastos públicos com produtos para a saúde deve-se, em parte, à

incorporação formal de novas tecnologias ao SUS. E esta, consequentemente, pode estar associada ao fenômeno da judicialização da saúde. Entre 2010 e 2017, o Ministério da Saúde desembolsou R\$ 4,5 bilhões para a compra de medicamentos, equipamentos, suplementos alimentares e cobertura de cirurgias e internações a partir de determinações judiciais. Em 2016, o Ministério da Saúde gastou R\$ 654,9 milhões na compra de apenas 10 medicamentos, para atender a 1.213 pessoas<sup>8</sup>.

O setor de saúde suplementar no Brasil difere em sua metodologia de incorporação de tecnologias. A revisão periódica do rol da ANS possui pouca relação com as diretrizes e orientações seguidas pela Conitec no processo de avaliação de tecnologias para o SUS, confirmando, dessa forma, a dicotomia existente entre os dois modelos. A utilização de um formulário de entrada de demandas, a solicitação de um parecer técnico-científico dos demandantes e a realização de consultas públicas pela ANS configuram as principais semelhanças entre os dois processos.

No entanto, a não divulgação dos relatórios de Avaliação de Tecnologias da Saúde, a falta da realização de avaliações econômicas e, principalmente, a pouca clareza dos critérios para recomendação da Agência, demonstram algumas das diferenças do processo da ANS em relação ao da Conitec<sup>9</sup>.

É essencial investigar o perfil das tecnologias incorporadas no SUS do Brasil, uma vez que, informações como essas são de relevância pública e servem como parâmetro para os gestores melhorarem a tomada de decisões, sanarem as deficiências relacionadas à incorporação de tecnologias em saúde e fazerem uso eficiente dos recursos.

O presente estudo teve como objetivo avaliar e descrever o perfil de tecnologias incorporadas pelo SUS, no período de janeiro de 2012 a setembro de 2019, além de investigar qual o demandante mais significativo e qual grupo de doenças é mais contemplada com a incorporação.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, apresentando uma abordagem qualiquantitativa às demandas submetidas à Conitec, de 1º de janeiro de 2012 a 30 de setembro de 2019. A coleta de dados foi realizada entre março e outubro de 2019. São dados secundários coletados por meio de análise documental, principalmente nas bases de dados disponíveis para consulta no *site* da Conitec (*link*: <http://conitec.gov.br/>).

Foram considerados como tecnologias: (i) os medicamentos (medicamentos convencionais, vacinas, quimioterápicos e biológicos), (ii) procedimentos (procedimentos cirúrgicos, procedimentos assistenciais, exames de imagem, laboratoriais e outros), (iii) produtos (aparelhos, equipamentos e insumos utilizados na assistência à saúde) e (iv) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) (protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, diretrizes diagnósticas e terapêuticas e protocolos de uso). Os PCDTs foram incluídos como tecnologias devido ao fato de diversos conceitos da literatura internacional e do próprio Ministério da Saúde assim o considerarem<sup>1</sup>.

Para a análise estatística, foi utilizado, à priori, o Teste Qui-quadrado de Pearson, no caso em que os dados foram selecionados aleatoriamente, todas as frequências esperadas foram maiores ou igual a 1 e não mais que 20% das frequências esperadas foram inferiores a 5<sup>10</sup>.

Nos casos em que foi verificada a impossibilidade deste, utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Trata-se de um teste que calcula a probabilidade exata, mas que é limitado por não poder ser aplicado em casos em que os dados da amostra são muito grandes<sup>11</sup>.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5,0%. Os dados foram digitados em planilhas no Excel e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS, na versão 23.

## Resultados

De acordo com a *tabela 1*, obteve-se um total de 380 tecnologias incorporadas, no período de 7 anos e 9 meses, com média de 49 incorporações por ano, sendo que 2018 também foi o ano com maior número de incorporação de tecnologias, perfazendo 76. Dentre essas 380 tecnologias incorporadas, 177 (46,6%) eram medicamentos, 93 (24,5%) eram procedimentos, 90 (23,7%) eram PCDTs, e 20 (5,3%) produtos.

Com relação aos demandantes, a demanda interna (secretarias, órgãos e instituições públicas das três esferas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde) obteve 313 (82,4%), externa (pessoas físicas e/ou jurídicas de direito privado) 58 (15,3%) e interna e externa (quando a mesma tecnologia é solicitada por demandante interno e externo) 9 (2,4%) do total de tecnologias incorporadas. Para a consulta pública, 281 (73,9%) tecnologias foram submetidas a esse procedimento, enquanto 99 (26,1%), não.

Tabela 1. Perfil das tecnologias incorporadas no SUS pela Conitec de 2012 a 2019

Variável	n	%
<b>TOTAL</b>	<b>380</b>	<b>100,0</b>
<b>Ano da recomendação</b>		
2012	33	8,7
2013	27	7,1
2014	54	14,2
2015	55	14,5
2016	30	7,9
2017	64	16,8
2018	76	20,0
2019	41	10,8
<b>Tipo de tecnologia</b>		
Medicação <sup>(a)</sup>	177	46,6
Procedimento <sup>(b)</sup>	93	24,5
PCDT <sup>(c)</sup>	90	23,7
Produtos <sup>(d)</sup>	20	5,3
<b>Demanda</b>		
Interna <sup>(1)</sup>	313	82,4
Externa <sup>(2)</sup>	58	15,3
Interna e Externa <sup>(3)</sup>	9	2,4
<b>Consulta pública</b>		
Sim	281	73,9
Não	99	26,1

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponíveis no site da Conitec<sup>3</sup>.

(a): medicamentos convencionais, vacinas, quimioterápicos e biológicos; (b): procedimentos cirúrgicos, procedimentos assistenciais, exames de imagem, laboratoriais e outros; (c): protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, diretrizes diagnósticas e terapêuticas e protocolos de uso; (d): aparelhos, equipamentos e insumos utilizados na assistência à saúde. (1): secretarias, órgãos e instituições públicas das três esferas de governo vinculadas ao ministério da saúde; (2): pessoas físicas e/ou jurídicas de direito privado; (3): quando a mesma tecnologia é solicitada por demandante(s) interno(s) e externo(s).

A *tabela 2* analisa o tipo de tecnologia segundo o demandante. Obteve-se que os três tipos de demandantes conseguiram incorporar ao SUS mais medicamentos do que os demais tipos de tecnologias. Percentualmente, de todas as suas respectivas demandas incorporadas, os

demandantes internos tiveram 37,4%, externos 93,1% e interno e externo 66,7% para medicamentos. No entanto, em números absolutos, os demandantes internos foram superiores, com 117 incorporações. A associação entre as variáveis foi significativa ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2. Avaliação do tipo de tecnologia segundo o demandante da Conitec entre 2012 a 2019

Demandante	Tipo de tecnologia										Valor de p
	Medicamento		Procedimento		PCDT		Produto		Grupo Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Interno <sup>a</sup>	117	37,4	91	29,1	88	28,1	17	5,4	313	100,0	$p^{(1)} < 0,001^*$
Externo <sup>b</sup>	54	93,1	1	1,7	-	-	3	5,2	58	100,0	
Interno e externo <sup>c</sup>	6	66,7	1	1,7	2	22,2	-	-	9	100,0	
TOTAL	177	46,6	93	24,5	90	23,7	20	5,3	380	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponíveis no site da Conitec<sup>3</sup>.

Interno<sup>a</sup>: secretarias, órgãos e instituições públicas das três esferas de governo vinculadas ao ministério da saúde; Externo<sup>b</sup>: pessoas físicas e/ou jurídicas de direito privado; Interno e externo<sup>c</sup>: quando a mesma tecnologia é solicitada por demandante(s) interno(s) e externo(s);

\*: Associação significativa ao nível de 5%; (1): Através do teste Exato de Fisher.

A *tabela 3* explana os demandantes com maior êxito na incorporação de tecnologias. Verificou-se que os órgãos públicos se sobressaíram em número de incorporações, principalmente as secretarias vinculadas ao Ministério da Saúde, como a Secretaria de Ciências Tecnologias e Insumos Estratégicos (128 tecnologias), a Secretaria de Atenção em Saúde (124 tecnologias) e Secretaria de Vigilância em Saúde (63 tecnologias).

A Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (Anapar) foi a única instituição do grupo de pacientes que teve suas demandas incorporadas, totalizando 06 tecnologias. Todas essas tecnologias são medicamentos biológicos utilizados no tratamento da artrite reumatoide, sendo quatro anticorpos monoclonais (Rituximabe, Tocilizumabe, Infliximabe e Adalimumabe)

e duas proteínas de fusão (Abatacepte e Etanercept).

Ainda conforme a *tabela 3*, várias empresas da indústria farmacêutica tiveram êxito em suas demandas. As três empresas que mais conseguiram incorporar tecnologias solicitadas foram Roche®, GlaxoSmithKline® e Novartis®, com 05 tecnologias cada.

O poder judiciário também foi responsável por algumas tecnologias incorporadas. Sendo a 1ª Vara Federal de Porto Alegre responsável por 02 tecnologias, Justiça Federal da 4ª Região – Seção Judiciária do Rio Grande do Sul por 01 tecnologia e 6ª Vara Federal de Sergipe por 01 tecnologia.

Ressalta-se que o somatório de tecnologias ultrapassa o número real de tecnologias incorporadas pelo fato de algumas tecnologias terem sido solicitadas por mais de um demandante.

Tabela 3. *Ranking* de pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, que tiveram êxito em incorporar tecnologias solicitadas entre 2012 a 2019

<b>Demandante</b>	<b>Nº de tecnologias incorporadas</b>
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS	128
Secretaria de Atenção à Saúde/MS	124
Secretaria de Vigilância em Saúde/MS	63
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	14
Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos - Anapar	6
Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A.	5
GlaxoSmithKline Brasil Ltda.	5
Novartis Biociências S.A.	5
AbbVie Farmacêutica Ltda.	4
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	5
Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.	3
Laboratórios Pfizer Ltda.	3
Merck Sharp & Dohme Farmacêutica Ltda.	3
Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD	3
Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC	3
UCB BioPharma S/A	3
Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais	3
1ª Vara Federal de Porto Alegre	2
Bristol-Myers Squibb Farmacêutica S.A.	2
AstraZeneca Brasil Ltda.	2
Biogen Brasil Produtos Farmacêuticos Ltda.	2
BioMarin Brasil Farmacêutica	2
Gilead Sciences do Brasil Ltda.	2
Teva Farmacêutica Ltda.	2
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems	2
Beaufour Ipsen Farmacêutica Ltda.	1
Biotronik Comercial Ltda.	1
Coloplast do Brasil	1
Justiça Federal da 4ª Região - Seção judiciária do Rio Grande do Sul	1
LivaNova Brasil	1
Poder Judiciário Federal - Seção Judiciária de Sergipe - 6ª Vara Federal	1
Sanofi-Genzyme	1
Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	1
Takeda	1
Zambon Laboratórios Farmacêuticos Ltda.	1
Gabinete do Ministro da Saúde	1
Instituto Nacional do Câncer - Inca	1
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte-Hospital Risoleta Tolentino Neves	1
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco	1
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	1

Tabela 3. (cont.)

<b>Demandante</b>	<b>Nº de tecnologias incorporadas</b>
Ministério da Saúde	1
Instituto Nacional de Cardiologia	1
Sociedade Brasileira de Urologia	1
Laboratório Químico Bergamo Ltda.	1
Organização Pan-americana da Saúde	1
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	1

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponíveis no site da Conitec<sup>3</sup>.

A *tabela 4* demonstra que os medicamentos foram não só as tecnologias que mais passaram por consulta pública (44,1%), mas também as que mais deixaram de se submeter a esse procedimento (53,5%). A consulta pública é uma ferramenta importante para promover a democratização e

transparência na escolha de tecnologias para o SUS, pois permite que a sociedade participe deste processo de escolha. No entanto, em algumas, como de extrema necessidade de alguns medicamentos, por exemplo, essas tecnologias são dispensadas da consulta pública.

Tabela 4. Tecnologias incorporadas que se submeteram à consulta pública pela Conitec entre 2012 e 2019

	Medicamento		Procedimento		Tipo de tecnologia				Grupo Total		Valor de p
	n	%	n	%	PCDT		Produto		n	%	
Consulta pública					n	%	n	%	n	%	
Sim	124	44,1	50	17,8	88	31,3	19	6,8	281	100,0	P(1)<0,001*
Não	53	53,5	43	43,4	2	2,0	1	1,0	99	100,0	
TOTAL	177	46,6	93	24,5	90	23,7	20	5,3	380	100,0	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponíveis no site da Conitec<sup>3</sup>.

\*Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

De acordo com a *tabela 5*, prevaleceu o grupo de ‘algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIPs)’, com 77 tecnologias,

seguido de ‘doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas’, com 42 tecnologias e, em terceiro, o grupo ‘outros’, com 39 tecnologias.

Tabela 5. Tipo de tecnologia incorporada pela Conitec por categoria de doenças (CID-10)\* entre 2012 e 2019

Tipo de tecnologia / categoria de doenças (CID-10)	Medicamentos	PCDT	Procedimentos	Produtos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (a00-b99)	51	16	9	1	77
Neoplasias (c00-d48)	15	10	8	3	36
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (d50-d89)	4	5	2	1	12
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (e00-e90)	20	16	4	2	42
Transtornos mentais e comportamentais (f00-f99)	8	0	7	0	15
Doenças do sistema nervoso (g00-g99)	12	6	2	0	20
Doenças do olho e anexos (h00-h59)	1	4	3	0	8
Doenças do ouvido e da apófise mastóide (h60-h95)	1	0	0	0	1
Doenças do aparelho circulatório (i00-i99)	4	3	1	2	10
Doenças do aparelho respiratório (j00-j99)	8	0	4	0	12
Doenças do aparelho digestivo (k00-k93)	2	3	3	0	8
Doenças de pele e do tecido subcutâneo (l00-l99)	10	2	0	0	12
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (m00-m99)	23	9	0	0	32
Doenças do sistema geniturinário (n00-n99)	2	1	1	1	5
Gravidez, parto e puerpério (o00-o99)	1	2	0	0	3
Algumas afecções originadas no período perinatal (p00-p96)	0	0	0	0	0
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (q00-q99)	1	1	2	0	4
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (r00-r99)	0	0	0	4	4
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (s00-t98)	2	1	1	0	4
Causas externas de morbidade e de mortalidade (v01-y98)	0	5	0	0	5
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (z00-z99)	7	3	15	6	31
Códigos para propósitos especiais (u00-u99)	0	0	0	0	0
Outros (doenças raras sem CID, múltiplas doenças e outras situações sem CID)	5	3	31	0	39
TOTAL	177	90	94	20	380

Fonte: Elaboração própria a partir de dados disponíveis no site da Conitec<sup>3</sup>.

(\*): Classificação Internacional de Doenças-10.

Dentre as DIPs mais beneficiadas, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) obteve maior número de incorporações voltadas para o seu tratamento, totalizando 19 tecnologias, correspondendo a 21,1% do total de tecnologias incorporadas para este grupo de doenças. Ressalta-se que a totalização de tecnologias por diagnóstico superou a quantidade de tecnologias para o grupo 'Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias' pelo fato de algumas tecnologias terem sido indicadas para mais de uma doença enquadrada neste grupo.

## Discussão

De acordo com os dados do presente estudo, 2018 foi o ano com maior número de incorporações, mas não foi encontrado na literatura algo que justificasse esse maior número de tecnologias incorporadas. No entanto, os PCDTs (Material Complementar) tiveram uma incorporação massiva naquele ano, totalizando 33, inclusive, superaram o número de medicamentos incorporados, alavancando o número total de tecnologias incorporadas no

referido ano. Esses documentos oficiais do SUS objetivam garantir melhor cuidado em saúde, já que são elaboradas com base em evidências científicas. São tecnologias que precisam ser atualizadas a cada dois anos ou quando houver inclusão, alteração ou exclusão de tecnologias provocando a necessidade de atualização dos cuidados em saúde<sup>12</sup>.

O estudo evidenciou que os medicamentos foram o tipo de tecnologia mais incorporada. No estudo de Nunes e colaboradores<sup>13</sup> sobre incorporação de medicamentos pela Conitec, entre 2012 e 2015, foi constatado que os medicamentos já obtinham maior número de incorporações em relação aos demais tipos de tecnologias naquele período. Segundo os mesmos autores, tal fato não causa surpresa, pois a investigação e a inovação relacionada com este tipo de tecnologia também dominam o mercado e a comunidade científica.

No Brasil, pesquisas nessa área ainda são insuficientes, fazendo com que a comunidade científica nacional tenha que recorrer a pesquisas de outros países com maior expertise. Isso inviabiliza a produção local e encarece a aquisição de produtos para a saúde, já que há a necessidade de importação dos mesmos. Além disso, os países desenvolvidos costumam ter indústria farmacêutica local bastante desenvolvida, o que estimula a produção de pesquisa e desenvolvimento<sup>14</sup>.

Os demandantes internos tiveram superioridade em relação aos demais. O estudo de Caetano e colaboradores<sup>1</sup> sobre a incorporação de novos medicamentos pela Conitec, entre 2012 e 2016, obteve números semelhantes ao do presente estudo. A demanda interna foi 77 (82,8%), enquanto a externa foi de 16 (17,2%). Apesar de ser um estudo voltado apenas para medicamentos, tal fato comprova a tendência de que órgãos e instituições vinculadas ao Ministério da Saúde sejam responsáveis por parte significativa das tecnologias incorporadas no SUS.

Essa superioridade se dá devido à nova política pública de gestão de tecnologias a partir da Conitec, o que conquistou a

credibilidade das secretarias vinculadas ao Ministério da Saúde<sup>15</sup>.

Todos os três tipos de demandantes conseguiram incorporar mais medicamentos do que os demais tipos de tecnologias, reforçando a importância que os demandantes dão para esse tipo de tecnologia. Além disso, os demandantes internos superaram em número de incorporação todos os outros demandantes, em todos os tipos de tecnologias.

Tal fato difere do que foi encontrado por Lima<sup>16</sup>, que pesquisou as demandas da Conitec entre 2012 e 2014. Na época, tiveram prevalência as demandas da indústria, ou seja, demanda externa, nas tecnologias do tipo medicamentos e produtos. Portanto, este período avaliado no presente estudo, com predomínio dos demandantes internos, representa um aspecto positivo, tendo em vista que houve uma atenuação da influência das indústrias farmacêuticas, movidas pelo interesse econômico, frente ao mercado de consumo público<sup>16</sup>.

Diversos solicitantes externos tiveram êxito nas suas demandas. A exemplo da Anapar, que obteve mais sucesso, com quatro anticorpos monoclonais e duas proteínas de fusão utilizadas no tratamento da artrite reumatoide.

Isso se deve pelo fato de que medicamentos biológicos, como os anticorpos monoclonais e as proteínas de fusão, têm causado uma verdadeira revolução terapêutica em diversas áreas, dentre elas a reumatologia<sup>17</sup>.

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória sistêmica que atinge, principalmente, as articulações, porém também pode afetar os pulmões, coração e outros órgãos. A estimativa é que esta doença acometa de 0,2 a 1% da população no Brasil. Isso representa 2 milhões de pessoas e, apesar da baixa prevalência, é uma doença que requer tratamento adequado por provocar limitações físicas aos pacientes<sup>18</sup>.

A Anapar foi fundada em 26 de abril de 2006, na cidade do Rio de Janeiro (RJ). Ela tem como função proporcionar a integração de Grupos e Associações de Pacientes Reumáticos Brasileiros já constituídos, apoiar a criação de novos grupos, lutar pela defesa dos direitos

dos pacientes e buscar por políticas públicas de saúde que permitam melhores condições de vida a esses pacientes<sup>19</sup>.

Dentre os demandantes externos, a indústria farmacêutica foi a mais prevalente, apesar de não ter tantas tecnologias incorporadas individualmente em relação aos demais grupos. A Roche®, GlaxoSmithKline® e Novartis® foram as que mais se destacaram, com 5 tecnologias cada, incluindo medicamentos, sendo proteínas de fusão, anticorpos monoclonais, antirretrovirais, vacinas antivirais, vasodilatadores, imunomoduladores e colinérgicos.

As três empresas são multinacionais de origem estrangeira. De acordo com dados do grupo Evaluate, que se trata de uma empresa líder em análise de mercado nos setores de biotecnologia e farmacêutico, a Roche® será líder no mercado de biológicos até 2022. A análise destaca que o laboratório tem o *pipeline* mais valorizado, ou seja, seu portfólio de produtos são mais aceitáveis pelos clientes e estima-se que alcance o patamar de R\$ 43 bilhões de dólares em 2022. É provável que os investimentos da Roche® em pesquisa e desenvolvimento ultrapassem os da Novartis® e que os produtos daquela, em 2022, representem 10% dos cinquenta produtos mais vendidos no mundo<sup>20</sup>.

Essa superioridade no número de demandantes da indústria farmacêutica entre os demandantes externos é atribuída à necessidade de infraestrutura e capacidade técnica para desenvolver estudos científicos, técnicos e econômicos, os quais são obrigatórios no processo de submissão da tecnologia junto à Conitec<sup>21</sup>.

Este estudo demonstrou que o poder judiciário, em menor número, também solicitou e teve suas demandas aceitas, o que leva a crer que os mesmos estão buscando soluções para o problema recorrente da judicialização de diversas tecnologias até então não disponibilizadas pelo SUS.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde gastou R\$ 4,5 bilhões em medicamentos e outras tecnologias em saúde, cumprindo determinações judiciais. A incorporação de novas tecnologias pode estar sendo motivada por conta do fenômeno da

judicialização como forma de melhorar a previsão de gastos em saúde<sup>22</sup>.

A judicialização na área da saúde não ocorre apenas no Brasil, mas também em países da América Latina e diversos outros países nos quais o direito à saúde é o fundamento legal de seus sistemas públicos de saúde. Com a instituição da Conitec, houve uma tentativa de modificar esse panorama. Ela disciplinou o processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no SUS, propiciando a tomada de decisão baseada em evidências, a transparência do processo administrativo de incorporação de tecnologias em saúde e o estabelecimento de mecanismos para a participação social<sup>23</sup>.

É rotina da Secretaria-Executiva da Conitec enviar informações e esclarecimentos técnicos a respeito de incorporação de tecnologias no SUS para diversos cidadãos, órgãos e instituições, proporcionando a interação com os Ministérios Públicos, a Advocacia Geral da União (AGU) e o Poder Judiciário. Essa atividade se traduz em contribuição, pois: (i) fornece esclarecimentos aos Procuradores dos Ministérios Públicos sobre a disponibilização de tecnologias em saúde pelo SUS, podendo evitar o ajuizamento de novas ações judiciais; (ii) fornece subsídios técnicos à AGU para a defesa da União em ações judiciais; e (iii) fornece subsídios técnicos aos juizes para que possam dispor de informações que lhes permitam tomar decisões em pedidos de concessão de liminares em ações judiciais<sup>24</sup>.

Um fato importante é que quase 74% do total de tecnologias passou por consulta pública. Isso representa um importante passo para fortalecer a participação social nos processos de incorporação de tecnologias no SUS, já que permite que a sociedade contribua com críticas, opiniões sobre a referida tecnologia, o que pode repercutir na aceitação ou não da mesma. Esse procedimento passou a ser obrigatório a partir da criação da Conitec, no ano de 2011.

O Decreto nº 7.646/2011, que regulamentou os processos de avaliação de solicitações de incorporação no SUS, estabelece que todas as recomendações emitidas pelo Plenário sejam

submetidas à consulta pública. Entretanto, o artigo 29 deste Decreto prevê a possibilidade de processo administrativo simplificado em casos de relevante interesse público, sem detalhar, contudo, em que situações isso se aplica<sup>25</sup>. Isso justifica o fato de não haver consulta pública em todos os processos de avaliação de tecnologias pela Conitec.

Esta pesquisa demonstrou que a categoria de doenças mais beneficiada com incorporações foi 'Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias', com ênfase para o HIV. Parece ser paradoxal ao se buscar priorizar as doenças mais prevalentes no Brasil, que são as crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e neoplasias. No entanto, as doenças infecciosas ainda são um problema de saúde pública no Brasil. Embora a proporção do total de mortes causadas por elas tenha caído de 50% para 5% ao longo dos últimos oitenta anos, essa redução tem sido mais pronunciada em algumas doenças infecciosas do que em outras<sup>26</sup>.

O Brasil enfrenta a persistência de doenças emergentes, como exemplo a mais importante introduzida na década de 70, o HIV, que demanda a necessidade contínua de assistência à saúde e disponibilização de antirretrovirais de alta potência<sup>27</sup>. Portanto, é justificável o volume de tecnologias incorporadas para essa categoria, já que é necessário não só assegurar a erradicação de algumas doenças, mas também controlar o número de casos de doenças emergentes e reemergentes.

## Conclusões

O processo de incorporação de tecnologias no SUS por meio da Conitec trouxe aspectos

relevantes, principalmente a modernização, transparência e participação social. Tais fatores influenciam positivamente no resultado final. Houve um importante avanço na renovação de tecnologias incorporadas no SUS, principalmente medicamentos, através de um processo mais transparente.

Além disso, o estudo permitiu demonstrar a relevância dos medicamentos não só para a saúde pública no Brasil, mas também para os gastos públicos, os quais perfazem uma parcela importante das despesas. Compreender esses gastos torna-se importante para viabilizar a tomada de decisão de gestores, bem como direcionar, de forma equilibrada, as incorporações de tecnologias no SUS. Nesse contexto, sugere-se que investimentos na área de pesquisa e desenvolvimento de produtos para a saúde sejam estimulados para viabilizar a produção nacional e, conseqüentemente, reduzir os custos de aquisição pelo SUS e promover o acesso ao maior número possível de pacientes.

Conclui-se que o perfil das tecnologias incorporadas são principalmente medicamentos, por demanda interna, com indicação para DIPs e, sobretudo, para o HIV. Os medicamentos continuam sendo o foco das solicitações, no entanto as demandas internas passaram a ter mais espaço nesse cenário, acima de tudo as demandas provenientes de secretarias do Ministério da Saúde.

## Colaboradores

Rodrigues Filho FJ (0000-0003-0886-1633)\* contribuiu para a elaboração da pesquisa e artigo. Pereira MC (0000-0002-1672-8202)\* contribuiu para a orientação da pesquisa e artigo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Caetano R, Silva RMD, Pedro EM, et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; (22):2513-25.
2. Santos ZMSA, Frota MA, Martins ABT. *Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado.* Fortaleza: EdUECE; 2016
3. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. Histórico institucional. [acesso em 2019 jul 9]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/historico-institucional>.
4. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. Histórico institucional. [acesso em 2020 jan 12]. Disponível em <http://conitec.gov.br/historico-institucional>.
5. Rabelo RB, Petramale CA, Da Silveira LC, et al. A comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS: um balanço dos primeiros anos de atuação. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde.* 2015; (4): 3225-3240.
6. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. [acesso em 2020 jan 12]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/entenda-a-conitec-2>.
7. Guimarães R, Noronha J, Elias FTS, et al. Política de ciência, tecnologia e inovação em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(3):881-886.
8. Pierro B. Demandas crescentes: parcerias entre instituições de pesquisa e a esfera pública procuram entender a judicialização da saúde e propor estratégias para lidar com o fenômeno. *Rev. Pesquisa Fapesp.* 2017; 18(252):18-25.
9. Lisbôa R, Caetano R. Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. *Saúde debate.* 2021, 44:1255-1276.
10. Lima Filho MA. Teste de Independência. [acesso em 2020 jan 12]. Disponível em: <http://www.de.ufpb.br/~luiz/AED/Aula10.pdf>.
11. Campos GM. *Estatística prática para docentes e pós-graduandos.* São Paulo: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto; 2001.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 1. 2019. [acesso em 2020 fev 23]. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio\\_PCDT-Diabetes-Mellitus-Tipo-1\\_2019.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT-Diabetes-Mellitus-Tipo-1_2019.pdf).
13. Nunes LMN, Fonteles MMDF, Passos ACB, et al. Evaluation of demands of inclusion, exclusion and alteration of Technologies in the Brazilian Health System submitted to the National Committee on Technology Incorporation. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2017; 53(2):1-12.
14. Petramale CA. Avaliação e incorporação: do que precisamos realmente. *OPAS/OMS—representação Brasil.* Brasília, DF. 2016; 1(8).
15. Rabelo RB, Petramale CA, Silveira LC, et al. A comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS: um balanço dos primeiros anos de atuação. *Rev. Electr. Gest. Saúde.* 2015; (4):3225-40.
16. Lima SGG. O processo de incorporação de tecnologias em oncologia no SUS: análise da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
17. IMS Health. Top 20 global products 2014. [acesso em 2019 nov 10]. Disponível em: [http://www.imshealth.com/files/web/Corporate/News/TopLine%20Market%20Data/2014/Top\\_20\\_Global\\_Products\\_2014.pdf](http://www.imshealth.com/files/web/Corporate/News/TopLine%20Market%20Data/2014/Top_20_Global_Products_2014.pdf).
18. Borssatto AGF. Incorporação de medicamentos imunobiológicos para artrite reumatoide no setor suplementar de saúde do Brasil: a percepção de pacientes,

- médicos e gestores. [dissertação]. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas; 2019.
19. Biored Brasil. Associações que apoiam a Biored Brasil. 2016. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em <https://www.bioredbrasil.com.br/associacoes-que-apoiam-a-biored-brasil/>.
  20. Vidal TJ, Figueiredo TA, Pepe VLE. O mercado brasileiro de anticorpos monoclonais utilizados para o tratamento de câncer. *Cad. Saúde Pública*. 2018; (34):1-14.
  21. Rego V. Eficiência no SUS como alternativa à judicialização das políticas públicas de saúde: a criação da Conitec e a utilização de triagem administrativa na concessão de medicamentos [monografia]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: <http://www.tcc.sc.usp.br/tce/disponiveis/89/890010/tce-20122013-094059/publico/VictorRego.pdf>.
  22. Souza KAO, Souza LEFF, Lisboa ES. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. *Saúde debate*. 2018; (42):837-48.
  23. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 29 Abr 2011. [acesso em 2020 mar 3]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/26364169/pg-1-secao-1-diar-official-da-uniao-dou-de-29-04-2011>.
  24. Simabuku EMG, Catanheide ID, D'agostino C, et al. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS e a judicialização do acesso à saúde. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*. 2015; (4):3024-3042.
  25. Brasil. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõem sobre a Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 Dez 2011.
  26. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, et al. Saúde no Brasil. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Lancet*. 2015; 377(9780):47-60.
  27. Waldman EA, Sato APS. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Rev. Saúde Públ*. 2016; (50):68.
- 
- Recebido em 17/09/2020  
Aprovado em 28/07/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# O estudante de medicina e seu percurso acadêmico: uma análise de postagens sobre sofrimentos

*The medical student and his academic career: an analysis of postings of suffering*

Andréia Ferreira dos Santos<sup>1</sup>, Lana Veras<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113012

**RESUMO** Em uma contemporaneidade que valoriza a felicidade performática e medicaliza a vida, a formação médica é disparadora de questões diversas. A vivência acadêmica, que já anuncia o futuro cotidiano profissional, é perpassada por exigências e comportamentos adoecedores, os quais comprometem a saúde dos estudantes como um todo. Nesse sentido, buscou-se, por meio da análise de postagens públicas na rede social Instagram, de outubro de 2018 a abril de 2019, compreender as manifestações de sofrimento desses indivíduos a partir do que decidem expor à comunidade. Os resultados sinalizam para a naturalização da perda de qualidade de vida, a propagação de um discurso meritocrático de superação das adversidades, bem como o uso das redes sociais como estratégia de enfrentamento e pertença. Reforçam, além disso, a necessidade de se dar continuidade à investigação desses discursos, visto que anunciam um cenário que exige atenção.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação médica. Redes sociais. Saúde mental.

**ABSTRACT** *In a contemporary age that values performative happiness and medicalizes life, medical training is a trigger for different issues. The academic experience, which already announces the daily professional future, is permeated by demands and sickening behaviors, which compromise the health of the students as a whole. In this sense, through the analysis of public posts in the Instagram social network, from October 2018 to April 2019, it was sought to understand the manifestations of suffering of these individuals from what they decide to expose to the community. The results signal the naturalization of the loss of quality of life, the propagation of a meritocratic discourse of overcoming adversity, as well as the use of social networks as a strategy of confrontation and belonging. They also reinforce the need to continue investigating these discourses, since they announce a scenario that requires attention.*

**KEYWORDS** *Education, medical. Social networking. Mental health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr) – Piauí (PI), Brasil.  
andrea.uferreira@gmail.com

## Introdução

“Permita-se adoecer!”<sup>1</sup>: o conselho de uma estudante de medicina, dado em uma postagem pública na rede social Instagram, é disparador de questões relacionadas à vivência acadêmica nos cursos médicos. Em seu desabafo, ela fala sobre a indisponibilidade de tempo, a falta de sono, a mudança na imunidade, os sentimentos de insegurança e de como tudo isso afeta a saúde do universitário. O texto torna evidente não apenas o processo de adoecimento advindo de uma carga horária exaustiva, a cobrança por desempenho e os desafios emocionais, mas, também, a sua naturalização como parte do percurso formativo.

A formação médica esperada na contemporaneidade baseia-se em uma educação conduzida por autonomia, autoconstrução do conhecimento e responsabilidade social. O graduando deve ser comprometido, trocar saberes, fazer reflexões críticas sobre a situação de saúde e propor soluções<sup>2</sup>. Essas diretrizes muito colaboram para a transformação de uma medicina que há pouco mostrava-se dissociada do cuidado em saúde que considera as demandas sociais e o indivíduo em sua totalidade. A fim de tornar isso possível, as metodologias ativas, que apostam no protagonismo do estudante no processo ensino-aprendizagem por meio de atividades educativas dinâmicas e contato prévio com práticas do futuro exercício profissional, têm sido incorporadas às propostas curriculares.

Percebe-se, entretanto, uma escassez de espaços de discussão e orientação quanto às necessidades físicas e psicológicas desses universitários, as quais são demandas muito pertinentes à atenção das universidades. Vries-Erich, Dorman, Boerboom, Jaarsma e Helmich<sup>3</sup> apontam um empenho da graduação médica em incentivar os alunos a se identificarem com um discurso de competências que os tornaria ‘bons médicos’, criando um campo em que expressar e compartilhar certas experiências afetivas mostra-se inadequado. Assim, eles passam a performar de acordo

com as expectativas correspondentes a essa identidade, negociando com eles mesmos as atitudes e os sentimentos que podem – e devem – demonstrar.

Nesse sentido, pode-se pensar, para além dos corpos adoecidos, nas porções de sofrimento diário que precisam ser engavetadas pelos graduandos nesse contexto típico de negociação dos próprios limites, para que não fiquem às margens de aprovação, o que implica alto custo para a sua saúde mental.

É preciso refletir, também, sobre a relação entre esse cenário de exigências pelo ideal e o ‘estar no mundo’ contemporâneo. Audino, Pacheco-Ferreira e Herzo<sup>4</sup> resgatam o percurso da tolerância social com os sentimentos de tristeza: se a melancolia já foi associada a estados profundos da alma e à genialidade, hoje ganha status de “insuficiência e miséria afetiva”<sup>4(54)</sup>. O sofrer perde espaço em tempos que associam, sinalizam as autoras, estados subjetivos genuínos a classificações patológicas passíveis, inclusive, de medicalização.

Certamente, é possível associar essa intolerância com a máxima atual de busca de prazeres instantâneos e estados de bem-estar em uma lógica de felicidade imperativa – o ‘ser feliz’ cresce como fio condutor necessário de vida à medida que declina a relevância das vivências de dor. O cotidiano, servido de um cardápio farto de situações que trazem medo, insegurança, raiva e tristeza, torna-se palco de incessantes tentativas não só de combater todos eles, mas, também, de potencializá-los.

Se os estados de plenitude e bem-estar – que, supostamente, podem ser comprados, ranqueados e quimicamente conquistados – ganham tom de dever, podem-se imaginar os conflitos suscitados no estudante de medicina. Inseridos na conjuntura de excesso de demandas curriculares, pouco espaço para o cuidado da própria saúde, contato com temas como o enfrentamento da morte e com o sofrimento do outro, precisam performar como potenciais ‘bons médicos’ e como indivíduos que conseguem ser motivados e felizes, apesar de tudo. Mia Couto<sup>5</sup> associa felicidade com

a possibilidade de “visitarmos e sermos visitados por outras sensibilidades”<sup>5(54)</sup>. Indo ao encontro do que diz o poeta moçambicano, pode-se refletir: se é a omissão dos afetos e sensibilidades que sustenta a adequação desses sujeitos ao ‘caminho certo’ no curso, estariam eles realmente felizes?

### Contemporaneidade: felicidade, consumo e desempenho

Em tempos de uma busca inesgotável de felicidade, Solnit<sup>6</sup> apresenta que a pergunta “Você é feliz?”<sup>6(16)</sup> surge com uma naturalidade reflexa e com a pressuposição de que, como se munidos de uma receita, soubéssemos ‘como deve ser uma vida feliz’. A autora discorre sobre a atitude contemporânea de tentar seguir um roteiro padrão a fim de alcançar o bem-estar e a autorrealização, realidade que dialoga com o que Veras<sup>7</sup> coloca como “*check-list* da felicidade”<sup>7(122)</sup>, uma série de pré-requisitos – relacionados a saúde, corpo, relações, formação e trabalho – que, aparentemente, asseguram um estado de satisfação.

Segundo Mansano e Lima<sup>8</sup>, esse estado figura como um desejo social compartilhado no contexto de um projeto contemporâneo em que o ‘ser feliz’ é compulsório<sup>9</sup>. Sendo assim, tende-se a desconsiderar as múltiplas possibilidades de experimentar emoções outras, como a dor e a frustração, como parte da vivência cotidiana. Se o viver é indissociável dos sentimentos corriqueiros distantes da felicidade idealizada, apontam os autores, esta é inalcançável como condição permanente.

A efemeridade dessa desejada sensação de plenitude alia-se à lógica capitalista de consumo, que se veste de solução para a satisfação incessante de desejos individuais, à disposição de todos, a fim de legitimar o modo de vida contemporâneo<sup>10</sup>. De acordo com os autores, valores são materializados em produtos e caracterizam a “felicidade mensurável”<sup>10(223)</sup>. Solnit<sup>11</sup> utiliza o conceito de ‘tirania do quantificável’, de Chip Ward, que se relaciona com o consumo e/da felicidade,

quando supõe a precedência do que pode ser medido sobre o que não é – se não é mensurável, não é útil.

Sob essa lógica de medida, alinhada com o imperativo atual de autonomia e gestão de si<sup>12</sup>, vive uma sociedade que tanto constrói quanto se submete a moldes performativos. A quantificação do bem-estar é acompanhada da sensação de insuficiência constante e da competição: é preciso ser mais e melhor<sup>7</sup>. Ferraz<sup>13</sup> contribui quando destaca um funcionamento avaliativo sobre os indivíduos na contemporaneidade, o que gera atitudes performáticas de prestação de contas de desempenhos. A maximização destes, segundo a filósofa, é buscada em um contexto no qual “produzem-se interminavelmente graus diferenciados e certamente mais sutis de reprovação ou exclusão”<sup>13(36)</sup>, os quais alimentam um sistema social insaciável de exigências.

### Medicalização do viver

O indivíduo como condutor do próprio percurso para o sucesso pessoal: para ele, mostra Perrusi<sup>14</sup>, “seu destino é sua responsabilidade e seu desempenho, construção solitária”<sup>14(148)</sup>. Em contrapartida à exaltação do bem-estar contemporâneo, o sofrimento figura como inadaptação e precisa ser eliminado. Certas emoções cotidianas – angústia, ansiedade, insegurança – passam a ganhar adjetivos como inaceitáveis ou intoleráveis em um momento de empenho normativo que tenta assegurar que o olhar para o mundo seja convencional: há de ser/estar feliz. Os que não se sentem sempre capazes de corresponder apenas às ‘boas’ emoções experimentam sensações de confusão e desajuste<sup>15</sup>.

Nesse contexto de supressão das dores do eu, ganha destaque a banalização do sofrimento psíquico, na medida em que, equiparado com a dor física, torna-se passível de medicalização. Em tempos de urgência para eliminar os sentimentos que sinalizam para o fracasso do mal-estar, o uso de medicamentos mostra-se como saída imediata e legitimada

pela descaracterização do processo de sofrer: o indivíduo é visto como “corpo-máquina”<sup>14(154)</sup> que performa funções a partir da autonomia<sup>14</sup>. No cenário de exaltação ao desempenho, as tecnologias médicas são buscadas não apenas para curar ou aliviar, mas, também, para otimizar e aperfeiçoar o sujeito<sup>16</sup>.

Bezerra Jr.<sup>12</sup> observa que há, atualmente, um aumento da aceitação da sociedade quanto a essa medicalização de vivências subjetivas, o que ocorre junto à redução da tolerância com as diferenças<sup>7</sup>. O autor relaciona esse processo com a fronteira cada vez mais tênue entre o que é sentido e a possibilidade de que se torne um diagnóstico, intimamente ligado a uma certa tendência de patologização das experiências nítida nos manuais da psiquiatria. Nesse sentido, recorre-se às contribuições de Canguilhem<sup>17</sup> quanto à limitação dos conceitos de ‘normal’ e ‘patológico’, que não abrangem, em si, os diversos contextos e possibilidades possíveis aos sujeitos.

Patologizar a tristeza, em meio ao panorama de medicalização, gera riscos tanto no que diz respeito à expressão das subjetividades dos indivíduos quanto pela utilização irrestrita de fármacos como intervenção no corpo<sup>18</sup>. Além disso, reforça um ‘horizonte normativo’ de valores que, em consonância com a lógica do consumo, contempla a promessa impossível de ‘felicidade química’, vislumbrada como via de acesso às expectativas sociais. Quando estas referem-se a uma postura performática de desempenho individual, avalia Perrusi<sup>14</sup>, permitem que “se existe a dor entre a heteronomia e a autonomia, deixem passar o psicotrópico, pois é a solução”<sup>14(154)</sup>.

Assim, a tentativa incessante de medicalizar a vida mostra-se, segundo Christofari, Freitas e Baptista<sup>19</sup>, como “um rastro de pólvora que se infiltra e se expande rapidamente de forma quase incontrolável em todas as esferas da vida humana”<sup>19(1086)</sup>, atingindo, inclusive, as maneiras de ser e de aprender em uma contemporaneidade em que a medicina produz discursos que são internalizados.

## O trajeto formativo e o ‘ser médico’

A educação médica tem passado por transformações. Busca-se, em contraponto a um modelo convencional com componentes curriculares engessados e distantes das práticas, um percurso que aponta para uma formação generalista e sensível às questões sociais. Para atender a essa realidade, mudanças relativas ao processo de ensino-aprendizagem têm colocado o estudante de medicina como autor do seu próprio aprendizado, autônomo e participativo, em um sistema que não mais obedece à lógica de instrução vertical da docência<sup>20</sup>.

Demandas do campo da saúde e dos acadêmicos, de acordo com os autores, instigam a necessidade de tais mudanças, as quais visam a garantir os anseios por futuros profissionais qualificados. A aposta parece ser na utilização de metodologias ativas, que descontroem essa ideia de domínio do conhecimento pelo docente – que passa a figurar como facilitador – e tornam o aluno responsável pelas próprias buscas, formulações e conclusões relacionadas aos conteúdos.

Com relação a esses anseios, fala-se em um ‘tipo ideal’ de perfil almejado para os estudantes de cursos médicos, futuros profissionais da saúde, que envolve competência, proatividade, humanidade, responsabilidade, consciência, solidariedade, engajamento e participação. Na sua trajetória formativa, esses indivíduos, como já discutido, são colocados como responsáveis pela autoconstrução e pelas transformações rumo ao alcance dessa série de valores<sup>21</sup>. Mais que conhecimentos técnicos, esperam-se deles competências transversais que despertem a criticidade, possibilitadas pelo que Ferreira<sup>22</sup> engloba como “humanidades médicas”<sup>22(291)</sup>.

Nesse contexto de transformações ainda em curso e tantas exigências, Almeida<sup>23</sup> pontua que os graduandos se sentem pressionados por uma sensação de dever e de saber absoluto, premissas do ‘ser médico’ que atropelam o ‘ser eu’. O estudante, durante a formação, passa a se identificar com o ‘ser médico’ à

custa da negação das suas subjetividades, o que influencia sua relação com o sofrimento do eu e do outro. A médica sinaliza como plano de fundo dessa realidade a desumanização e a construção de um discurso da medicina que exige e fundamenta relações de poder: estas, segundo ela, iniciadas nos próprios ritos institucionais, como os trotes, anunciam e legitimam a severidade das experiências pelas quais vão passar esses indivíduos.

Esse cenário torna-se potencialmente adocedor, ao passo que desafia os estudantes a superarem os próprios limites a fim de corresponderem às tantas expectativas do tipo ideal. Em meio a angústias diversas, acabam lançando mão de mecanismos de defesa, “isolando-se em uma crença onipotente”<sup>23(748)</sup>, que faz parte do discurso médico, e negando suas características e necessidades humanas básicas. Destaca-se, nesse sentido, o que Andrade et al.<sup>24</sup> enunciam quanto à sistemática preocupação dos cursos médicos com o aprimoramento do ensino, mas não com a saúde mental dos sujeitos enquanto educandos.

### Há espaço para o sofrimento na educação médica?

As dificuldades acadêmicas do estudante de medicina, quando investigadas, parecem sobressair no universo de experiências ao longo do curso. Tanaka, Furlan, Branco e Valerio<sup>25</sup> observam que fatores como a carga horária excessiva, a desorganização pessoal, a precária assistência da faculdade, o novo ritmo de vida e a distância da família são os mais relatados quanto à caracterização da vivência acadêmica. Somam-se a elas, de acordo com Andrade et al.<sup>24</sup>, privação de lazer, medo de não ser um bom médico, problemas nas relações interpessoais, insatisfação com o comportamento sexual e até mesmo vontade de desistir do curso.

Essa conjuntura, segundo estes, relaciona-se com o ambiente competitivo do curso, a exigência de excelência, o contato com a morte e com o enfrentamento de sofrimentos. Vicensi<sup>26</sup> aponta para uma formação médica

deficiente, na qual não há preparo quanto aos sentimentos e emoções que surgem na preparação acadêmica e na atuação profissional do médico. A autora discorre, também, sobre um distanciamento dos temas de enfrentamento do sofrer em grande parte dos currículos, o que leva ao acúmulo de sentimentos dos estudantes/profissionais na prática cotidiana e à dificuldade de buscarem ajuda.

No contexto desse sofrimento acumulativo e silencioso, mostram-se como escapes mecanismos de defesa e formas de ‘atenuar’ as dores psíquicas. A utilização de psicotrópicos e do álcool, por exemplo, tem aumentado entre os graduandos de cursos médicos, o que indica a busca de formas outras de enfrentamento que não a procura de ajuda profissional dentro ou fora da universidade<sup>24</sup>.

Em torno do ‘passar em medicina’, (re) afirmam-se mitos e projeções, pessoais e familiares sobre o significado da capacidade de adentrar esse universo médico de formação e profissão<sup>27</sup>. A idealização de cura como definição de sucesso terapêutico instiga nos estudantes certa onipotência – o herói que combate a morte – e ilusões, visto que entram e entrarão em contato com situações irreversíveis de perdas<sup>28</sup>. Assim, fica evidente a demanda por uma formação sensível à questão humana de assumir fragilidades. Os universitários implicam-se com situações de doença, dor e morte do outro e com as suas vivências próprias, produzindo angústias que precisam ter voz durante a trajetória acadêmica<sup>26</sup>.

Busca-se neste artigo, assim, discutir sobre as experiências subjetivas do estudante relacionadas aos sofrimentos associados à graduação médica. Dialogando com a demanda de pesquisas sobre a propagação e o manejo de discursos sobre sentimentos nos ‘artefatos midiáticos’, apontada por Freire Filho<sup>15</sup>, bem como sobre as manifestações emotivas nesses ambientes, analisaram-se textos públicos divulgados no Instagram que provocaram as autoras e as permitiram percorrer os caminhos possíveis de compreensão das questões levantadas.

## Material e métodos

O percurso de desenvolvimento do tema deste estudo foi guiado por uma abordagem qualitativa, a fim de considerar as subjetividades na construção das relações entre o diálogo bibliográfico apresentado e os objetos de investigação. Essa escolha justifica-se pela potencialidade desse tipo de pesquisa em desvelar os sentidos orientadores de ações humanas, bem como em desconstruir a separação rígida entre objetividade e subjetividade, principalmente no contexto da investigação em saúde<sup>29</sup>.

No sentido de compreender fenômenos a partir de informações que ainda não foram analisadas ou sistematizadas, o método escolhido foi a pesquisa documental. Kripka, Scheller e Bonotto<sup>30</sup> destacam essa ferramenta metodológica como criadora de novas possibilidades e conhecimentos, contribuindo, assim, para a área na qual o objeto de estudo se insere. Isso dialoga com a escolha da pesquisa qualitativa, que, segundo Minayo<sup>31</sup>, contribui para a ciência de forma universal a partir da “compreensão de processos semelhantes que ocorrem com os seres humanos frente aos mesmos desafios”<sup>31(16)</sup>.

Nessa perspectiva, optou-se pela seleção de material das mídias digitais, partindo da relevância do seu papel na comunicação e interatividade contemporâneas. Freitas<sup>32</sup> relaciona a utilização dos ambientes digitais para a construção de perfis de indivíduos que elaboram e (re)afirmam, constantemente, a representação de si: gerenciam impressões e tornam-se imagem espelhada do conteúdo que publicam. Assim, esses espaços mostram-se como territórios para potencial compreensão do objetivo desta pesquisa.

Os documentos inclusos na busca foram postagens no modo público da rede social on-line Instagram que anunciassem a temática de vivência do sofrer do estudante de medicina, bem como os comentários resultantes delas. Optou-se por um procedimento de busca através de páginas de *hashtags*, caracterizadas graficamente como #, que “mostram todas as

publicações públicas que foram compartilhadas com aquela *hashtag*”<sup>33</sup>. A fim de tornar a busca específica para o conteúdo desejado, as escolhidas foram #medicina, #estudantedemedicina, #foconojaleco, #medporamor, #medicinadepressao e #meddadepre.

Foram selecionados materiais coletados no período entre os meses de outubro de 2018 e abril de 2019, o que se justifica pela produção constante de conteúdo nessas redes de fluxo imediato de informações. A pesquisa cursa em acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, visto que dispõe de informações de acesso público e sem identificação, dispensando a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A análise documental das postagens contribuiu para a compreensão, em certa medida, do sofrimento do acadêmico do curso de medicina enquanto compartilhado. Os conteúdos apontam para a existência de um espaço em que há desejo pela expressão das dores do eu relativas ao trajeto formativo, as quais existem em um contexto de intensa exigência por bons desempenhos em diversos aspectos. Buscou-se, desse modo, relacionar as ideias apresentadas com os sentimentos divulgados por esses sujeitos.

## Resultados e discussão

### O preço que se paga

“Antes de ser um bom médico você deve sofrer como um bom estudante”<sup>34</sup> é o conteúdo de uma das postagens e muito bem representa a ideia mais propagada por elas, ainda que em diferentes nuances. A frequência de mensagens e de interações com elas, em que observa-se a naturalização do esgotamento físico e mental, despertou atenção para questões como: em que medida o sofrimento dos estudantes de cursos médicos condiz com o esperado nas graduações?

É importante pensar que a lógica de avaliação e exigência de desempenhos, apontada por

Ferraz<sup>13</sup>, recai sobre os indivíduos em diversos contextos de vida. Espera-se que concessões sejam feitas no sentido de corresponder às expectativas e garantir o que se entende como sucesso, o qual está intimamente ligado à possibilidade de uma vida de consumo. Quando entendidas como resultados de escolhas advindas das responsabilidades necessárias ao viver, elas figuram como essenciais no processo de amadurecimento dos estudantes, visto que a graduação é apenas um desses possíveis contextos.

Nesse sentido, Fiedler<sup>35</sup> contribui com a constatação de uma diminuição de qualidade de vida do acadêmico de medicina, que perpassa as necessidades físicas (alimentação e sono), relacionais/afetivas, de poder e liberdade, bem como de diversão. Ainda que apareçam como mudanças esperadas devido à adaptação a uma nova vivência, parecem haver determinadas especificidades relativas ao ingresso nos cursos médicos. Considerando que o ‘sacrifício’ inicia-se desde as tensões pré-vestibulares – associadas a um imaginário social que eleva o status do curso –, a experiência é atravessada por excessivas cobranças, pressões e competitividades<sup>35</sup> que fragilizam a autoestima e comprometem as estratégias de enfrentamento desses sujeitos.

As postagens analisadas nesta pesquisa corroboram essa colocação quando nelas aparecem, repetidas vezes, conteúdos verbais e não verbais sobre a privação de sono, a alimentação inadequada e uma progressiva perda de integridade física e mental ao longo da formação. Isso é representado, entre outras formas, em tons de humor e com figuras conhecidas/pessoas públicas, pelo envelhecimento explícito em vários ‘antes e depois’ do ingresso no curso. O aparecimento frequente dessas mesmas mensagens e a quantidade de interações (curtidas e comentários) refletem a construção da ideia de uma trajetória penosa como lugar-comum no percurso médico, (re)afirmada em um espaço social on-line no qual o estudante se reconhece e se permite comunicar dores – dores estas compartilhadas como necessárias, e, em sua maioria, pela via do humor.

Almeida<sup>23</sup> fala de um lugar de conflito em que vive esse graduando: coexistem o vislumbrar de uma instância de poder e o sentimento de insuficiência na busca por ela. A autora relaciona essa realidade com a imposição violenta de uma identidade que homogeneiza comportamentos e viola subjetividades. Nessa perspectiva, percebe-se que as dores compartilhadas, já citadas, partem de como o estudante se produz para compor esse todo e encontrar um local de pertencimento, ainda que nele não caibam as suas singularidades. “Não faça medicina se não quer passar noites estudando”<sup>36</sup> – eles dizem, curtem e comentam, reproduzindo o caminho que possivelmente os levará à paisagem desejada, ainda que confessem que “todo dia o seu emocional se deteriora um pouco”<sup>37</sup>.

Além disso, é preciso pensar que a vivência da formação médica implica um contato, bem como uma ‘preparação’ para lidar com as perdas. Vicensi<sup>26</sup> pontua o desafio contemporâneo das ciências da saúde em ocuparem-se dos temas da morte e do morrer, os quais ainda remetem a fracassos profissionais – possível desdobramento da ideia do médico herói, percebida e reafirmada na seguinte publicação: “Medicina é uma das poucas profissões em que se pode ‘sujar as mãos de sangue’ e ‘salvar vidas’ ao mesmo tempo”<sup>38</sup>.

Nessa perspectiva, é possível presumir que essa ideia gere ansiedades nesse acadêmico, que experencia a proximidade – presente e futura – com o sofrimento do outro e também com o seu, decorrente desse contato e de questões outras. Se recaem tantas expectativas e ansiosos sobre os cursos médicos e o reconhecimento que eles trazem, vê-se que o caminho estimulado e aplaudido é o de afrouxar os cuidados com as dores do eu, naturalizá-las a qualquer custo, traço que aparece particular e exaustivamente nos discursos dos estudantes de medicina nessas publicações.

Uma delas diz que, “quando você passa da metade do curso, o cansaço já se torna crônico”<sup>39</sup>; outra os coloca situados em duas práticas: “Mandar o paciente comer bem, fazer

atividade física e dormir 8h por noite” *versus* “Comer Salgado de almoço na faculdade, ser sedentário, dormir 4h por noite”<sup>40</sup>. Tanto elas quanto os comentários que seguiram essa publicação, “tá mais para: ‘quem não’???!”, ou “faça o que eu digo não faça o que eu faço KKKK”, para além de irem de encontro com as reflexões propostas, transformam a proposta de categoria em pergunta: qual é o preço que se paga?

## O discurso da superação

Conforme apareceram as declarações de naturalização do sofrimento, surgiram também as que propõem a superação dessa vivência de percalços a fim de alcançar o tão estimado sonho: “Não tem plano B: eu serei médico(a)”<sup>41</sup>. Ainda que esse desejo faça parte da ideia contemporânea, sob a lógica capitalista, de uma vida que se considera bem-sucedida, e que o apoio compartilhado possa funcionar como forma de enfrentamento das dores, é preciso questionar: como se constrói esse sonho?

O sucesso profissional é um dos aspectos contemplados pela máxima atual de felicidade imperativa. O ‘ser feliz’ implica sentir-se ou parecer realizado com a profissão, a qual deve proporcionar ao indivíduo reconhecimento social e possibilidades de consumo. Nesse sentido, é importante pontuar que o prestígio associado à carreira médica, fundamentado pela posição social, pela valorização financeira e pelos diversos privilégios, impulsiona a construção – muitas vezes, externa – do sonho pela medicina, aliado ou não a inclinações pessoais e aptidões. Surge, então, uma necessária problematização dos discursos que despontam dessa perspectiva. Exemplifica bem a importância dessa discussão uma mensagem que apareceu duplamente, “o sucesso é a soma de pequenos esforços”<sup>42</sup>, somada à que dizia ser o impossível “uma questão de opinião”<sup>37</sup>. Destacam-se aqui duas questões: a redução dos desafios desses estudantes a um mesmo patamar, passível de ser superado, bem como o perigo de uma representação meritocrática. Afinal, as postagens sinalizam que, sejam quais forem os

obstáculos – alguns dos quais já mencionados –, deve-se ultrapassá-los com determinação pessoal ou, em síntese, ‘fazer por onde’.

Assim, recai sobre os acadêmicos a responsabilização integral pelo seu processo de formação e pelo que surge dele, reforçando a ideia de que a dificuldade de lidar com as exigências e pressões é um fracasso, e não existe espaço para ele. A graduação médica é atravessada, portanto, pela exigência que lhe é peculiar e por uma contemporaneidade que cobra o ideal de um viver individual, feliz, realizado e capaz; este, pela lógica de méritos que reforça os confrontos decorrentes de resultados individuais, torna-se fonte de habituais sofrimentos<sup>43</sup>.

Vê-se, assim, que existem estruturas que são resguardadas quando os sujeitos – nesse caso, estudantes dos cursos médicos – acreditam precisar superar quaisquer impasses, a todo custo, no sentido de garantirem o seu enquadramento na ideia que se tem de vida feliz. Os sofrimentos, sejam de ordem física ou psíquica, ora perdem espaço de existência ora tornam-se apenas ‘pedras no caminho’ de um projeto de futuro consumista e confortável cujo preço, como vimos, ainda está em aberto.

## Anestésias

Como fazer o próximo bem se nem a gente tá? Muitos fogem da realidade justamente por essa intensificação dos sentimentos. Drogas, amigos, festas, choro, vícios, dormir... cada um encontra uma maneira de descarregar<sup>37</sup>.

Com essa postagem, apresenta-se uma outra nuance observada ao trafegar pelo Instagram: o investimento desses acadêmicos em escapes que os permitem desafiar os próprios limites, a fim de se adequarem à realidade exigente circundante. Preocupa, entretanto, o fato de que as estratégias praticadas caminham juntamente para o processo de medicalização da vida. Seriam as pílulas a solução?

Conforme se reforça o imperativo da felicidade no viver contemporâneo, os estados infelizes têm sido cada vez mais negados e insistentemente combatidos. É importante pontuar que, a partir deles, os indivíduos elaboram aprendizados indispensáveis. Segundo Medeiros e Takata<sup>44</sup>, inclusive, eles têm uma dupla função: motivam mudanças e possibilitam o surgimento de estratégias de resistência. O que se vê, entretanto, é o esforço de interdição da tristeza e das infelicidades, facilitada pela disponibilidade tanto de substâncias promissoras para anestesiarem os efeitos desses estados quanto de discursos que legitimam esse uso.

“Sem café: ansioso/Com café: ansioso porém focado”<sup>45</sup>. Entre as postagens que sinalizaram essa utilização de substâncias, a maioria estava associada à ingestão excessiva de café. Ainda que a cafeína seja naturalmente usada para ‘dar ânimo’ ou ‘despertar’, vê-se nesses discursos uma aceitação incondicional do exagero e que aponta para tentativas incessantes de aliviar os sinais de esgotamento, vistos como obstáculos. Um outro conteúdo visual figurava o café sendo administrado como soro, o que destaca a principal reflexão aqui proposta: em uma lógica que naturaliza excessos, os limites do que pode ser prejudicial à saúde são afrouxados, e, mais uma vez, a qualidade de vida é escanteada.

Nesse sentido, é fundamental, também, situar os cursos médicos como contextos facilitadores desse trânsito de ideias que propõem ultrapassar limites e medicalizar condições sobre as quais a melhor intervenção poderia ser, por exemplo, a adoção de bons hábitos (sono, alimentação e lazer adequados). “Fugir da realidade”<sup>37</sup>, como colocado pela declaração da estudante, torna-se urgente e desmedido em um cenário de tantos esgotamentos – medos, tristezas, angústias, inseguranças, cansaços, insônias, estresses, tensões, ansiedades, dando espaço para a tal ‘felicidade química’.

Nota-se, nessas circunstâncias, o risco tanto de encaixar sujeitos que experimentam situações esperadas na formação e no decorrer da

vida em diagnósticos equivocados e consequentes tratamentos medicamentosos (cujo efeito pode ser de longo prazo) quanto de, dada a banalização, oferecer atenção e cuidados insuficientes para os que realmente experienciam quadros patológicos.

Vale aqui citar a conclusão de metanálise feita por Pacheco et al.<sup>46</sup>, que apontou uma alta prevalência de pesquisas que indicam traços de ansiedade nesses estudantes de cursos médicos brasileiros (89,6%), bem como a prevalência agrupada, de 2010 a 2016, dos casos de depressão, ansiedade, outros transtornos mentais comuns e uso abusivo de álcool – de 30,6% a 32,9%. Dialogam com essa constatação os sucessivos casos de suicídio desses graduandos entre 2018 e 2019.

Vê-se, portanto, uma profunda complexidade na análise das adversidades que surgem na trajetória desses estudantes e dos seus possíveis enfrentamentos diários. Com os artifícios que tentam anestesiarem o que pode doer – e o que dói, de fato –, constrói-se a imagem de um ‘herói’ que, afinal, pode ser quem mais precisa de ajuda: com pílulas ou não.

## Publicar, interagir, enfrentar

“Precisava ler isso hoje (AGORA)”<sup>41</sup>; “A cada dia tu me inspira mais e mais a seguir os meus sonhos”<sup>42</sup>. Tais comentários marcam uma potencialidade desse espaço on-line enquanto possibilidade desses estudantes compartilharem emoções e, de alguma forma, encontrarem identificação e pertencimento. Ainda que constitua um veículo dos discursos de naturalização já colocados, pode figurar como um dos únicos ambientes nos quais esses indivíduos se permitem expressar sentimentos relacionados com a vivência do curso.

Enquanto local de reprodução das ideias de ‘dores que valem a pena’, é interessante resgatar o que Freire Filho<sup>15</sup> chama de “narrativas sobre emoções”<sup>15(75)</sup>, visto que dizem respeito à preservação de uma identidade social – nesse caso, o ‘vir a ser’ médico. O autor ressalta:

Sabedora do que é uma reação emocional conveniente, uma pessoa pode enfatizar em seu relato elementos que configuram sua conduta emotiva como a mais natural e óbvia possível, em determinado contexto<sup>15(75)</sup>.

Para além disso, constitui um espaço de desabafos cuja perspectiva da interação parece favorecer a ideia de diálogo. Assim, em meio às diversas expectativas e às consequentes performances resultantes delas, os estudantes de medicina optam por dividir seus anseios com a sua ‘comunidade’, ou seja, colegas que estejam passando pelas mesmas experiências<sup>1</sup>. Nisso, resgata-se que, além de buscar quem compreenda as suas questões, essa escolha parece estar relacionada, também, ao desejo de não decepcionar no que diz respeito à superestimada identificação médica.

Nesse sentido, as postagens e seus desdobramentos – comentários, compartilhamentos, curtidas, *hashtags* – aparecem como produções de subjetividades associadas a múltiplas questões. Procura-se desabafar, reproduzir, performar, identificar-se, pertencer. Considerando a multifatorialidade do sofrimento psíquico desses acadêmicos e de como ele se manifesta, todas as possíveis formas de expressão devem ser consideradas e valorizadas na medida em que aparecem como tentativas de enfrentamento.

## Considerações finais

O estudo evidenciou, portanto, que a análise da formação médica enquanto atravessamento do estudante pode mover-se por diversas direções, visto que parte do esperado e também de particularidades produzidas pela valorização social dada ao curso. Juntamente com a reformulação das propostas de ensino-aprendizagem, mostra-se fundamental a proposição de um cuidado integral que perpassasse aspectos físicos, psicológicos e sociais dos acadêmicos, para além da performance da graduação.

Assim, percebe-se a importância da continuidade das observações, indagações e pesquisas sobre os muitos caminhos possíveis de produção e partilha das afetações desses estudantes, a fim de tecer estratégias de prevenção e intervenção. Ainda que tenham sido encontrados discursos que convergem e representam o grupo, destaca-se que este não é homogêneo e que as disparidades socioeconômicas e identitárias seriam fundamentais para aprofundar a análise.

## Colaboradoras

Santos AF (0000-0002-7908-0060)\* e Veras L (0000-0003-1744-652X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Dentistamedica (@dentistamedica). “Ficar doente x Faculdade”. Instagram, 3 out 2018. [acesso em 2018 dez 8]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BoflJrClRYo/>.
- Brasil. Ministério de Educação, Conselho Nacional da Educação, Câmara de Educação Superior. 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. 20 Jun 2014.
- Vries-Erich JM, Dornan T, Boerboom TBB, et al. Dealing with emotions: medical undergraduates' preferences in sharing their experiences. *Medical Education*. 2016; (50):817-828.
- Audino TF, Pacheco-Ferreira F, Herzo F. O imperativo da felicidade nos dias atuais. *Trivium: Est. Interd*. 2018; (1):49-59.
- Couto ME. E se Obama fosse africano? – e outras intervenções. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
- Solnit R. A mãe de todas as perguntas: reflexões sobre os novos feminismos. São Paulo: Companhia das Letras; 2017.
- Veras L. Aqui se jaz, aqui se paga: a mercantilização da morte, do morrer e do luto. Curitiba: Appris; 2015.
- Mansano SRV, Lima AB. “É melhor viver do que ser feliz”: felicidade, idealização e consumo. *REA*. 2017 [acesso em 2020 mar 20]; 17(193):78-1. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/33888>.
- Freire Filho J. Fazendo pessoas felizes: o poder moral dos relatos midiáticos. In: *Anais do XIX Encontro da Compós*; 2010 jun; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2010. p. 1-14.
- Fogaça J, Perez C. Felicidade adjetivada: polifonia conceitual, imperativo social. *Intercom – RBCC*. 2014; 37(1):217-241.
- Solnit R. Os homens explicam tudo para mim. São Paulo: Cultrix; 2017.
- Bezerra JR. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: Freire J, organizador. *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2010.
- Ferraz MCF. Mutações da subjetividade contemporânea: performance e avaliação. *Cad. Psicanál. – CPRJ*. 2014; 36 (30):31-41.
- Perrusi A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo soc*. 2015; 27(1):139-159.
- Freire Filho J. Correntes da felicidade: emoções, gênero e poder. *MATRIZES*. 2017; 11(1):61-81.
- Corbanezi E. Transtornos depressivos e capitalismo contemporâneo. *Caderno CrH*. 2018; 31(83):335-353.
- Canguilhem G. O normal e o patológico. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
- Fonte EMM, Santos SA. A regulação biotecnológica do sofrimento e do bem-estar subjetivo: o papel da psicofarmacologia na percepção dos psiquiatras. *Est. Sociol*. 2015; 2(21):311-343.
- Christofari AC, Freitas CR, Baptista CR. Medicalização dos Modos de ser e de aprender. *Educ. Realid*. 2015; 40(4):1079-1102.
- Machado CDB, Wuo A, Heinzle M. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 2018; 42(4):66-73.
- Almeida Filho N, Lopes AA, Santana LAA, et al. Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 2015; 39(1):123-134.
- Ferreira MA. Educação Médica no Século XXI: o

- desafio da integração da tecnologia e humanidades. *Gaz. Médica*. 2016; 3(4):156-161.
23. Almeida MT. A ordem médica e a desordem do sujeito na formação profissional médica. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2011; 19(3):741-52.
24. Andrade JBC, Sampaio JJC, Farias LM, et al. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 2014; 38(2):231-242.
25. Tanaka MM, Furlan LL, Branco LM, et al. Adaptação de Alunos de Medicina em Anos Iniciais da Formação. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 2016; 40(4):663-668.
26. Vicensi MC. Reflexões sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva dos profissionais. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016; 24(1):64-72.
27. Feijó DH, Mainardi CR, Valente AL, et al. Dilemas e frustrações do estudante de medicina: um estudo transversal. *Para Res Med J*. 2017; 1(2):1-6.
28. Azevedo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Rev. Bras. Educ. Médica*. 2011; 35(1):37-43.
29. Taquette SR, Villela WV. Pesquisa qualitativa em medicina. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(1):4.
30. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Rev. Invest. UNAD*. 2015; 14(2):55-73.
31. Minayo MCS. Cientificidade, generalização e divulgação dos estudos qualitativos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(1):16-17.
32. Freitas KC. O imperativo da #felicidade na plataforma de rede social Instagram. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2017.
33. Instagram INC. Central de ajuda: Como faço para ver uma página de hashtag? [acesso em 2019 fev 22]. Disponível em: <https://help.instagram.com/458423657648149?helpref=search&sr=1&query=hashtag>.
34. Medicinaefoda (@medicinaefoda). “Só esperando os humilhados serem exaltados”. Instagram, 16 abr 2019. [acesso em 2019 abr 24]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BwUiuAUBCYS/>.
35. Fiedler PT. Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008.
36. Medicinaefoda (@medicinaefoda). “Não faça Medicina”. Instagram, 6 abr 2019. [acesso em 2019 abr 24]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/Bv6hJXnl8HD/>.
37. Umdiariodemedicina (@umdiariodemedicina). “Você precisa estar curado para curar os outros”. Instagram, 2 dez 2018. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/Bq40tVlndyB/>.
38. Medicinadescontraida (@medicinadescontraida). “Você pode, você vai conseguir (...)”. Instagram, 2 abr 2019. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BvwfckDhtg6/>.
39. Dentistamedica (@dentistamedica). “Como estudar quando você já está esgotado?”. Instagram, 16 nov 2018. [acesso em 2018 dez 2]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BqQiWWPhodj/>.
40. Sutureskin.com.br (@suturekin.com.br). “Alguém?”. Instagram, 13 mar 2019. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: [https://www.instagram.com/p/Bu8\\_ZMUUYYP/](https://www.instagram.com/p/Bu8_ZMUUYYP/).
41. Estetofoco (@estetofoco). “No plan B”. Instagram, 28 dez 2018. [acesso em 2019 abr 29]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/Br8XIuJnC2v/>.
42. Jupabis (@jupabis). “Passando aqui só pra te lembrar (...)”. Instagram, 26 nov 2018. [acesso em 2019 jan 25]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/BqqOHVoBAns/>.

43. Béhar AH. Meritocracia enquanto ferramenta da ideologia gerencialista na captura da subjetividade e individualização das relações de trabalho: uma reflexão crítica. *Rev. Org. Soc.* 2019; 26(89):249-268.
44. Medeiros C, Takata R. Do direito à (in)felicidade. *ComCiência.* 2014; (161):1-3.
45. Meddadepre (@meddadepre). “MeddoCafezao”. Instagram, 6 nov 2018. [acesso 2019 jan 20]. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/Bp1weM1BDI8/>.
46. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2017; 39(4):369-378.

---

Recebido em 11/02/2021  
Aprovado em 04/08/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Perspectivas de brasileiros durante a pandemia da Covid-19: uma análise sobre autocuidado e bioética ambiental

*Perspectives of Brazilians during the Covid-19 pandemic: an analysis of self-care and environmental bioethics*

Marta Luciane Fischer<sup>1</sup>, Thiago Rocha da Cunha<sup>1</sup>, Tuany Anna Maciel Burda<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113013

**RESUMO** Em situações de crise, como em surtos epidêmicos, o autocuidado pode ser comprometido por conflitos relacionados às vivências cotidianas. Objetivou-se caracterizar as perspectivas sobre vivências da população brasileira frente à pandemia da Covid-19, por meio do seu posicionamento frente a um questionário on-line, em uma pesquisa transversal de estratégia mista. A análise das 525 participações, ocorridas em junho de 2020, identificou vivências registradas no auge da pandemia no Brasil, em três vetores: o envolvimento emocional com causas, consequências e condutas relacionadas à Covid-19; as implicações negativas e positivas do distanciamento social; e os impactos individuais e coletivos desta medida. A pandemia da Covid-19 foi associada às consequências e aos sentimentos reflexos de tal distanciamento, com dissonância de sentimentos negativos e positivos. Embora os participantes não tenham elencado questões sobre o ambiente e o autocuidado, eles se posicionaram ao serem direcionados a refletir sobre essas questões, sendo possível identificar a transposição de percepções negativas da quarentena, associadas aos contextos individual e físico, para percepções positivas, relacionados aos aspectos emocional e coletivo. A análise das perspectivas dos respondentes deve compor a pauta da agenda da bioética ambiental, uma vez que decisões pessoais e cotidianas sobre como promover o autocuidado os inserem em uma cadeia de responsabilidades e interdependências globais.

**PALAVRAS-CHAVE** Autocuidado. Coronavírus. Bioética. Saúde global. Sustentabilidade.

**ABSTRACT** *In a crisis situation, such as epidemic outbreaks, self-care can be compromised by conflicts related to everyday experiences. Our goal was to distinguish the perspectives on the experiences of the Brazilian population in the face of the Covid-19 pandemic considering its opinion given in an online survey, a cross-sectional investigation of hybrid strategy. The analysis of the 525 participations, which took place in June 2020, identified experiences seen at the apex of the pandemic in Brazil in three vectors: emotional involvement with causes, consequences and behaviors related to Covid-19; the negative and positive implications of social distancing; and the impacts, individual and collective, of this measure of social distancing. The Covid-19 pandemic was mainly associated with the consequences of social isolation and the feelings related to them, with conflicting negative and positive feelings. Although the participants did not spontaneously list questions about environment and self-care, they positioned themselves satisfactorily when directed to reflect on these issues, making it possible to identify the transposition of the negative aspects of the quarantine associated with the individual and physical context, to positive aspects related to the emotional and collective aspects. The analysis of the respondents' perspectives on these topics should be part of the agenda of the environmental bioethics, since personal and everyday decisions on how to promote self-care insert it into a chain of global responsibilities and interdependencies.*

**KEYWORDS** *Coronavirus. Environmental bioethics. Global bioethics. Global health. Sustainability.*

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) - Curitiba (PR), Brasil. [marta.fischer@pucpr.br](mailto:marta.fischer@pucpr.br)



## Introdução

A bioética ambiental se constitui de uma vertente da bioética que visa à intermediação do debate entre atores de conflitos ambientais, cuja natureza complexa, plural e global decorre do avanço tecnológico e da expansão da globalização e do capitalismo. Neste contexto, busca identificar as vulnerabilidades e os argumentos desses atores, deliberando, orientando e normatizando suas relações com o intuito de subsidiar uma solução factível e adequada para todos<sup>1</sup>.

Entre as complexas questões ambientais, próprias da agenda desta bioética ambiental, despontam as recentes pandemias, cujos conflitos são potencializados pelas diversas crises sistêmicas relacionadas à hodierna etapa do processo de globalização. Entre os impactos globais da atual pandemia da Covid-19 está o comprometimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), um conjunto de metas sociais, econômicas e ambientais voltadas a garantir um padrão de desenvolvimento global e equilibrado. Tais impactos já implicaram na mobilização da Rede Brasil do Pacto Global, com o projeto ‘Quarentena com o Pacto’, que promove discussões sobre as relações entre a pandemia e os ODS<sup>2</sup>. Hakovirta e Denuwara<sup>3</sup> analisaram os impactos iniciais da pandemia da Covid-19 sobre os ODS, alertando que, apesar de o campo da saúde estar contemplado em um dos 17 objetivos da agenda, sua abordagem não é suficiente para responder integralmente aos desafios da pandemia. Assim, os autores propõem que a saúde da sociedade não se insira apenas como um dos objetivos da agenda, mas como um quarto e novo pilar da sustentabilidade, acrescentando-a às dimensões econômicas, sociais e ambientais.

A bioética, com seus referenciais interdisciplinares e normativos, pode ser utilizada como ferramenta de enfrentamento de pandemias, bem ilustrada na perspectiva apresentada por Goldin<sup>4</sup> há dez anos, sobre a pandemia da influenza (H1N1). Segundo o bioeticista, a

pandemia pode ser enfrentada pela aplicação de diferentes modelos, envolvendo as virtudes, os princípios éticos, os direitos humanos ou a alteridade, contudo, deve estar atrelada a um eficiente acesso a informações claras, verídicas e compreensíveis, que permitam a prontidão necessária para uma ágil tomada de decisões coerentes e balizadas por reflexões sobre as consequências, experiências passadas e tradições, valores e questões afetivas da população.

Embora, no contexto das discussões sobre pandemias, a bioética tenha subsidiado com mais ênfase as reflexões sobre as decisões emergenciais envolvidas na alocação de recursos hospitalares e atendimento médico<sup>5</sup>, ela não se exime de considerar impactos e medidas coletivas que viabilizem a resolução de conflitos éticos mais amplos. Para tanto, se faz necessário conhecer as dimensões sociais, econômicas e culturais que agravaram o cenário de urgência da pandemia<sup>5</sup>. Neste contexto mais amplo de discussão da bioética, insere-se a importância do autocuidado nos níveis individual e coletivo<sup>6</sup>, incluindo a relação com o próprio corpo, com a sociedade, com os meios de comunicação e informação, e mesmo com temas ainda mais amplos, como a espiritualidade e a natureza. A esse respeito, Tarazona-Morales<sup>7</sup> alertou que, embora haja uma solidária mobilização mundial para vencer a propagação do coronavírus, é preciso repensar as relações entre plantas, animais, ecossistemas e seres humanos, entendendo-as para além de uma responsabilidade individual, coletiva e de governança, mas como uma forma de autocuidado que transpõe limites físicos, geográficos e temporais.

Assim, o olhar do autocuidado para si envolve necessariamente o olhar para o outro, demandando uma atuação crítica e protagonista dos sujeitos em sua coletividade, bem como a viabilização da identificação das vulnerabilidades como materializações de uma lógica capitalista, que é insustentável para a saúde pública<sup>8</sup>. Além de decisões baseadas em interesses econômicos e políticos, que fragilizam as populações empobrecidas<sup>9</sup>, e do

reconhecimento de uma corresponsabilidade, mediante à qual existe uma disposição para envolver toda a sociedade na tomada de decisões que impactarão o mundo pós-pandemia.

O enfrentamento da atual pandemia é comprometido pelos impactos generalizados das medidas de distanciamento social, quarentena e *lockdown*, que atingem as dimensões físicas, mentais, sociais e econômicas da população<sup>9</sup>, acrescidas das incertezas da evolução da própria epidemia e das respostas dos indivíduos, das coletividades e das lideranças políticas<sup>10,11</sup>. Braus e Moron<sup>12</sup> destacaram dois grandes desafios da pandemia da Covid-19: o próprio novo coronavírus, com suas repercussões à saúde física, relacionadas à síndrome respiratória; e o impacto dessa pandemia na saúde mental, com seu alcance emocional devido ao impacto das medidas de contenção e de suas consequências socioeconômicas. Por esse motivo, Spoorthy<sup>13</sup> alertou que as autoridades devem se mobilizar na criação de equipes multidisciplinares de saúde mental como apoios para pacientes, profissionais da saúde e sociedade, visando mitigar o surgimento de doenças graves com efeitos variados, através das quais sintomas novos se acrescentam a agravamentos preexistentes.

Diante disto, é essencial a compreensão das perspectivas dos diversos agentes morais envolvidos e de como eles percebem os impactos pessoais, na coletividade e no ambiente da Covid-19, visando à orientação de ações de autocuidado adequadas no contexto de um mundo pós-pandemia, cujas implicações para a saúde mental podem ser mais duradouras e prevalentes do que a própria epidemia<sup>14</sup>. Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>10</sup> considera que o enfrentamento à pandemia será ineficaz se não levar em conta a multidimensionalidade do problema e se não envolver a participação plena de todos os povos e de todos os setores da sociedade, reforçando a necessidade de compreensão, a partir das perspectivas das próprias pessoas, de suas vivências e experiências durante a pandemia.

Assim, partindo da premissa de que a compreensão do autocuidado como responsabilidade coletiva pode ser comprometida pelos impactos emocionais imediatos da pandemia, o estudo objetivou caracterizar as perspectivas de vivências e sentimentos da população frente à propagação da Covid-19 no Brasil, por meio do seu posicionamento espontâneo e/ou direcionado a respeito da perspectiva dos sentimentos, da percepção dos efeitos da pandemia no seu ambiente imediato e na concepção do autocuidado.

## Material e métodos

A pesquisa se enquadra em uma metodologia mista e transversal que se propõe a identificar aspectos das experiências dos participantes do estudo sobre as vivências durante a pandemia da Covid-19, por meio de um instrumento on-line elaborado especialmente para este estudo.

O instrumento foi composto por questões voltadas para a caracterização do participante, constituindo as variáveis da pesquisa (gênero, idade, local de residência, nível de ensino, tutoria de animal de companhia – *pet*, com quantas pessoas reside, se pode aderir ou não ao distanciamento social); questões para a representação da pandemia, acessada por associação de palavras (pensamentos e sentimentos relacionados, bem como coisas boas e ruins associadas); e questões aferindo uma pontuação de 0 a 10 quanto à concordância com assertivas referentes aos sentimentos sobre a situação atual e a percepção de reflexos em questões ambientais e do autocuidado. O questionário foi previamente avaliado, na forma de pré-teste, por dez painelistas das seguintes áreas: bioética, biomedicina, bioquímica, nutrição, psicologia, biologia, filosofia e antropologia.

O questionário foi veiculado em redes sociais e grupos de discussão de diferentes segmentos sociais no dia 11 de junho de 2020 e foi mantido no ar até dia 18 de junho de 2020, quando foi constatada a interrupção de novas contribuições concomitante à superação da

amostra mínima de 370 indicada pelo cálculo de amostra populacional, para um contingente de mais de 2 milhões de pessoas, considerado suficiente para análise estatística com um nível de significância de 95% e erro de 5%.

As perspectivas foram sintetizadas e analisadas pela nuvem de palavras, cuja frequência foi obtida como fonte de significados, possibilitando a identificação de anseios e necessidades, e apontando temas a serem analisados com transparência e *insights*, visando dar sentido a algo inacessível aos discursos por meio de modelos mentais compartilhados, ou seja, esquemas, paradigmas, perspectivas, crenças e pontos de vista, através dos quais os indivíduos percebem, partilham e definem seus lugares no mundo<sup>15</sup>. As questões abertas foram analisadas de acordo com a estatística de palavras do Grupo de Linguística da Insite<sup>16</sup>. Os valores categóricos de frequência foram analisados por meio do teste do qui-quadrado e os de média, por meio dos testes anova, t de Student e, *a posteriori*, de Tukey. Em ambos os casos, se considerou a hipótese nula de homogeneidade na distribuição dos valores, a uma confiança de 95% e erro de 5%.

Para atender aos princípios éticos, o estudo foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsinque e com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e nº 510/2016, respeitando a integridade e o anonimato dos participantes no tratamento, na análise e na preservação dos dados. O projeto detém aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa/Pontifícia Universidade Católica do Paraná (nº 4.058.513 – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 30713520.3.0000.0020).

## Resultados

### Caracterização dos participantes

A análise das perspectivas sobre as vivências dos participantes em relação à Covid-19 no

Brasil se deu por meio de 525 respostas completas, obtidas de um total de 750 participações. O recorte da pesquisa proporcionou a concepção da perspectiva social da pandemia, de um grupo heterogêneo, cuja participação foi representada majoritariamente por mulheres (74%) – homens: 26%; outros: 0,25% ( $\chi^2_{(2)}=119$ ;  $P<0,001$ ), adultos (55,3%) – jovens: 34,8%; idosos: 9,9% ( $\chi^2_{(1)}=161$ ;  $P<0,001$ ), moradores de Curitiba (PR) (63%) ( $\chi^2_{(1)}=361$ ;  $P<0,001$ ) e mais 15 estados brasileiros, com destaque para Paraná (33%), Rio Grande do Sul (11,3%) e São Paulo (18%), além de 3 países: Moçambique, Portugal e Canadá. A maioria dos respondentes possuía ensino superior completo ou incompleto (43%) e pós-graduação (51,5%) ( $\chi^2_{(2)}=188$ ;  $P<0,001$ ), correspondendo a 61 cursos, com destaque para ciências biológicas (25%), psicologia (15%), administração (8%) e direito (7%), enquadrados em áreas da formação relativas aos campos das ciências biomédicas e agrárias (54%) ( $\chi^2_{(5)}=359$ ;  $P<0,001$ ) (humanas: 22,3%; exatas: 10%; administração: 9%; bioética: 4%). A maioria dos respondentes tutela ou já tutelou algum *pet* (92,6%) ( $\chi^2_{(1)}=379$ ;  $P<0,001$ ), morava acompanhada (89,5%) ( $\chi^2_{(1)}=329$ ;  $P<0,001$ ) (uma pessoa: 25,4%; duas: 22,7%; três: 25,6%; quatro: 10,1%; cinco: 3,4%; seis: 1,3%; sete: 0,6%) e pôde participar totalmente do distanciamento social, se deslocando apenas para necessidades essenciais (65,4%) ( $\chi^2_{(3)}=468$ ;  $P<0,001$ ) (cumpriu parcialmente: 17%; trabalhou: 12%; linha de frente no combate à pandemia: 5,5%).

### Perspectivas sobre vivências durante a pandemia

Na análise das perspectivas, acessada por meio da associação de palavras, os respondentes mostraram maiores participação e número de termos quando levados a pensar sobre a pandemia ( $\chi^2_{(3)}=227$ ;  $P<0,001$ ;  $\chi^2_{(3)}=129$ ;  $P<0,001$ ), ao serem comparados sentimentos, aspectos positivos e negativos da quarentena (*figura 1*; *gráficos 1 e 2*).

A expressão ‘pandemia da Covid-19’ foi associada pelos respondentes a 713 palavras,

sendo que 100 delas corresponderam a 64,5% da amostra, e as 10 mais frequentes foram: isolamento (4,5%), morte (4,2%), medo (3,9%), cuidado (2%), doença (1,7%), preocupação (1,5%), ansiedade (1,4%), distanciamento (1,2%), tristeza (1,2%) e incerteza (1,2%). A maioria das palavras remontava a consequências da pandemia, constituindo principalmente sentimentos pessoais ou referências ao distanciamento social (*figura 1*).

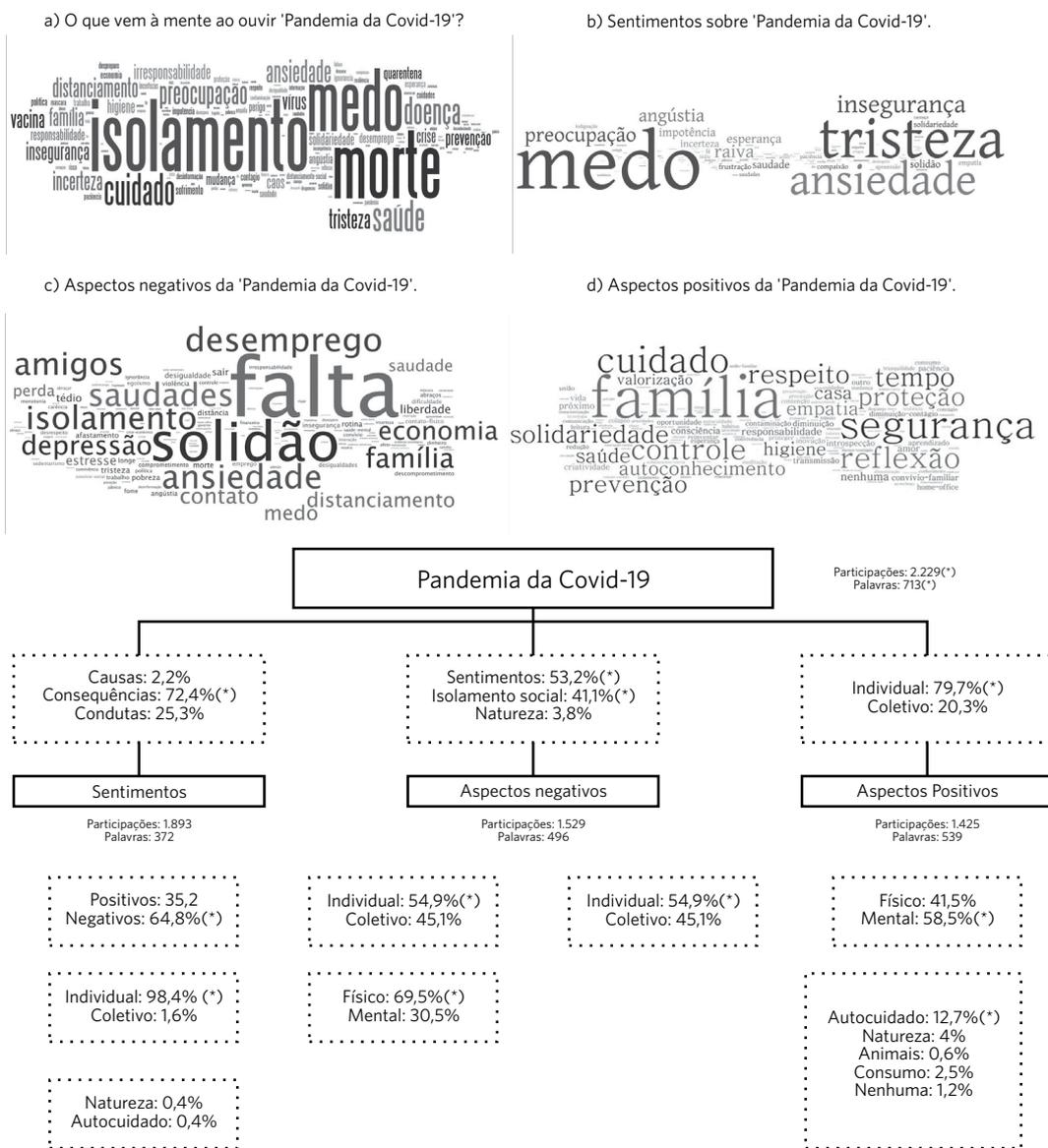
A associação da pandemia aos sentimentos foi representada por 372 expressões, sendo que 100 palavras corresponderam a 83,7% da amostra, e as 10 mais frequentes foram: medo (12,5%), tristeza (9%), ansiedade (7%), insegurança (4%), preocupação (3,2%), raiva (2,9%), esperança (2%), impotência (1,9%), saudade (1,7%) e incerteza (1,6%). A maioria dos sentimentos tinha conotação negativa e estava associada ao contexto individual (*figura 1*).

A associação de palavras a aspectos negativos vinculados à estratégia de distanciamento

social resultou em 456 palavras, sendo que 100 delas corresponderam a 71,2% da amostra, destacando-se: falta (6%), solidão (4,4%), ansiedade (2,7%), desemprego (2,7%), isolamento (2,6%), saudades (2%), amigos (2,5%), família (2,2%), depressão (2%) e economia (2%), relacionadas principalmente aos aspectos pessoal e físico (*figura 1*).

Os aspectos positivos decorrentes do distanciamento social resultaram em 539 palavras, sendo que 100 delas corresponderam a 63,3% da amostra, e as 10 mais frequentes foram: família (4%), segurança (2,8%), cuidado (2,5%), reflexão (2,1%), controle (2%), tempo (1,9%), proteção (1,8%), respeito (1,8%), solidariedade (1,7%) e prevenção (1,5%), associadas ao contexto coletivo, mental, e com destaque para palavras associadas ao autocuidado, como: autoconhecimento, autorrespeito, autoproteção (*figura 1*). O número de palavras associadas a aspecto positivo foi significativamente maior do que a negativo ( $\chi^2_{(1)}=6,9$ ;  $P<0,001$ ).

Figura 1. Nuvens de palavras associadas: a) à pandemia da Covid-19; b) a sentimentos associados à pandemia da Covid-19; c) a aspectos negativos da pandemia da Covid-19; d) a aspectos positivos da pandemia da Covid-19; à categorização das palavras, cujos valores absolutos foram comparados por meio do teste do qui-quadrado, tendo os valores significativamente maiores (P<0,05) acompanhados por asterisco (\*)



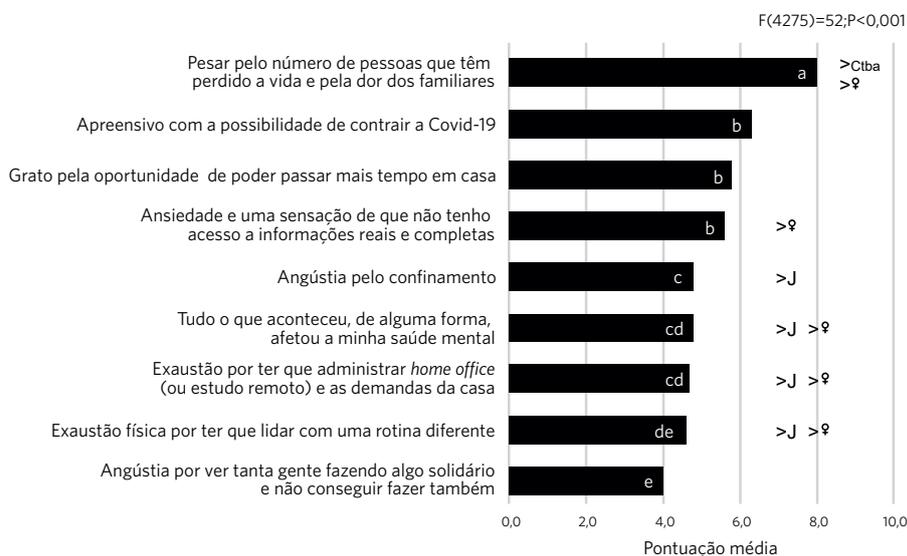
Fonte: Elaboração própria.

## Perspectivas sobre sentimentos associados à Covid-19

O sentimento que recebeu mais concordância foi o pesar pelas vidas perdidas, pronunciado por moradores de Curitiba (PR) e mulheres. A apreensão pela possibilidade de contrair o vírus, o sentimento de gratidão por poder fazer o distanciamento social e a ansiedade por não ter acesso a informações claras também receberam altas pontuações, sendo que este último

item se destacou entre respondentes mulheres. Os jovens foram os que mais se sentiram angustiados pelo confinamento, enquanto jovens e mulheres pontuaram mais na exaustão da carga de trabalho e no abalo da saúde mental (*gráfico 1*). Entre os respondentes, 46 incluíram outros sentimentos: frustração (24%); saudades (20%); medo (13%); ansiedade (13%); angústia (11%); tristeza (6,5%); esperança (4,3%); alegria (2%); culpa (2%); desamparo (2%); e gratidão (2%).

Gráfico 1. Pontuação média atribuída por respondentes quanto a concordância quanto aos sentimentos em relação à pandemia do Covid-19. As médias foram comparadas entre si por meio do teste Anova, com posteriori de Tukey, sendo os valores significativamente diferentes ( $P < 0,05$ ) acompanhados de letras distintas. As médias também foram comparadas entre as variáveis, sendo as diferenças destacadas (♀ = mulher, J = Jovem, Ctba = Curitiba)



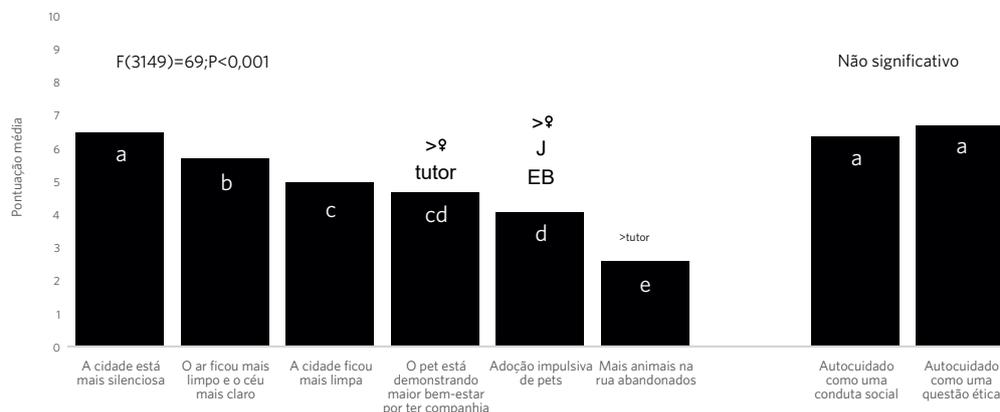
Fonte: Elaboração própria.

## Perspectivas sobre os impactos da pandemia no meio ambiente e nos animais

A maioria dos respondentes indicou a percepção ambiental de uma cidade mais silenciosa, com ar mais limpo e céu mais claro. A percepção de maior bem-estar do pet foi

identificada por respondentes femininos e tutores de pets, assim como o risco da adoção impulsiva, sendo esta também apontada por jovens e participantes com ensino básico. A concordância com a ampliação do conceito do autocuidado para dimensões éticas e sociais recebeu pontuações intermediárias e sem diferenças entre os grupos (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Pontuação média atribuída pelo respondente conforme sua concordância quanto à percepção ambiental e dos animais de companhia, em decorrência da pandemia da Covid-19. As médias foram comparadas entre si por meio do teste anova, com posterior de Tukey, sendo os valores significativamente diferentes ( $P < 0,05$ ) acompanhados de letras distintas. As médias também foram comparadas entre as variáveis, sendo as diferenças destacadas



Fonte: Elaboração própria.

## Discussão

Os dados do presente estudo, no recorte desta pesquisa, atestaram que as vivências registradas no auge da pandemia indicam três vetores que podem ter implicado nas práticas de autocuidado, no contexto da expansão da doença no Brasil: envolvimento emocional com causas, consequências e condutas relacionadas à doença em si; os impactos negativos e positivos; e o contexto individual e coletivo da medida do distanciamento social.

A análise da perspectiva da pandemia foi expressa por um universo de representações e associações de palavras, caracterizando a heterogeneidade do grupo e referindo-se principalmente a sentimentos, consequências e incertezas da pandemia, indicando estarem no processo de elaboração da lida com um vírus desconhecido e com a repentina medida de distanciamento social.

As repercussões mentais e de sentimentos e emoções relacionadas à insegurança frente a uma doença com poucas informações relativas a causas, prevenção e tratamento, como a Covid-19, foram identificadas em diferentes

momentos da pesquisa e correspondem a um fenômeno global<sup>13</sup>. De fato, as notícias vindas de todos os continentes afetados pela pandemia repercutiram como medo frente à gravidade da própria doença, de seus impactos socioeconômicos e do entrecruzamento dos novos sintomas com o agravamento de doenças pré-existent<sup>13</sup>. Atenta-se que, no Brasil, o fato de a população ter sido informada dos desafios e dilemas vivenciados por outras nações durante dois meses, pela mídia, não foi suficiente para que acreditasse que o país também seria vitimizado, o que amplificou as incertezas e a ansiedade com a constatação da chegada da pandemia ao território nacional. Embora a vulnerabilidade emocional da população seja reconhecida<sup>13</sup>, ela pode ser colocada em segundo plano, em uma situação de pandemia, cujo foco inicial está no controle e no tratamento da doença<sup>14</sup>. Neste contexto, para Ornell<sup>14</sup>, em decorrência da pandemia da Covid-19, ocorre a pandemia do medo, que dificulta o enfrentamento eficaz da situação emergencial.

Os sentimentos relatados pelos participantes da pesquisa foram mais homogêneos,

evidenciando que, mesmo no grupo analisado, havia uma confluência das mesmas expressões relacionada aos contextos negativo e individual. Conforme destacado, segundo Braus e Morton<sup>12</sup>, o mundo precisa enfrentar dois inimigos: o vírus e os desafios da saúde mental, potencializados pelo distanciamento social, pois as pessoas não conseguem mitigar estresses, raivas e traumas. As palavras escolhidas pelos respondentes para ilustrarem seus sentimentos retrataram as fases do luto resultante de perdas de vidas, da saúde, do controle, do emprego, da liberdade, e que desencadeia processos próprios, como negação, raiva, barganha e depressão em pacientes, famílias, equipe médica, instituições e governos. Segundo Wallace et al.<sup>17</sup>, estes processos são potencializados por situações inéditas, como o distanciamento, o isolamento, as incertezas, a culpa e a incapacidade de velar os mortos. Um cenário sem precedentes, com efeitos sociais devastadores em longo prazo, que podem ser minimizados com a aplicação dos princípios dos cuidados paliativos na comunicação e no apoio a pacientes, familiares, colegas e aos próprios envolvidos. A esse respeito, Weaver e Wiener<sup>18</sup> também sugeriram que os princípios dos cuidados paliativos fossem mobilizados para estabelecerem uma comunicação com as crianças em tempos de pandemia, levando conforto para pais e filhos, destacando-se: honestidade, confiança, autocompaixão, segurança, sensibilidade, conexão, preparação, construção na comunidade, morte como parte do ciclo da vida e legado.

O pesar pelas vidas perdidas foi demonstrado pelos participantes da pesquisa, com alta concordância sobre a afirmação de que seria imoral os seres humanos continuarem “os mesmos depois de tanta dor e sofrimento”. Deve-se considerar que, frente ao alto número de trabalhadores desempregados, precarizados ou com renda familiar insuficiente, apenas uma parcela privilegiada da população pôde usufruir, com segurança, da oportunidade de fazer o distanciamento social restrito, por meio de trabalhos remotos ou licenças remuneratórias

suficientes. Esse privilégio foi reconhecido pelos participantes, que relataram sentimentos de gratidão pela oportunidade de passarem a quarentena na segurança de suas casas. Isso em contraposição aos muitos profissionais que não tiveram escolha e precisaram realizar o enfrentamento à doença na linha de frente, como equipes médicas, de segurança, limpeza pública, trabalhadores de serviços essenciais e entregadores. Segundo Spoorthy<sup>13</sup>, estes são os segmentos sociais que apresentam os maiores riscos de comprometimento da saúde mental, e os menos perceptíveis, devido à imprescindível necessidade de seus préstimos somada aos desafios diários de lidar com a doença, os doentes, a família, a falta de equipamento, o excesso de trabalho, ainda sendo suscetíveis a hostilizações e à agressividade da população<sup>19</sup>.

A estratégia de distanciamento social para o achatamento da curva de infectados e o consequente aumento das chances de atendimento médico trouxe uma dissonância emocional para os participantes da pesquisa, que expressaram sentimentos negativos e positivos associados à pandemia.

Os aspectos negativos se relacionavam aos processos individuais de restrição da liberdade, com a potencialização do impacto no contexto físico, destacando-se claramente a ‘falta’, a ‘solidão’ e a ‘ansiedade’. Porém, foram expressos também aspectos negativos relacionados ao contexto coletivo, destacando-se o desemprego e o impacto econômico. Para Zwiellwski et al.<sup>20</sup>, a exacerbação de sinais e sintomas de transtorno e irritabilidade no enfrentamento da pandemia, e efeitos como exaustão, ansiedade, dificuldade de concentração, indecisão e queda de desempenho podem predispor efeitos de estresse pós-traumático evidentes até três anos após o fato. Autores como Lee<sup>21</sup> e Zwiellwski et al.<sup>20</sup> têm incentivado a elaboração de escalas e protocolos para medir a ansiedade disfuncional e orientar ações mitigatórias e preventivas, visando conter a tentativa de enfrentamento mediante o uso de álcool e drogas, de alienação religiosa e política, de desesperança e suicídio.

Para Ornell et al.<sup>14</sup> e Spoorthy<sup>13</sup>, a solução das questões de saúde mental demanda uma equipe multidisciplinar, apoio psicológico para todos, serviços associados às políticas públicas e uma comunicação eficiente, explorando as potencialidades dos meios tecnológicos.

No presente estudo, as mulheres e os jovens se destacaram na percepção do comprometimento na saúde mental e na exaustão pelo gerenciamento de demandas acadêmicas, laborais e domésticas durante o período da quarentena. Esses dados corroboram o estudo realizado por Qiu et al.<sup>19</sup>, que identificaram os mesmos grupos vulneráveis, considerando as mulheres mais suscetíveis a desenvolverem desordens pós-traumáticas e os jovens a sofrerem com o confinamento, devido à restrição da liberdade e à desidentificação com o risco. Embora os respondentes tenham demonstrado alta carga de ansiedade, as respostas dos participantes que possuíam ensino superior não diferiram das atribuídas àqueles com ensino básico contrariando as diferenças entre esses grupos identificadas Qiu et al.<sup>22</sup> e Lee<sup>21</sup>, sendo tal fato relacionado a uma maior compreensão da doença em si. Campbell<sup>20</sup> alertou que a não elaboração das emoções pode potencializar a violência doméstica, já demonstrada em vários países, incluindo o Brasil, esta que se acentua com a falta de acesso das vítimas às instituições reguladoras<sup>23</sup>. Ainda de acordo com Campbell<sup>23</sup>, nos Estados Unidos, 67% dos casos de negligência infantil são detectados pelas escolas, tendo estas conclamado uma rede de apoio e regulação comunitária para denúncias de abuso. No Brasil, a equipe de Atenção Psicossocial e Saúde Mental do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes/Fiocruz) produziu uma cartilha de orientação para profissionais da saúde sobre como lidar com os casos de violência doméstica atrelada à desigualdade social, que ocasiona discriminação social da população de baixa renda, dos assentamentos informais, indígenas, migrantes e refugiados, além de pessoas privadas de liberdade, pessoas com deficiência, LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer*,

intersexuais, assexuais e afins) e da população em situação de rua<sup>24</sup>.

Os participantes desta pesquisa identificaram aspectos positivos do distanciamento social ao demonstrarem satisfação por poderem passar mais tempo com suas famílias e se protegerem na segurança de suas casas. Há muito tempo, havia um desejo coletivo que promulgava que o mundo precisava desacelerar, que era preciso dedicar mais tempo à família, rever os valores, investir nas relações, diminuir o consumo e viver com menos<sup>25</sup>. A parada forçada trouxe um senso de pertencimento às pessoas, ao permiti-las ‘fazerem algo em conjunto, para um bem comum’<sup>14</sup>. Vislumbra-se uma associação entre esse resultado e a baixa concordância com a assertiva que pontuava a existência de um conflito moral, pela crença de que pouco estava sendo feito. Não há dúvidas de que o distanciamento social imputou às pessoas um contexto de criatividade e inovação, acelerando e viabilizando ideias de *home office*, ensino remoto, telemedicina e *e-commerce* que até então pareciam impossíveis. A palavra do momento é reinvenção, sendo surpreendentes os casos de superação da crise com a mudança de paradigmas, experimentação e criação<sup>25</sup>. Segundo Braus e Morton<sup>12</sup>, a conexão do medo com experiências sensoriais positivas desenvolve habilidades de enfrentamento e controle de emoções por meio da autoexpressão. Assim, no mundo inteiro, pessoas em isolamento compartilham receitas, vídeos instigantes, ensinam a fazer máscaras criativas, inventam formas de se exercitar, estimulam brincadeiras e envolvem os vizinhos em concertos e práticas físicas comunitárias à distância. O cuidado com a qualidade das relações pessoais também é incentivado. Por exemplo, Weaver<sup>18</sup> orientou que os adultos conversem com as crianças, inserindo-as em um contexto histórico e geracional de como lidar com a pandemia e sobre que valores podem ser construídos a partir dela. Contudo, Couto et al.<sup>23</sup> pontuaram que as experiências ciberculturais são restritas a uma parcela da sociedade que tem tranquilidade

para experimentar novas ações possibilitadas pela vida conectada, cujo distanciamento social pode ser criativo e festivo. Mas, para outra parcela, dissonante ao recorte proporcionado por esta pesquisa, o confinamento é perigoso e permeado de escassez. E isto revela as desigualdades de acesso a medidas preventivas e profiláticas<sup>8</sup>.

O pronunciamento espontâneo sobre as questões ambientais relacionadas à pandemia foi incipiente, porém ao serem instigados diretamente sobre a questão, os participantes da pesquisa perceberam razoável melhora na qualidade do ambiente, em poucos dias de diminuição de atividades industriais e circulação de automóveis, tal como evidenciado por Kerimray et al.<sup>27</sup>, na China. Esta é uma situação revelada com a pandemia que demanda reflexões profundas sobre o impacto que a movimentação humana causa na qualidade do ambiente, o que pode potencializar os riscos diante do próprio vírus. Wu et al.<sup>28</sup> evidenciaram que a exposição à poluição atmosférica pode aumentar a taxa de mortalidade diante do coronavírus, e, embora tenham admitido as limitações de seu artigo, ressaltaram a importância da aplicação de regulamentos para conter a poluição do ar e proteger a saúde humana, durante e após a crise da Covid-19, disponibilizando publicamente os dados e o código para a complementação de seu estudo.

Os participantes desta pesquisa não associaram espontaneamente a pandemia da Covid-19 às suas causas ambientais, referindo-se apenas ao vírus em si, ilustrando baixa compreensão ou falta de interesse pela questão e, automaticamente, eximindo-se de uma postura de corresponsabilidade. Para Parry<sup>29</sup> a pandemia revela complexas inter-relações entre pessoas/ambiente/animais, pois, mesmo que a origem deste fenômeno ainda não esteja totalmente definida, o vírus se mostra comum a mamíferos, tais como morcegos e pangolins, e passível de sofrer mutações, o que potencializa sua transmissão para/entre humanos. As condições precárias de manutenção de animais silvestres para abate e consumo, uma prática milenar, consistiu

na sinergia para o surgimento do problema<sup>30</sup>. Esta situação não é inédita no cenário mundial, uma vez que qualquer animal confinado é suscetível de desenvolver doenças que são mais ou menos letais para os próprios animais e para os humanos<sup>31</sup>. Por isto, as criações comerciais devem ser munidas de protocolos de monitoramento que visem à segurança sanitária, vulnerabilizando-se na ausência de controle técnico<sup>30</sup>. Parry<sup>29</sup> propõe que a situação seja aproveitada para repensar o fim do comércio global da vida selvagem. Embora o consumo de animais silvestres como medicamentos e o confinamento de *pets* pareça ser uma prática mais distante da realidade brasileira, relacionada à tradição de outros países, o Brasil se destaca no quesito tráfico de animais<sup>32</sup>. Além disso, a globalização também não foi suficientemente compreendida como causa da pandemia, o que automaticamente destituiu a corresponsabilidade de todos na situação vivenciada. Segundo Tarazona-Morales<sup>7</sup>, a relação estabelecida com a natureza e com os animais é de responsabilidade individual, mas também coletiva e de governança, devendo ser compreendida como uma prática de autocuidado.

Os tutores e as mulheres identificaram os impactos da quarentena também nos *pets*, porém apenas quando direcionados a refletirem sobre a questão. Segundo Viant et al.<sup>30</sup>, a conexão dos *pets* com a humanidade auxilia o atravessamento de crises, mas essa relação com as pessoas apresenta diferentes perspectivas durante a pandemia. Os autores consideraram que, enquanto alguns animais tiveram a sorte de serem adotados e desfrutaram da presença de uma família em casa, outros foram abandonados por pessoas que deixaram suas casas para passarem a quarentena em outros locais, ou por tutores que temiam que os animais pudessem transmitir o vírus<sup>29</sup>. Embora já tenha sido confirmada a infecção de dois cães e um gato pelo coronavírus, não há indicativos de que os animais possam contaminar os humanos<sup>29</sup>. Para os respondentes da pesquisa, os animais podem se beneficiar da companhia da família em momentos de distanciamento social, mas alertam

para a adoção impulsiva, que, em um primeiro momento, pode ser salutar para a saúde mental dos envolvidos, mas que pode constituir um problema pós-pandemia. Ressalta-se, ainda, a possibilidade de os animais serem vítimas de violência doméstica. Campbell<sup>23</sup> registrou que, nos Estados Unidos, 80% das denúncias de vizinhos sobre maus-tratos referem-se a animais.

A transposição das práticas de autocuidado pessoal para uma visão coletiva do autocuidado foi expressa espontaneamente pelos participantes deste estudo, sendo mais representativa a associação aos fatores positivos decorrentes do distanciamento social, que oportunizou mais tempo para o autoconhecimento, a autorreflexão e a autoproteção. Contudo, essa reflexão também revelou maior associação à saúde coletiva e à saúde mental, indicando que o distanciamento social tem sido concebido como um sacrifício pessoal, mas com repercussões positivas à saúde da coletividade. Ao serem direcionados a refletirem sobre a questão, os participantes concordaram que a situação vivida possibilitou uma mudança da concepção individual e física do autocuidado, para uma aplicação ética – ao considerarem o cuidado de si como a possibilidade de cuidarem dos outros e não precisarem ser cuidados pelos outros – e social – diminuição da taxa de contágio e do número de doentes, evitando o colapso do atendimento médico.

Para Tobón-Correa<sup>33</sup>, o autocuidado se constitui de ato individual e coletivo, teórico e prático, que deve ser planejado e desenvolvido em cooperação com o meio físico, social, afetivo e solidário, com o intuito de reestabelecer a saúde e prevenir doenças. O autor o considera uma filosofia de vida, que deve ser fortalecida por autoconhecimento, autocontrole, autoestima, autoaceitação e resiliência. Correa e Castelo-Branco<sup>34</sup> ressaltaram que as práticas de autocuidado podem ser influenciadas por fatores como a experiência de vida, os aspectos sociais e culturais, a presença de sentimentos depressivos e a desmotivação. Por esse motivo, as autoras apontaram que tais fatores devem ser considerados ao serem requeridos das pessoas controle do

comportamento, tomadas de decisões e aquisição de conhecimentos e habilidades no contexto do autocuidado. Estes fatores tornam-se ainda mais sensíveis em situações complexas e com amplas repercussões coletivas, como a pandemia. Em um sentido mais amplo, Palodeto e Fischer<sup>35</sup> posicionaram a concepção de autocuidado como uma conduta ética e respeitosa consigo mesmo e com o outro, sendo condicionada ao autoconhecimento e ao envolvimento com todos os processos inseridos na aquisição, remediação e prevenção de agravos à saúde. O comprometimento com o autocuidado na perspectiva da saúde global envolve as dimensões corpo/mente/espírito, individual/coletivo/natureza e local/global, sendo que a necessidade de compreender essa multidimensionalidade do autocuidado ficou ainda mais evidente durante a pandemia da Covid-19.

## Considerações finais

Os dados do presente estudo, no recorte permitido pela pesquisa, possibilitaram o alcance do objetivo de caracterizar as perspectivas de vivências e sentimentos da população frente à propagação da Covid-19, no Brasil. Os resultados confirmaram a expectativa de que as vivências durante o auge da pandemia da Covid-19 – correspondente a um grupo heterogêneo de 525 participantes – foram hábeis na promoção da transposição do exercício do autocuidado nos contextos individual e físico, para a compreensão de uma responsabilidade coletiva. Contudo, essa transposição esteve relacionada à expressão de conflitos emocionais referentes tanto à expansão da doença quanto à das práticas de distanciamento social.

O posicionamento espontâneo dos participantes na questão aberta sobre sua percepção da pandemia evidenciou discrepância em relação a algumas das questões fechadas, principalmente na percepção sobre aspectos envolvendo autocuidado e meio ambiente. As perspectivas sobre a pandemia abarcaram um universo de significados dissonantes, associando emoções negativas às fases do luto e

à sensação latente de falta. Porém, se por um lado os aspectos negativos do distanciamento social foram vinculados aos contextos individual e físico imediatos, os positivos remetiam a um contexto coletivo, mental e ético. Consequentemente, evidenciaram conceber a adesão à medida preventiva como um ato de cuidado, solidariedade e pertencimento. Já o envolvimento com informações sobre as causas ambientais da pandemia permeou pouco o universo de representações e percepções, elucidando a necessidade de maior atenção na divulgação de informações relacionadas ao tema, com o intuito de qualificar a participação coletiva no enfrentamento de novos desafios relacionados à interferência antrópica no ambiente.

A análise das vivências e dos sentimentos dos respondentes durante o auge da pandemia da Covid-19 no Brasil deve compor a pauta da agenda da bioética ambiental, uma vez que decisões pessoais e cotidianas de como promover o autocuidado do indivíduo ou cidadão se insere em uma cadeia de responsabilidades quanto ao futuro da vida humana e não humana no planeta. A concepção do autocuidado como ato de solidariedade transpõe limites físicos, geográficos e temporais, demandando uma atuação crítica e protagonista na coletividade, a fim de viabilizar a identificação das diversas formas de vulnerabilidades. Para tal, a informação, a comunicação e a educação nos níveis formais e não formais devem se propor a capacitar as pessoas a aprenderem a partir de suas próprias perspectivas, vivências e experiências. Ao mesmo tempo em que vivenciaram angústias de inúmeras naturezas, as populações dos países afetados pela pandemia se uniram, em suas comunidades, em busca da solução de um problema global comum, compartilhando desafios e sentimentos, tanto positivos quanto negativos.

Desde uma perspectiva bioética, a voz dos respondentes desta pesquisa conclama que todas essas perdas – vida, saúde, emprego e liberdade – não tenham sido em vão; que o mundo de fato se resignifique nas suas

diferentes nuances; que o ‘novo normal’ não apague a sensação boa de poder promover o bem-comum; que as pessoas possam se cuidar, entendendo que seus corpos físicos e mentais estão conectados com os outros, com o ambiente e com os animais; e que concebam, após uma experiência real, enfim, que o autocuidado é uma conduta ética.

Na vertente específica da bioética ambiental, que se propõe intermediadora dos debates entre os diferentes atores que compõem os conflitos ambientais, espera-se que este estudo ajude a estabelecer um entendimento sobre interdependência entre cuidado, autocuidado e cuidado coletivo. No enfrentamento das consequências da pandemia, setores públicos, privados, acadêmicos e organismos internacionais devem estabelecer iniciativas que partam do valor comum que é a vida, por meio do incentivo, da promoção e da normatização de intervenções preventivas e de novos paradigmas de relações harmônicas e sustentáveis com a natureza, bem como de um compromisso com a construção de cidadãos com autonomia crítica e solidária. Afinal, uma das principais lições que se podem tirar desta inédita crise global é que a vida de animais, do meio ambiente e das pessoas desta e das próximas gerações dependem de práticas de autocuidado individual e coletivo, que partam da consideração ética da interdependência que envolve toda a vida planetária.

## Agradecimentos

Aos respondentes da pesquisa.

## Colaboradores

Fischer ML (0000-0002-1885-0535)\* contribuiu para a elaboração, aplicação, análise e redação. Cunha TR (0000-0002-6330-2714)\* contribuiu para a revisão do instrumento e redação final. Burda TAM (0000-0001-8575-8176)\* contribuiu na aplicação e redação inicial. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Fischer ML, Cunha TR, Renk V, et al. Da ética ambiental à bioética ambiental: antecedentes, trajetórias e perspectivas. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2017; 24(2):391-409.3.
- Organização das Nações Unidas. Quarentena com o Pacto aborda relação entre pandemia e sustentabilidade. 2020. [acesso em 2020 jun 20]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/quarentena-com-o-pacto-aborda-relacao-entre-pandemia-e-sustentabilidade/>.
- Hakovirta M, Denuwara N. How COVID-19 redefines the concept of sustainability. *Sustainability*. 2020; 12(3727):1-4.
- Goldim JR. Bioética e pandemia de influenza. *Revista HCPA*. 2009; 29(2):161-166.
- Solerno R, Andreatta P, Alvarez D, et al. Bioética y pandemia. *Rev. Hosp. El Cruce*. 2020; (4):1-7.
- Castañeda RFG, I Hernández-Cervantes Q. El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingencia por Covid-19. *Cogitare Enferm*. 2020; (25):e73518.
- Tarazona-Morales AM. Relaciones en tiempos de pandemia: COVID-19 y bienestar animal ambiental y humano. *Rev. Fac. Nac. Agron. Medellín*. 2020; 73(2):128-9130.
- Machado BSM, Gonçalves MVF, Arcanjo MFG. Neoliberalismo em tempos de coronavírus ou coronavírus em tempos de neoliberalismo? *Espaço e Economia*. 2020; (18):1-8.
- Costa AM, Frizon ML, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde debate*. 2020; 44(125):289-296.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. 2020 [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://www.who.int/>.
- Silva MR, Pires GDL, Pereira RS. O neoliberalismo Bolsonaro 'vírus mental' e a pandemia da COVID-19 como casos de saúde pública: o real resiste? *Rev. Motriviv*. 2020; 32(61):1-18.
- Braus M, Morton B. Art Therapy in the Time of Covid-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2020; [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000746>.
- Spoorthy MS. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-a review. *Asian J. of Psychiatry*. 2020; (51):102-119.
- Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, et al. Pandemia de medo e COVID-19: Impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Rev. Braz. Psychiatry*. 2020; (10):2-7.
- Vasconcellos-Silva P, Araújo-Jorge T. Análise de conteúdo por meio de nuvem de palavras de postagens em comunidades virtuais: novas perspectivas e resultados preliminares. *CIAI*. 2019; (2): 41-48.
- Grupo de Linguística da Insite. 2020 [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <http://linguistica.insite.com.br/corpus.php>.
- Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, et al. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manag*. 2020; 60(1):70-76.
- Weaver MS, Wiener L. Applying palliative care principles to communicate with children about COVID-19. *J Pain Symptom Manag*. 2020; 60(1):8-11.
- Jackson D, Bradbury Jones C, Baptiste D, et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID 19. *J. Clin. Nurs*. 2020; 29(13-14):2041-2043.
- Zwielewski G, Oltramari G, Santos ARS, et al. Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela covid-19. *Rev. RDP*. 2020; 10(2):28-35.

21. Lee SA. 2020. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*. 2020; 44(7):393-401.
22. Qiu J, Shen B, Zhao M, et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2020; 33(2):e100213.
23. Campbell AM. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Sci Int*. 2020; (2):100089.
24. Melo BD, Lima CC, Moraes CLD, et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. (Cartilha). [acesso em 2020 jun 27]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41121>.
25. Azevedo E, Oliveira DC. Downshifting/Desacelerando. *Est. Soc.* 2017; 1(23):169-206.
26. Couto ES, Couto ES, Cruz IDMP. #fiqueemcasa: educação na pandemia da COVID-19. *Interf. Científicas*. 2020; 8(3):200-217.
27. Kerimray A, Baimatova N, Ibragimova OP, et al. Assessing air quality changes in large cities during COVID-19 lockdowns: The impacts of traffic-free urban conditions in Almaty Kazakhstan. *Sci. Total. environ.* 2020; (730):139-179.
28. Wu X, Nethery RC, Sabath BM, et al. Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States. *MedRxiv*. 2020; (5):e20054502.
29. Parry NM. COVID-19 and pets: When pandemic meets panic. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; (2):e100090.
30. Vincent A, Mamzer H, Ng Z, et al. People and their Pets in the Times of the COVID-19 Pandemic. *Societ. Register*. 2020; 4(3):111-128.
31. Aveni A. Estratégias pelo trabalho no futuro devidos à pandemia COVID-19. *Rev. Processus*. 2020; 2(3):4-14.
32. Fischer ML, Palodeto MFT, Santos ECD. Uso de animais como zooterápicos: uma questão bioética. *Hist. Ciên. Saúde-Manguinhos*. 2018; 25(1):217-243.
33. Tobón-Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia Promoc. Salud*, 2003; (8):37-49.
34. Correa ST, Castelo-Branco S. Amandaba no Caeté: círculos de cultura como prática educativa no autocuidado de portadores de diabetes. *Saúde debate*. 2019; 43(123):1106-1119.
35. Palodeto MFT, Fischer ML. Apropriação da terminologia 'uso consciente de medicamentos' visando à promoção da saúde global. *RECIIS*. 2019; 13(1):191-207.

---

Recebido em 03/07/2020

Aprovado em 23/02/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19

## *The contribution of Primary Health Care in the SUS network to face Covid-19*

Ligia Giovanella<sup>1</sup>, Valentina Martufi<sup>2</sup>, Diana Carolina Ruiz<sup>2</sup>, Maria Helena Magalhães de Mendonça<sup>1</sup>, Aylene Bousquat<sup>3</sup>, Rosana Aquino<sup>2</sup>, Maria Guadalupe Medina<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113014

**RESUMO** A centralidade no cuidado individual a casos graves descurou a abordagem populacional comunitária necessária ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste ensaio, argumenta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial, tem potencial para atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento da epidemia. A partir de experiências locais e internacionais, analisa quatro campos de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS no enfrentamento da Covid-19: vigilância nos territórios; cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19; ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis; e continuidade dos cuidados rotineiros da APS. Reconhecem-se limites dessa atuação decorrentes de mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica que afetam o modelo assistencial da vigilância em saúde. Conclui-se ser necessário ativar os atributos comunitários das equipes multiprofissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersetorialmente; e garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho na vigilância em saúde, no apoio social e sanitário aos grupos vulneráveis e na continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Vigilância em saúde. Continuidade. Ação comunitária.

**ABSTRACT** *The focus on individual care for severe cases neglected the community-centered approach required to cope with the Covid-19 pandemic in the Unified Health System (SUS) in Brazil. This essay argues that the Family Health Strategy (ESF), by means of its multi-professional teams and community and territorial orientation, is able to successfully develop the community approach required to deal with the pandemic. Inspired by local and international experiences, this essay analyzes four dimensions regarding SUS' Primary Health Care (PHC) work in the fighting against Covid-19: community-based health surveillance, individual care for confirmed and suspected cases of Covid-19, community mobilization to support vulnerable local groups, and continuity of APS care routine. Limitations are acknowledged due to recent changes in the National Policy of Primary Health Care impacting health surveillance care model. The conclusion is for the need to: strengthen the community attributes of APS and Family Health Support multi-professional teams; collaborate with community organizations in initiatives of solidarity and articulate in an intersectoral way; guarantee the ongoing promotion, prevention and care actions by creating new working processes for health surveillance, social and health support for vulnerable groups, and for the continuity of the routine care for those in need.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health surveillance. Care continuity. Community participation.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [ligiagianella@gmail.com](mailto:ligiagianella@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

A pandemia de Covid-19 alastra-se sem trégua pelo Brasil desde março de 2020, gerando uma crise sanitária e humanitária sem precedentes. A ausência de autoridade sanitária nacional e de coordenação e cooperação intergovernamental e a insuficiência e morosidade na alocação de recursos fazem com que as iniciativas de governos estaduais e municipais não sejam suficientes para enfrentar a pandemia. A centralidade das iniciativas de enfrentamento baseadas em cuidado individual de casos graves via criação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), hospitais de campanha e ações esparsas, ademais da negação da ciência e o descaso governamental federal, contribuíram para tal situação.

Enfrentar uma epidemia exige que se associe à atenção individual o cuidado centrado na comunidade, requerendo uma abordagem populacional. Essa junção é essencial para se combater a crise sanitária e humanitária atual<sup>1</sup>. Sistemas de saúde fortemente baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) podem ofertar esse cuidado integral e articulado, respondendo com mais efetividade às emergências<sup>2-4</sup>.

A APS tem papel crucial nessa necessária abordagem comunitária e de vigilância em saúde. A APS do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial, que apresenta ao longo do tempo impactos positivos comprovados na saúde da população<sup>5</sup>, pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado.

Nossas equipes de APS conhecem seus territórios, sua população, suas vulnerabilidades e, em geral, atuam na perspectiva da vigilância em saúde, o que é crucial para o controle do contágio. No entanto, é necessário reconhecer as fragilidades da APS no SUS. Desde o golpe parlamentar em 2016 e, especialmente, desde

a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, somaram-se novas dificuldades aos desafios sempre enfrentados<sup>6</sup>.

O modelo assistencial da APS brasileira, por meio de sua abordagem territorial e comunitária, vem sendo descaracterizado e se aproxima de um modelo de assistência individual, respondendo a problemas agudos, sem vínculo, continuidade, coordenação ou responsabilidade populacional<sup>7</sup>. Os efeitos do desfinanciamento agudo do SUS desde o golpe de 2016, aprofundado pelo governo Bolsonaro-Guedes, se revelavam já antes da pandemia por meio de desabastecimento de insumos e medicamentos essenciais, ausência ou precariedade na contratação de recursos humanos na APS e de imensa sobrecarga dos municípios, também em difícil situação financeira e responsáveis por mais de 30% do financiamento do SUS.

Além disso, a política econômica do Governo Bolsonaro-Guedes já afetara todos os determinantes sociais da saúde com piora de indicadores tais como aumento da mortalidade infantil e ressurgimento de outras doenças, como o sarampo, dengue e febre amarela<sup>8</sup>. Não obstante, iniciativas municipais já em curso mostram potencialidades da APS no enfrentamento da Covid-19 que podem e devem ser fortalecidas.

Assim, este ensaio tem como objetivo discutir a necessidade de fortalecimento da APS no SUS para o efetivo enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil. Apoia-se na ainda escassa literatura sobre esse recente evento, no aprendizado institucional e organizacional da APS brasileira e na experiência de pesquisa em APS das autoras. O artigo centra-se na organização da atenção primária, sem esquecer, contudo, que o cuidado individual e coletivo somente se realiza com serviços de APS bem integrados à rede assistencial, com canais de comunicação ágeis e abertos para a garantia do cuidado integral, conforme a necessidade de cada caso e população.

Inicia realçando a importância da APS no enfrentamento da pandemia, identifica eixos

de atuação da APS a partir de experiências locais e internacionais, destaca a necessária articulação com os setores de vigilância em cada município e ilumina alguns dos desafios para o pleno desenvolvimento de ações de vigilância em saúde a partir das equipes da ESF em uma reflexão que objetiva articular os aspectos estruturais e conjunturais da crise anunciada.

## Por que a APS?

Dois importantes aspectos devem ser considerados durante uma pandemia: o enfrentamento do agravo e a continuidade dos cuidados para o conjunto dos problemas de saúde que continuam acontecendo.

Por um lado, dada a capacidade exponencial de difusão da infecção, a identificação precoce e o isolamento dos casos pelos serviços de APS tornam-se fundamentais para reduzir a transmissibilidade. Cada caso identificado, com busca ativa de contatos próximos, isolamento em domicílio ou em locais apropriadamente organizados para isso, interrompe a transmissão, evitando inúmeros casos de Covid-19.

Por outro lado, analisar experiências anteriores de enfrentamento de epidemias nos auxilia a definir melhores estratégias de intervenção dos sistemas de saúde. Nas epidemias, se observa um excesso de mortes por outras causas que deixam de ser atendidas, que podem superar aquelas geradas pela própria doença.

No caso da epidemia de ebola, ficou demonstrado que a resposta sanitária global foi dependente do grau de competência da APS<sup>9</sup>. Essa mesma experiência de enfrentamento mostrou que o foco exclusivo na epidemia pode ter exercido efeitos desastrosos na morbidade e mortalidade, em curto e médio prazos, por outros problemas de saúde associados à redução do acesso e da continuidade do cuidado para os usuários com outras condições e agravos<sup>2</sup>.

Com relação à pandemia atual, além do impacto específico relacionado à Covid-19, já há estimativas de sobremortalidade por outras causas em distintos cenários de países de média e baixa renda em razão da redução de acesso e cobertura de ações usualmente ofertadas nos serviços de saúde. Estima-se que a redução do cuidado materno infantil durante a pandemia de Covid-19 em países de média e baixa rendas pode resultar em aumento de até 40% na mortalidade em menores de cinco anos e em até 30% na mortalidade materna<sup>10</sup>.

As diferentes formas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 no âmbito da APS nos países do mundo foram condicionadas por modelos de organização desse nível de atenção e sua inserção nos sistemas nacionais de saúde, além dos contextos e de políticas locais. Com poucas exceções, pode-se dizer que, em razão da centralidade no cuidado hospitalar, perderam-se oportunidades de uma efetiva atuação da APS. Não obstante, diversas experiências e autores mostram a importância do fortalecimento da APS no enfrentamento da Covid-19.

Em Portugal, foram criadas unidades de APS comunitárias específicas – as ‘Áreas Dedicadas Covid-19 Comunidade’ – em cada Agrupamento de Centros de Saúde para atendimento de sintomáticos respiratórios do território<sup>11</sup>. Na província de Wuhan, China, a maior parte dos 203 centros de APS realizaram ações para controle da Covid-19 envolvendo triagem e testes de casos suspeitos, monitoramento dos contatos e atenção clínica às pessoas em quarentena<sup>12</sup>. Em locais como Cuba e o estado de Kerala na Índia, o trabalho de agentes comunitários e equipes de APS nas comunidades contribuiu para a busca ativa de casos e contatos e para a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade<sup>4,13</sup>. Na Espanha, profissionais dos centros de APS foram deslocados para trabalho em hospitais, provocando desassistência na APS. A catástrofe da experiência italiana mostrou que a resposta à pandemia não pode ter foco apenas nos hospitais<sup>9</sup>.

## Campos de atuação da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19

A APS tem, portanto, um papel essencial no enfrentamento da Covid-19, tanto agora, no momento da pandemia, como na continuidade da vigilância frente a outras ondas da doença e ao longo do tempo, pois existe risco de que se torne uma doença endêmica, pelo menos até que se tenha uma vacina efetiva.

No enfrentamento da pandemia, é necessário aliar cuidado individual e coletivo, i.e., cuidado oportuno de qualidade coordenado na rede e ativação dos atributos comunitários da APS. Neste momento, faz-se necessária a atuação integrada das unidades de saúde com os territórios, com a comunidade e com seus equipamentos sociais. É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária<sup>14</sup>.

Os modos de operação da APS devem ser adaptados a cada contexto e de maneira que não haja conflitos entre as ações. Isso vai requerer, por um lado, mudanças organizacionais em função de cada realidade local<sup>15</sup> e, por outro, mobilização de recursos públicos, como dinheiro, pessoal e material. Demandará, também, recursos comunitários, via parceria com instituições atuantes no território e com a comunidade onde se instalam as equipes e unidades de saúde, assegurando o desenvolvimento das ações, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade.

Urge:

- ativar os atributos comunitários das equipes multiprofissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

- associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersetorialmente para apoiar sua população em suas diversas vulnerabilidades.

- garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho na vigilância em saúde, no apoio social e sanitário aos grupos vulneráveis, na continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

Defender a vida implica encontrar as melhores formas de enfrentar a epidemia no SUS a partir da APS.

Mesmo com todas as dificuldades, o SUS resiste. Iniciativas municipais e locais têm fortalecido a Atenção Primária à Saúde-Atenção Básica (APS-AB) tanto para tentar controlar o contágio nos territórios e prestar cuidado individual de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 como para garantir a continuidade dos cuidados de rotina da AB com processos diversificados no território nacional.

As equipes de APS podem contribuir para a rede assistencial de cuidados e para a abordagem comunitária necessária ao enfrentamento da pandemia. Experiências locais de organização da APS para o enfrentamento da Covid-19 em diversos municípios sugerem que a atuação das equipes APS-AB na rede de enfrentamento à Covid-19 se organiza em quatro campos de ação integrados, com atuação das equipes da ESF, Saúde Bucal, Nasf, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e agentes de endemias nos territórios, conforme sintetizado no *quadro 1*<sup>15,16</sup>.

Quadro 1. Campos de atuação da Atenção Primária à Saúde no SUS na rede de enfrentamento da pandemia de Covid-19

Eixo de atuação	Ações necessárias
Vigilância em saúde nos territórios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ações de prevenção primária e secundária</li> <li>- Identificação de casos e busca ativa de contatos</li> <li>- Notificação de casos segundo definição atualizada</li> <li>- Apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos</li> <li>- Acompanhamento cotidiano à distância dos casos em cuidado domiciliar</li> <li>- Apoio na vigilância em lares para idosos e outras instituições de longa permanência em seu território</li> <li>• Prover informação e educação em saúde na comunidade e nos serviços essenciais</li> <li>- Potencializar recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade tais como rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som etc.</li> <li>- Informar sobre situação epidemiológica do território e medidas de proteção, como distanciamento social, uso de máscaras, lavagem mãos etc.</li> <li>• Testar casos, contatos e profissionais de saúde</li> </ul>
Cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar os fluxos de atenção</li> <li>- Separar os fluxos de atenção dos sintomáticos respiratórios/casos suspeitos, dos pacientes com outros problemas/necessidades</li> <li>- Reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com cada caso suspeito/sintomáticos respiratórios</li> <li>- Adequar a infraestrutura</li> <li>• Cuidar dos pacientes com quadros leves</li> <li>- A avaliação da história e da clínica deve ser oportuna e rápida</li> <li>- Classificar a gravidade segundo protocolo clínico</li> <li>- Disponibilizar equipamentos tais como oxímetro, termômetro infravermelho, oxigênio na UBS</li> <li>- Cuidar conforme os protocolos mais atualizados e em base ao melhor conhecimento científico</li> <li>- Telemonitoramento pela equipe de casos e contatos: recomenda-se contato diário, de preferência de 12/12hs</li> <li>• Prover EPIs apropriados para todos os profissionais conforme atividade realizada e capacitação sobre utilização adequada</li> <li>- Garantir o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros níveis de atenção</li> <li>- Garantir transporte oportuno e específico para Covid-19</li> <li>- Prover estabilização clínica até o transporte chegar</li> <li>• Teleatendimento disponibilizando telefone de contato para os usuários</li> <li>- Linha de cuidado começa por telefone específico para atenção aos sintomáticos respiratórios com comunicação às equipes de casos de sua área para acompanhamento diário por telefone</li> <li>- Todas as equipes e UBS precisam ser providas com telefones e acesso à internet para facilitar o atendimento não presencial aos usuários</li> <li>- Integração da APS com Centrais de Atendimento à população, como SESRJ: 160 e Centrais municipais, para acompanhamento dos casos suspeitos pelas equipes APS</li> <li>• Capacitar profissionais para o cuidado</li> </ul>
Apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular a iniciativas comunitárias e promover a atuação intersetorial</li> <li>- Mobilizar lideranças e organizações sociais</li> <li>- Divulgar informações e esclarecer dúvidas sobre medidas de prevenção</li> <li>- Apoiar a distribuição de recursos doados, materiais de higiene, cestas básicas etc.</li> <li>• Mapear usuários de maior risco para a Covid-19 tais como idosos, crônicos, pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar</li> <li>- Reforçar medidas de prevenção e garantir recursos para que se estabeleçam as condições de ficar em casa</li> <li>- Acionar as redes de apoio social</li> <li>- Articular se com profissionais do Cras para cadastro programas sociais</li> <li>- Monitorar problemas de violência doméstica</li> </ul> <p data-bbox="603 1798 1401 1852"><i>Qualquer profissional da equipe pode se encarregar destas ações, incluindo ACS, agentes de endemias, equipes de saúde bucal, profissionais dos Nasf.</i></p>

Quadro 1. (cont.)

Eixo de atuação	Ações necessárias
Continuidade dos cuidados rotineiros da APS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dar continuidade aos cuidados rotineiros</li> <li>- Pré-natal, atenção aos hipertensos, diabéticos, vacinação etc.</li> <li>- Elaborar listas de pacientes crônicos que necessitam de cuidado contínuo</li> <li>- Desenvolver novas formas de cuidado cotidiano à distância: disponibilidade de acesso à internet, WhatsApp individual e grupos de usuários, telefone, teleconsulta por vídeo, telemonitoramento</li> <li>- Visitas peridomiciliares dos ACS para acompanhamento e informação</li> <li>▪ Permanecer de porta aberta, mas com restrições</li> <li>▪ Garantir a continuidade da assistência farmacêutica</li> <li>- Organizar a distribuição domiciliar dos medicamentos pelo ACS</li> <li>- Desenvolver formas de receitas eletrônicas com certificação digital</li> </ul>

*Para ação efetiva, disponibilizar INTERNET PARA TODOS: profissionais de saúde e população. O poder público deve instalar Wi-Fi em cada bairro e comunidade, articular com operadoras para ampliar a internet de todos os cidadãos que têm contas telefônicas pré ou pós pagas; no mínimo articular para disponibilizar maior acesso, em minutos, mensagens e internet, para todos os profissionais, incluindo todos os ACS.*

Fonte: Elaboração própria com base em Medina<sup>16</sup>, Engstrom<sup>15</sup>.

## Vigilância em saúde nos territórios

O modelo assistencial de vigilância da saúde que fundamenta a ESF deve orientar o enfrentamento da pandemia. A vigilância da saúde contempla o uso articulado da epidemiologia e das ciências sociais para a análise da situação da saúde, planejamento e organização das práticas num território específico. Integra atividades individuais e coletivas, ações setoriais, intersetoriais, de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, e de cuidado<sup>17,18</sup>. Diversos municípios vêm fortalecendo a vigilância em saúde nos territórios com a participação da APS no enfrentamento da Covid-19, ainda que pesquisas indiquem que a vigilância da saúde ainda não é o modelo dominante na ESF<sup>19,20</sup> e que existam fragilidades importantes na integração entre os setores de vigilância epidemiológica e as equipes de APS associadas à falta de comunicação e planejamento conjunto entre os dois setores, além de insuficiente capacitação em vigilância epidemiológica, dentre outros fatores<sup>21,22</sup>.

Com a finalidade de bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia, a vigilância em saúde implica coordenar, no território, ações de prevenção primária e secundária à Covid-19,

como identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos, apoio ao isolamento domiciliar de casos e contatos; notificação de casos; e ações de educação em saúde que potencializam recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade tais como rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som.

Diversos municípios fortaleceram a vigilância em saúde nos territórios criando Grupos de Trabalho (GTs) com a participação da APS. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG) criou um GT com o propósito de discutir e definir ações conjuntas entre as áreas de vigilância e de assistência à saúde e de produzir notas técnicas, fluxos e protocolos<sup>23</sup>. Similarmente, a Clínica de Família Zilda Arns, situada no Complexo do Alemão (RJ), criou quatro GTs para enfrentar a pandemia, entre os quais um GT de Telemonitoramento Covid-19. Os profissionais integrantes desse GT desenvolveram, por iniciativa própria, um painel para apoiar a vigilância, atualizado diariamente pela equipe e diretamente conectado ao e-SUS de vigilância epidemiológica, permitindo a notificação<sup>24</sup>.

Para vigilância e controle efetivos do contágio, a experiência internacional tem evidenciado que uma ação fundamental é a testagem

molecular oportuna por RT-PCR para a identificação de casos e busca ativa de contatos. O rastreamento de contatos e a respectiva quarentena foram um componente central da estratégia de resposta do Vietnã, que, até julho, apresentou poucos casos e nenhum óbito por Covid-19. O rastreamento de contatos é uma iniciativa abrangente apoiada por ampla rede de centros provinciais e distritais de controle de doenças que conta com 11.000 centros comunitários de saúde. Contatos de casos confirmados foram rastreados e testados, incluindo os contatos dos contatos, com isolamento de todos os positivos<sup>25</sup>.

O apoio ao isolamento domiciliar de casos, o rastreamento de contatos, o incentivo à quarentena dos contatos e o acompanhamento cotidiano à distância dos casos em cuidado domiciliar são ações que podem ser realizadas eficazmente pela APS<sup>26</sup>. Para o efetivo apoio ao isolamento e à quarentena de contatos, é necessário que a gestão pública disponibilize espaços comunitários específicos quando as condições do domicílio não permitirem.

Entre as atividades de educação em saúde, a conscientização sobre a necessidade de uso de máscaras por todas as pessoas é uma tarefa urgente. Há consenso que o uso de máscaras por todos na comunidade contribui para a efetiva redução do contágio, se as máscaras forem usadas pela grande maioria das pessoas, pois o contágio ocorre também a partir de pessoas assintomáticas<sup>27</sup>.

Em Florianópolis (SC), protocolos estabelecidos determinam que, para as pessoas identificadas por telemonitoramento com sintomas há menos de sete dias, deve ser realizado teste molecular RT-PCR no domicílio pelas equipes APS treinadas<sup>28</sup>. Igualmente crítica é a testagem de profissionais de saúde devido ao alto potencial de contágio, grupo priorizado em municípios como Belo Horizonte<sup>23</sup> e Canaã dos Carajás (PA), onde foi montado monitoramento clínico exclusivo para profissionais de saúde e usuários com comorbidades<sup>29</sup>.

A testagem somente será efetiva se acompanhada por busca ativa de casos suspeitos e

contatos com o objetivo de identificar e isolar precocemente, como tem feito a APS em Nova Lima (MG) e em Sobral (CE). Os ACS indagam quanto à presença de sinais e sintomas de gripe entre as famílias de sua microárea por meio de contatos telefônicos ou por aplicativo de mensagens em Nova Lima<sup>30</sup>. Em Sobral, os ACS planejam e realizam visitas peridomiciliares para identificar precocemente sinais de gravidade e prover orientações para isolamento domiciliar e adotar medidas preventivas para evitar a disseminação<sup>31</sup>. Em Nova Lima, os ACS contribuem, também, para o monitoramento de estabelecimentos comerciais que não estejam seguindo as determinações municipais, acionando a vigilância sanitária municipal quando necessário<sup>30</sup>.

As equipes de APS têm potencial para prover informação e educação em saúde à comunidade e aos serviços essenciais, como farmácias, mercados etc., e combater *fake news*, aproveitando recursos de comunicação coletivas existentes – rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som etc. – com o objetivo de abordar a situação epidemiológica do território e adotar medidas de proteção – distanciamento social, uso de máscaras, lavagem de mãos. Foi assim que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) rural do sertão pernambucano estabeleceu comunicação contínua com a comunidade: por meio de um programa radiofônico criado pelos profissionais da UBS e semanalmente divulgado pelo WhatsApp para os usuários e de um canal de comunicação aberto para esclarecer dúvidas relacionadas à pandemia e ao funcionamento da UBS<sup>32</sup>.

Em Londrina (PR), profissionais das equipes da ESF e do Nasf, afastados do trabalho rotineiro por pertencerem a grupos de risco, colaboraram remotamente com professores e estudantes da Universidade Estadual de Londrina em projeto para prover orientações para trabalhadores dos municípios da região sobre medidas de proteção e prevenção à Covid-19 no trabalho. A iniciativa alcançou condomínios comerciais e residenciais, salões de beleza, escolas, construção civil e indústrias,

quando 109 multiplicadores repassaram treinamentos para 2.500 trabalhadores<sup>33</sup>. Em Recife, esforços direcionados à educação em saúde da população foram liderados por profissionais do Nasf em salas de espera e triagem, salas de vacina e filas no entorno das UBS<sup>34</sup>.

Além disso, as equipes de APS podem apoiar a vigilância em instituições de longa permanência, como os lares de idosos e casas de acolhimento institucional em seus territórios. Esses estabelecimentos precisam implantar cuidados especiais e uma vigilância intensificada, dado que aglomeram pessoas vulneráveis e são focos de contágio frequente – na Espanha, metade das mortes ocorreu em lares de idosos –, o que tem sido feito pelas equipes de APS nos municípios de Nova Lima<sup>30</sup> e Belo Horizonte<sup>23</sup>, por exemplo.

### **Cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19**

Outra responsabilidade das equipes de APS é o cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19, organizando fluxos separados de atenção para sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos, cuidando dos pacientes com quadros leves e garantindo o encaminhamento oportuno daqueles que necessitem de cuidados de outros níveis de atenção. Isso, com o emprego de telemonitoramento pela equipe de casos e contatos e de teleatendimento via disponibilização de telefone de contato para os usuários.

A separação entre os fluxos de atenção dos sintomáticos respiratórios e dos pacientes com outros problemas ou necessidades tem sido realizada de diversas maneiras. Em UBS maiores, foram separados fluxos no interior das UBS, com primeiro atendimento fora da UBS e corredores e salas de atendimento e equipes de profissionais separadas para casos suspeitos. Em outros municípios, foram instaladas tendas no espaço exterior às UBS ou definidos estabelecimentos específicos para o atendimento aos sintomáticos respiratórios que necessitam de cuidado presencial.

Por exemplo, o município de Teresina (PI) separou 25 de suas 90 UBS para atendimento ao Covid-19, e o de Canaã dos Carajás definiu unidade de referência com ambulância disponível para realizar a transferência dos casos graves para o hospital de campanha<sup>29</sup>. Nos lugares onde a infraestrutura das UBS permitiu divisão de fluxos internos, foram montadas tendas de triagem fora das unidades para determinar qual porta de entrada – Covid ou Não-Covid – cada usuário deveria utilizar, como em Florianópolis<sup>28</sup>, Sobral<sup>31</sup> e Belo Horizonte<sup>23</sup>.

A opção pela criação de polos de atenção à Covid-19 especificamente para atender aos casos suspeitos, realizar manejo inicial e facilitar o acesso à internação quando necessário deve ser acompanhada pela comunicação efetiva com as UBS para que possam acompanhar e fazer a vigilância em seus territórios<sup>35</sup>.

O cuidado individual de qualidade pelas equipes é condicionado à sua integração à rede e à garantia de transporte oportuno e específico para Covid-19, como foi feito em Belo Horizonte<sup>23</sup>, onde o transporte foi integrado à regulação de leitos, garantindo o acesso rápido ao cuidado hospitalar, com fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos.

Outra estratégia para reduzir o contágio nas UBS é o teleatendimento via disponibilização de telefone de contato específico para atenção aos sintomáticos respiratórios, como foi feito em Florianópolis<sup>28</sup>. Isso pode ser realizado pela integração da APS com Centrais de Atendimento telefônico à população estaduais ou municipais para identificar os casos suspeitos em seus domicílios e comunicar às equipes casos de sua área para acompanhamento diário por telefone, tentando evitar viagens desnecessárias para as UBS. Além dos profissionais da APS, especialistas da rede secundária do SUS podem contribuir para o teleatendimento, como ocorreu em Belo Horizonte e Florianópolis, pois seus atendimentos foram reduzidos em decorrência das medidas de distanciamento social<sup>23,28</sup>. Em Florianópolis, foram também recrutados para essa função os profissionais das ESB e do Nasf<sup>28</sup>.

Para que o telemonitoramento e o teleatendimento possam ser viabilizados, é necessário prover telefones e acesso à internet para as equipes, facilitando o atendimento não presencial aos usuários. Em Florianópolis, já antes da pandemia, o município investira em um serviço de atendimento pré-clínico denominado 'Alô saúde Floripa' para prover as equipes da ESF de smartphone, chip pós-pago e acesso à plataforma WhatsApp Business. A chegada da pandemia demandou o fortalecimento dessa iniciativa, que incluiu ampliação da divulgação dos números de atendimento à população<sup>28</sup>.

A separação de fluxos não se refere somente aos espaços físicos, mas também aos recursos humanos envolvidos nos atendimentos. Recomenda-se, portanto, reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com cada caso sintomático respiratório ou suspeito de Covid-19. Além disso, é recomendável que os profissionais dedicados ao atendimento de pacientes Covid-19 sejam oportunamente capacitados e que se invista na contratação de profissionais adicionais para atender aos fluxos separadamente, como em Canaã dos Carajás<sup>29</sup>. Dadas as restrições do distanciamento social, a SMS de Belo Horizonte organizou capacitações online por meio de vídeos e *webconferências* para gerentes e profissionais de saúde<sup>23</sup>.

A APS pode cuidar dos pacientes com quadros leves realizando uma avaliação da história e da clínica, oportuna e rápida, classificando a gravidade segundo protocolos clínicos e cuidando conforme protocolos atualizados com base no melhor conhecimento científico. Para essa atuação, é preciso disponibilizar nas UBS os equipamentos e os insumos necessários para a atenção aos casos suspeitos, como oxímetro, termômetro infravermelho, oxigênio, além de garantir Equipamentos de Proteção Individual (EPI) apropriados para todos os profissionais, acompanhados de capacitação sobre utilização adequada. Prover EPI para os profissionais de saúde foi um desafio para todos os serviços de saúde no início da pandemia devido à explosão do consumo e à

dificuldade em encontrar fornecedores. Em Belo Horizonte, as áreas técnicas e de compras juntaram esforços para facilitar a aquisição dos insumos com maior agilidade e transparência<sup>23</sup>. Em Sobral, indústrias locais redirecionaram processos para a produção de EPIs<sup>31</sup>.

O cuidado individual inclui acompanhamento sistemático dos casos com boa comunicação e informações sobre a doença e sinais de agravamento, permitindo a procura oportuna dos serviços de saúde e oxigenioterapia precoce. Os casos leves e os contatos devem ser seguidos pelas equipes de APS por meio de telemonitoramento. Recomenda-se contato, preferencialmente diário, com telemonitoramento a cada 24hs ou 48hs, dependendo da gravidade do caso<sup>29,30</sup>. Vários profissionais envolvidos na APS podem contribuir para a realização de telemonitoramento, inclusive as equipes do Nasf<sup>34</sup>, Saúde Bucal e ACS<sup>30</sup>.

Os casos moderados e graves devem ser encaminhados oportunamente para os serviços de referência por transporte oportuno e específico para Covid-19; devendo ser proporcionadas condições para que aos profissionais de APS possam prover a estabilização clínica até o transporte chegar.

### **Ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social**

Por sua estreita relação com o território, a APS pode articular iniciativas comunitárias e promover a atuação intersetorial para enfrentar os aspectos sociais da pandemia. Por meio da mobilização de lideranças e organizações comunitárias, pode-se conseguir apoio e colaboração da comunidade nas ações de enfrentamento, divulgar informações e esclarecer dúvidas sobre medidas de prevenção, identificar lares com possíveis problemas, como violência doméstica, e apoiar a distribuição de recursos doados.

A interação dos movimentos sociais com os serviços de saúde, especialmente mediados pelos ACS, facilita o mapeamento e apoio aos

usuários de maior risco para a Covid-19, i.e., idosos, crônicos, pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar, para reforçar as medidas de prevenção e garantir recursos para que se estabeleçam as condições de ficar em casa, acionando as redes de apoio social, o cadastro em programas e o direcionamento de cestas básicas.

Nesse sentido, o GT Comunitário estabelecido pela Clínica de Família Zilda Arns (RJ) juntou esforços ao Gabinete de Crise do Complexo do Alemão, integrado por líderes comunitários dos três principais dispositivos sociais da área – o Coletivo Papo Reto, o jornal ‘Voz da Comunidade’ e o Coletivo Mulheres em Ação pelo Alemão. A parceria desenvolveu ações de comunicação e educação em saúde, organizou a distribuição de doações, cestas básicas e kits de higiene, além de ter articulado com outras organizações comunitárias e outras unidades de APS do Complexo do Alemão<sup>36</sup>.

Em Niterói, a APS colaborou com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e com as escolas públicas para o mapeamento de população vulnerável para medidas de proteção social e para a disseminação de insumos e informações de prevenção do contágio<sup>37</sup>. Em Florianópolis, a articulação intersetorial e com a sociedade civil foi realizada juntamente com a Secretaria de Assistência Social e com o projeto ‘Somar Floripa’, constituído por uma rede de organizações voluntárias<sup>28</sup>. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte se mobilizou para cuidar da população em situação de rua, criando um serviço provisório e emergencial em parceria com a política pública de assistência social e com o Serviço Social do Comércio, disponibilizando 260 acomodações individuais com banheiro privativo, entre outras iniciativas<sup>23</sup>. Em Nova Lima, as equipes de APS foram orientadas a identificar os usuários de maior vulnerabilidade em seu território e desenvolver planos de suporte em colaboração com outros atores sociais<sup>30</sup>.

Qualquer profissional das equipes de APS, com destaque para os ACS, pode liderar tais iniciativas e aproveitar a disponibilidade de

profissionais cuja carga laboral foi diminuída, como foi a das equipes de saúde bucal e de profissionais do Nascf.

## Continuidade dos cuidados rotineiros da APS

Ao contrário do que se praticou em várias experiências internacionais e nacionais, onde os serviços de APS foram suspensos quando chegou a pandemia<sup>9,23</sup>, é fundamental dar continuidade aos cuidados rotineiros da APS, pois as necessidades permanecem e corre-se o risco de os quadros se agravarem e de o sofrimento e a mortalidade aumentarem por outras causas.

Após a chegada da pandemia ao Brasil, dadas as muitas incertezas e o medo real do contágio, observou-se a suspensão de atividades em UBS e uma importante queda no número de atendimentos na APS, cuja continuidade poderia levar a complicações e problemas por falta de cuidado aos portadores de doenças crônicas<sup>23</sup>. Grávidas, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos continuam precisando de atenção e seguimento, ao mesmo tempo que, em parte, integram os grupos de maior risco para Covid-19.

Para a continuidade da atenção, torna-se importante estabelecer novas formas de cuidado cotidiano à distância por meio de telefones e aplicativos para seguimento individual e de grupos de usuários pelo teleatendimento. A chave é a UBS permanecer de portas abertas, atendendo aos casos necessários, mas com restrições, resolvendo o que for possível à distância e reduzindo os atendimentos presenciais. Os ACS podem apoiar famílias e acompanhar grupos por meio de visitas peridomiciliares. A possibilidade de realização de visitas domiciliares por enfermeiros e médicos é uma opção que deve ser considerada para pacientes de maior risco.

Reforça-se aqui a necessidade de garantir vacinação de rotina de crianças e gestantes sem expor a população à Covid-19. Pode-se analisar a viabilidade de realizar vacinação em local fora da UBS, quando a vacinação na UBS possa comprometer a segurança dos grupos a vacinar.

Em Salvador (BA), em unidade docente-assistencial da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), a lista de pacientes acompanhados pela unidade foi revisada para determinar critérios de prioridade para teleconsultas, com realização do teleatendimento por meio de aplicativo e eventual agendamento de pacientes na UBS, conforme a necessidade<sup>38</sup>. Em Nova Lima, para dar continuidade ao cuidado dos crônicos, priorizaram-se as visitas domiciliares da equipe após o teleatendimento, deixando as idas às UBS para casos de maior necessidade<sup>30</sup>. Em Vitória (ES), uma iniciativa análoga foi liderada remotamente pelos ACS – que tinham sido proibidos de realizar visitas domiciliares por decreto municipal –, apoiados pelas equipes do Nasf<sup>39</sup>.

Em Recife (PE), os profissionais do Nasf foram ativos no apoio às ações rotineiras da APS, incluindo a campanha de vacinação para gripe e atendimento dos casos de Covid-19<sup>34</sup>. Em Sobral, optou-se por realocar os profissionais de centros de especialidades médicas e de reabilitação que ficaram fechados por causa da pandemia para fortalecer a provisão de serviços rotineiros de APS<sup>31</sup>.

Cuidados em saúde mental na situação de pandemia necessitam especial atenção. Devem ser continuados e ampliados, uma vez que as medidas de distanciamento social podem produzir sofrimento mental e que os profissionais de saúde sobrecarregados necessitam de apoio. Profissionais do Nasf podem apoiar com consultas à distância, e serviços de saúde mental podem ser apoiados pela APS.

Em Itabuna (BA), uma integração entre as UBS e os serviços de saúde mental permitiu que os usuários de saúde mental pudessem continuar renovando suas prescrições nas UBS, o que diminuiu a necessidade de deslocamento até os centros especializados. Nesse cenário, as equipes ESF ficaram encarregadas de manejar atendimentos eletivos de saúde mental procurados por ansiedade leve ou distúrbios de relacionamento interpessoal, encaminhando para os serviços especializados somente os casos mais graves. Essa integração

permitiu importante aproximação de usuários dos serviços de saúde mental aos serviços de APS, os quais raramente utilizavam antes da pandemia<sup>40</sup>.

A continuidade da assistência farmacêutica pode ser garantida com listas de pacientes crônicos que necessitam de tratamento contínuo para organizar a distribuição domiciliar dos medicamentos pelo ACS, como é feito em Canaã dos Carajás<sup>29</sup>. Pode-se, também, adotar formas de receitas eletrônicas com certificação digital para evitar visitas desnecessárias às UBS, como na experiência de Florianópolis, onde se estabeleceram normativas para que a rede de farmácias aceitasse as receitas de medicamentos comuns e antibióticos feitas por vídeo chamada, além de acordos com laboratórios para que aceitassem pedidos de exames em formato eletrônico<sup>28</sup>.

A continuidade do trabalho do ACS é imprescindível para a abordagem comunitária da pandemia nos quatro eixos: vigilância, apoio a grupos vulneráveis, continuidade do acompanhamento das famílias por meio de visitas peridomiciliares e comunicação à distância. Para isso, é necessário promover atividades de educação continuada do ACS e garantir EPI adequado para a sua segurança, conforme o tipo de atividade desenvolvida.

Para o desenvolvimento desse conjunto de ações de forma efetiva e eficiente, é necessário prover capacitação de todos os profissionais das equipes sobre enfrentamento da Covid-19 e sobre o uso de equipamentos de proteção individual adequado a cada tipo de atividade realizada.

## Considerações finais

A atuação das equipes de APS é crucial em todos os estágios da pandemia. Se, em um primeiro momento, oportunidades de atuação efetiva da APS foram perdidas por ausência de autoridade sanitária nacional e de diretrizes nacionais claras, gerando suspensão de atividades e centralidade no cuidado hospitalar

intensivo, no decurso da pandemia, em muitas localidades, as ações vêm sendo retomadas, como mostram as experiências aqui relatadas.

A pandemia prossegue com diferentes ritmos e estágios no vasto e desigual território nacional. Para continuação da desaceleração dos casos e retomada de atividades, é fundamental a intensificação da vigilância em saúde com a participação das equipes de APS, de forma a prevenir novas ondas da infecção. Mas há desafios a superar.

A atuação articulada da ESF e a vigilância em saúde no controle da Covid-19 requerem ações de capacitação dos profissionais das equipes da ESF que superem o simples repasse de informações técnicas clínicas e contribuam para a reflexão sobre o modelo de atenção, a participação social e a ação comunitária com uso dos dados epidemiológicos e sociais produzidos no nível local. É relevante que os diversos agentes envolvidos consigam operar conceitualmente o modelo de vigilância em saúde em suas diversas dimensões.

É imprescindível, portanto, ativar ainda mais os atributos comunitários das equipes multiprofissionais da ESF e do Nasf; associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersetorialmente para apoiar a população em suas diversas vulnerabilidades; e garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho na vigilância em saúde e no apoio social e sanitário voltados aos grupos vulneráveis, para a continuidade da atenção rotineira para quem dela precisa.

Sem dúvida, a atuação da APS somente se efetiva plenamente em uma rede integrada<sup>41</sup>. Sem acesso aos serviços hospitalares para casos intermediários e graves, o diagnóstico precoce proporcionado pela APS não se concretiza em cuidado oportuno.

Mais que nunca, é importante continuar atendendo às pessoas, trabalhar em equipe, ainda que à distância, para garantir a continuidade da atenção com forte vínculo, pois, frente às incertezas e distanciamento social, estamos todos mais fragilizados.

O enfrentamento da pandemia tem revelado a distribuição desigual de serviços de saúde, exigindo a construção de redes assistenciais regionalizadas e o fortalecimento da autoridade sanitária estadual, o que pode ser um legado positivo para o SUS. Esses são tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho orientados a cada contexto, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, exercitar a solidariedade.

## Colaboradoras

Giovanella L (0000-0002-6522-545X)\*, Martufi V (0000-0001-6120-0629)\*, Ruiz DC (0000-0002-0939-4881)\*, Mendonça MHM (0000-0002-3917-9103)\*, Bousquat A (0000-0003-2701-1570)\*, Aquino R (0000-0003-3906-5170)\* e Medina GM (0000-0001-7283-2947)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM Catal*. 2020 [acesso em 2020 abr 22]; 1(2):1-5. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080%0Ahttps://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.20.0080>.
- Dunlop C, Howe A, Li D, et al. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020 [acesso em 2020 maio 28]; 4(1). Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041>.
- Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasters - The current state of the literature: What we know, gaps and next steps. *Prehosp Disaster Med*. 2011; 26(3):184-91.
- Sundararaman T. Health systems preparedness for COVID-19 pandemic. *Indian J Public Health*. 2020 [acesso em 2020 jul 10]; 64(6):91. Disponível em: <http://www.ijph.in/text.asp?2020/64/6/91/285624>.
- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):87-93.
- Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS. Abrasco. [2019]. [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribui-coesdospesquisaaadores\\_REDEAPS.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/10/Contribui-coesdospesquisaaadores_REDEAPS.pdf).
- Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. e Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2020 abr 25]; 25(4):1475-82. Disponível em: <http://orcid.org/0000-0003-1430-6951>.
- Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. A APS no SUS no enfrentamento da pandemia COVID-19. 2020 mar 23. [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/03/23/a-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-pandemia-covid-19/>.
- Lorenzo SM. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. *APS EM Rev*. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(1):28-32. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/66>.
- Roberton T, Carter ED, Chou VB, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Heal*. 2020 [acesso em 2020 maio 16]; 8(8):e901-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1).
- República Portuguesa. Serviço Nacional de Saúde. Diretoria Geral da Saúde. Áreas dedicadas Covid-19. [acesso em 2020 maio 16]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/areas-dedicadas-covid-19/>.
- Li X, Krumholz HM, Yip W, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. *Lancet*. 2020 [acesso em 2020 jul 9]; 395(10239):1802-12. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30122-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30122-7.pdf).
- Vega R. Lecciones de Cuba en la contención de la pandemia por COVID-19 desde el papel de la Atención Primaria en Salud. Microsoft Sway. 2020. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <https://sway.office.com/kMEWRcOaXcuhmJnn?ref=Link>.
- Vitória AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. [São Paulo]: Cosems SP; 2020. [acesso em 2020 abr 22]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>.
- Engstrom E, Melo E, Giovanella L, et al. Nota Técnica. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-Fiocruz; 2020. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/>

recomendacoes\_aps\_no\_sus\_para\_enfrentamento\_da\_covid-19\_versao\_leitura\_uma\_coluna\_1\_.pdf.

16. Medina MG, Giovanella L, Bousquat AEM, et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2020 ago 30]; 36(8):e00149720. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>.
17. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. Sus.* 1998 [acesso em 2020 jul 10]; 7(2):7-28. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>.
18. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família. Salvador: Editora EDUFBA; 2006. [acesso em 2020 jul 9]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-8523204008.pdf>.
19. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 jul 10]; 42(119):940-951. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000400940&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400940&tlng=pt).
20. Nascimento MS, Nascimento MA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2005; 10(2):333-345.
21. Santos S, Melo C, Dallaire C, et al. Contextual determinants of decentralization of epidemiological surveillance for the family health team. *Interface*. 2015; (54):443-454.
22. Santos S, Melo C, Costa H, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(4):873-882.
23. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, et al. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. *APS EM Rev*. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):74-82. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>.
24. Ruiz DC, Martufi V. Telemonitoramento durante a pandemia de COVID-19 na Clínica de Família Zilda Arns RJ. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco; 2020. [acesso em 2020 jul 19]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/07/18/telemonitoramento-durante-a-pandemia-de-covid-19-na-clinica-de-familia-zilda-arns-rj/>.
25. Potter C. Zero Covid-19 deaths in Vietnam. Baltimore Estados Unidos: Outbreak Observatory. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center for Health Security; 2020. [acesso em 2020 jul 14]. Disponível em: [https://www.outbreakobservatory.org/outbreakthursday-1/7/9/2020/zero-covid-19-deaths-in-vietnam?utm\\_source=Nature+Briefing&utm\\_campaign=6d59e2cbe7-briefing-dy-20200714&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_c9dfd39373-6d59e2cbe7-45390226](https://www.outbreakobservatory.org/outbreakthursday-1/7/9/2020/zero-covid-19-deaths-in-vietnam?utm_source=Nature+Briefing&utm_campaign=6d59e2cbe7-briefing-dy-20200714&utm_medium=email&utm_term=0_c9dfd39373-6d59e2cbe7-45390226).
26. Nedel FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! *APS EM Rev*. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(1):11-6. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/68>.
27. Cheng KK, Lam TH, Leung CC. Comment Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity. *Lancet*. 2020. [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30918-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30918-1/fulltext).
28. Silveira JPM, Zonta R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. *APS EM Rev*. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):91-6. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122>.
29. Vale EP, Rodrigues GM, Costa DP, et al. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. *APS EM Rev*. 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):83-90. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/101>.

30. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LDMM, et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):114-21. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/84>.
31. Ribeiro MA, Júnior DGA, Cavalcante ASP, et al. (RE) Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):177-88. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/125>.
32. Cardona Júnior AHS, Andrade CWQ, Caldas LNM. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):137-41. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/92>.
33. Fillis MMA, Dellarozza MSG, Machado RA, et al. Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: a experiência do município de Londrina. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):106-13. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/97>.
34. Oliveira MAB, Monteiro LDS, Oliveira RDC, et al. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):142-50. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/96>.
35. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(6):e00104120.
36. Ruiz DC, Martufi V. Enfrentando a pandemia no Complexo do Alemão: ações conjuntas do GT Comunitário da Clínica de Família Zilda Arns e do Gabinete de Crise do Alemão, município do Rio de Janeiro. *Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco*; 2020. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/07/06/enfrentando-a-pandemia-no-complexo-do-alemao-acoes-conjuntas-do-gt-comunitario-da-clinica-de-familia-zilda-arns-e-do-gabinete-de-crise-do-alemao-municipio-do-rio-de-janeiro/>.
37. Gomes Junior AS, Latge PK, Oliveira RAT, et al. A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):128-136. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/126>.
38. Santos ABS, França MVS, Santos JLF. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):189-96. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.120>.
39. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):189-96. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/100>.
40. Cruz NMLV, Souza EB, Sampaio CSF, et al. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. *APS EM Rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 3]; 2(2):97-105. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/94>.
41. Fundação Oswaldo Cruz; Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):434-451.

---

Recebido em 24/07/2020  
Aprovado em 24/09/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde

*The voice of the community in confronting Covid-19: proposals for reducing health inequities*

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos<sup>1</sup>, Fernanda Beatriz Melo Maciel<sup>1</sup>, Poliana Cardoso Martins<sup>1</sup>, Adriano Maia dos Santos<sup>1</sup>, Níliá Maria de Brito Lima Prado<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113015

**RESUMO** Este artigo se propõe a discutir o papel do engajamento comunitário, a ação dos movimentos sociais e da sociedade civil para o enfrentamento de emergências em saúde. As questões norteadoras que balizaram a construção deste artigo foram: qual é o papel do engajamento comunitário no enfrentamento da Covid-19? O que o engajamento comunitário pode oferecer frente aos eventos de emergências globais em saúde? Quais ações têm sido desenvolvidas pela sociedade civil? Trata-se de um ensaio teórico, construído a partir da articulação de ideias da literatura científica e de documentos técnico-operacionais sobre engajamento e governança comunitária e a crise sanitária decorrente da Covid-19. Constata-se que, nos contextos internacional e nacional, a governança comunitária subsidiada pelo fortalecimento de canais de comunicação fomentados por instituições e/ou influenciadores sociais pode contribuir para ampliação do engajamento de coletivos organizados como retórica e prática ético-política comprometida com a cidadania. No cenário brasileiro, observa-se que o mecanismo necropolítico que tem operado as políticas de enfrentamento da Covid-19, no âmbito do governo federal, contrapõe as ações e a capacidade de resposta das populações. Ainda assim, as ações dos movimentos sociais têm mobilizado esforços para mitigar iniquidades e proteger os mais vulneráveis, mesmo na ausência de uma liderança sanitária nacional.

**PALAVRAS-CHAVE** Participação da comunidade. Capacidade de liderança e governança. Infecções por coronavírus. Participação da comunidade. Covid-19.

**ABSTRACT** *This article aims to discuss the role of community engagement, the action of social movements and civil society to face health emergencies. The guiding questions that guided the construction of this article were: what is the role of community engagement in confronting Covid-19? What can community engagement offer in the face of global health emergency events? What actions have been taken by civil society? This is a theoretical essay, built from the articulation of ideas from scientific literature and technical-operational documents on community engagement and governance and the health crisis arising from Covid-19. It appears that, in the international and national context, community governance subsidized by the strengthening of communication channels fostered by institutions and/or social influencers can contribute to expanding the engagement of organized collectives as rhetoric and ethical-political practice committed to citizenship. In the Brazilian scenario, it is observed that the necropolitical mechanism that has operated Covid-19's coping policies, within the federal government, opposes the actions and response capacity of the populations. Still, the actions of social movements have mobilized efforts to mitigate inequities and protect the most vulnerable, even in the absence of national health leadership.*

**KEYWORDS** *Community participation. Leadership and governance capacity. Coronavirus infections. Community participation. Covid-19.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. [nilia.prado@ufba.br](mailto:nilia.prado@ufba.br)



## Introdução

A infecção pelo novo coronavírus, cuja origem foi identificada no final de 2019, em Wuhan, China, dissipou-se mundialmente de forma vertiginosa, ocasionando um acentuado número de óbitos<sup>1</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao reconhecer o cenário como uma emergência de saúde pública, passou a desenvolver medidas de promoção, coordenação, cooperação e solidariedade global, a fim de reduzir a propagação do vírus<sup>2</sup>.

Observou-se que cada país adotou políticas de enfrentamento conforme sua realidade econômica, política, social e sanitária diante da Covid-19, levando em consideração aspectos demográficos, geoclimáticas, além de recursos materiais e humanos, modelo de atenção à saúde, indicadores de vigilância epidemiológica, assim como o engajamento social no que tange à adesão às políticas preventivas<sup>2</sup>.

Com relação a este último ponto, em janeiro de 2020, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a OMS divulgaram o guia de Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário (Crec) para orientar a implementação de estratégias como possibilidade de resposta precoce à Covid<sup>3</sup>. Destaca-se que o engajamento comunitário no enfrentamento da pandemia ainda não está plenamente estabelecido, justamente pelo ineditismo da doença. No entanto, a OMS reforça que as comunidades devem constituir o centro de qualquer intervenção de saúde, especialmente em casos de emergências<sup>4</sup>.

As reflexões sobre o engajamento de atores sociais e/ou a participação de movimentos sociais surgem nas ciências sociais e são incorporadas ao campo da saúde para elucidar a sua atuação frente às interações com os sistemas estatais para a proposição de ações em resposta às demandas de saúde, entre outras questões<sup>5,6</sup>. Na América Latina, essa construção perpassa distintas conjunturas contextuais e concepções de participação social, e somente ao final da década de 1980, inicia-se um processo que fomenta a inclusão participativa e

os questionamentos críticos quanto à manipulação e à cooptação de instituições governamentais e privadas, para propiciar maior autonomia e engajamento comunitário<sup>7</sup>.

Importante ressaltar que existem distintas concepções de participação social, que englobam

atividades específicas com objetivo de melhorar a saúde; legitimar o Estado ou grupo que a promove; como mecanismo de organização da comunidade; como um processo significativo, mas não determinante para organizar, mobilizar e gerar transformações no plano geral de uma sociedade; como um processo capaz de gerar mudanças estruturais e/ou soluções técnicas; como mecanismo que resolve parcialmente os problemas, mas que deve ser promovido porque, dependendo de diversos fatores, garante um mínimo de intervenção e/ou eficácia nos problemas; e como processo que garante a continuidade de algumas atividades médico-sanitárias<sup>7(9)</sup>.

Ademais, cabe lembrar que a governança comunitária representa uma alternativa às relações burocráticas e mercantis, tendo sua regulação baseada na confiança mútua entre os participantes de comunidades<sup>8,9</sup>. Portanto, está intrinsecamente relacionada à prática da cidadania e às relações comunitárias, e a uma maneira alternativa às relações burocráticas, sendo regulada pela confiança mútua existente entre os membros de uma determinada comunidade, e caracterizada pela solidariedade, por benefícios conjuntos e interesses coletivos<sup>10,11</sup>.

Entretanto, os conceitos de engajamento e governança comunitária não se restringem à participação da comunidade, uma vez que envolvem o trabalho colaborativo no compartilhamento de objetivos e interesses comuns<sup>12</sup>. Nessa lógica, reconhece-se que o engajamento comunitário pode propiciar efeitos positivos em diversas situações ao produzir informação, prestar serviços, empoderar a comunidade, desenvolver e construir uma representação local unida e forte, de modo a incentivar o

senso de eficácia política e o envolvimento de grupos comunitários com a sociedade<sup>6,13</sup>. Essa perspectiva é reafirmada pela Opas, que reconhece o engajamento social como um potencializador das políticas públicas, auxiliando no reconhecimento das ameaças à vida de comunidades marginalizadas, assim como na identificação e avaliação das necessidades em saúde de diferentes populações<sup>14</sup>.

No tangente aos movimentos sociais, mesmo quando voltados à saúde da população, eles serão aqui concebidos como o conjunto de ações emergentes do exercício de atores sociais e membros da sociedade civil em nome da coletividade, envolvimento por reconhecimento e contestação às demandas fundamentais, desigualdades e injustiças sociais por meio de lutas que objetivam uma “resposta racional a um conjunto específico de problemas”<sup>15(165)</sup>.

Neste ensaio, a concepção de engajamento comunitário, governança comunitária e os conceitos de movimento social e sociedade civil não são adotados como sinônimos, mas complementares, tendo em vista que a tentativa de conceituação pode ser reducionista. Além disso, a proposta aqui apresentada parte da compreensão de que a vida social e os padrões sanitários das comunidades pobres do Brasil se distanciam da realidade vivenciada por boa parte dos países do mundo, nesse sentido, a perspectiva do engajamento e da governança proposta pelos organismos internacionais assume características distintas no contexto brasileiro. Soma-se a essa realidade a concepção que a estrutura da política brasileira atual tem sobre a governança das políticas sanitárias e sobre as comunidades periféricas. Nessa direção, trata-se de uma abordagem ampliada que pode viabilizar a discussão e a decisão das propostas de enfrentamento dessa pandemia e de outras emergências em saúde pública concatenadas com os diversos contextos existentes.

Desta forma, apresenta-se como objetivo desse ensaio tecer algumas considerações acerca do engajamento comunitário, ação dos movimentos sociais e da sociedade civil para

o enfrentamento de emergências em saúde, especificamente, a pandemia por Covid-19. Tem-se como premissa o princípio da

cidadania ativa, aquela praticada por cidadãos atuantes e movidos pelo espírito público, mobilizados pela busca de relações políticas igualitárias e assentados na base social da solidariedade e da colaboração<sup>16(349)</sup>.

Assim, algumas questões balizaram a construção deste ensaio, quais sejam: qual é o papel do engajamento comunitário no enfrentamento da Covid-19? O que o engajamento comunitário pode oferecer frente aos eventos de emergências globais em saúde? Qual é a importância de impulsionar tais movimentos frente a uma pandemia? Quais ações têm sido desenvolvidas pela sociedade civil?

Os questionamentos levantados possibilitam uma análise cercada de incertezas, suscitando o debate em torno do tema, especialmente, frente à carência de estudos que abordam o papel do engajamento comunitário na resposta às emergências em saúde pública, em especial, à Covid-19.

## **O engajamento comunitário no movimento internacional da saúde global e no enfrentamento da Covid-19**

A pandemia por coronavírus revelou a necessidade de estabelecer medidas rápidas para contenção da doença, sobretudo por meio da articulação entre os setores da saúde, educação, pesquisa e economia<sup>17</sup>. Observa-se que, no primeiro momento, a adoção de medidas verticalizadas foi necessária para mitigar o avanço do contágio, em cenários de risco elevado e insuficientes evidências científicas para tomada de decisão<sup>18</sup>. Nesse sentido, os posicionamentos dos variados atores sociais, em especial, agentes públicos, conselhos e

lideranças comunitárias tornam-se importantes frente às medidas de controle da pandemia, especialmente na restrição de contatos e adesão ao distanciamento social<sup>19</sup>.

Outrossim, a adesão social às medidas restritivas é um fator decisório no sucesso das deliberações governamentais e na interrupção da onda de contágio<sup>20</sup>. Assinala-se, também, que o posicionamento adotado (de relevância ou negligência) por lideranças comunitárias e políticas frente ao cenário pandêmico influencia normativas sociais, práticas culturais e tradições locais de modo a promover ou não comportamentos que favorecem a saúde<sup>19-21</sup>. Logo, o engajamento comunitário na tomada de decisão, planejamento, desenho e governança das ações em saúde podem tornar as iniciativas políticas mais sustentáveis<sup>22</sup>.

O guia<sup>3</sup> divulgado pela Opa e pela OMS considerou realizar treinamento de líderes e porta-vozes, estabelecer uma comunicação pluridirecional buscando compreender e responder às suas preocupações, atitudes, crenças e barreiras através de linhas diretas operadas por estudantes de medicina, por meio de mídias sociais e programas de rádio. Sugeriu, também, o envolvimento com influenciadores de confiança, especialmente os profissionais de saúde, para comunicarem-se com as populações afetadas, notadamente, aquelas difíceis de estabelecer um *feedback* consistente entre as comunidades e a equipe<sup>4</sup>.

Para ampliar a comunicação pública e fomentar o engajamento comunitário, os influenciadores comunitários (líderes comunitários ou religiosos, agentes de saúde, curandeiros etc.) possuem papel fundamental no diálogo com os territórios, abordando questões inerentes às comunidades, ao mesmo tempo que oferecem ações que podem proteger a sua saúde<sup>23</sup>.

Desta forma, a influência de atores-chave na mudança de comportamento e no fomento à manutenção da credibilidade da população frente às autoridades de saúde, como fonte de orientações acerca da Covid-19<sup>24</sup>, constituiu uma aposta para ampliar a capacidade de acompanhar as dinâmicas locais reguladas

pela confiança mútua entre os membros da comunidade.

Percebe-se um movimento direcionado ao fortalecimento da governança comunitária para o enfrentamento da pandemia. Todavia, há um descompasso nas práticas, traduzido por contradições e intencionalidades marcadas pela dominância do poder institucional, que tende a uma homogeneização de ações que elimina a diferença, derivada de tendências políticas e ideológicas delineadas pelo sistema dominante capitalista. Tais ações repercutem a organização de ações macrosociais, mas também microsociais, modificando em certa medida as concepções ideológicas do engajamento social. Esse movimento pode ter implicações, em certa medida, no engajamento social comunitário, reduzindo os movimentos de resistência a medidas institucionais<sup>7</sup>. Essa perspectiva pode explicar a descontinuidade da participação comunitária, que se conforma por um processo mecânico e espontâneo, e os esforços adicionais, ainda que tardios, empreendidos para resgatar as raízes da participação e do engajamento social pautados pela ênfase na organização contínua, na solidariedade e na consciência coletiva.

Em continuidade a essa abordagem, a OMS divulgou o 'Role of community engagement in situations of extensive community transmission of Covid-19'<sup>25</sup>. Tal documento norteia o engajamento comunitário na promoção de ações governamentais a partir de três frentes prioritárias: 1) fortalecer as parcerias existentes e estabelecer novas parcerias para alcançar e envolver redes comunitárias mais amplas, objetivando fortalecer a confiança com líderes comunitários, comunidades e populações vulneráveis; 2) fortalecer as estruturas de governança existentes na comunidade para alavancar os mecanismos e criar capacidade entre interessados nacionais e locais no engajamento, capacitar e apoiar as comunidades em esforços de resposta à Covid-19; 3) otimizar o trabalho dos agentes comunitários e engajar-se com as comunidades por meio de metodologias participativas<sup>25</sup>.

Entre as ações propostas, a OMS aconselha aos Ministérios da Saúde de cada país que as atividades comunitárias sejam incorporadas aos planos nacionais para apoiar os esforços de enfrentamento à pandemia<sup>26,27</sup>. Esse processo de governança é caracterizado pela solidariedade, por benefícios conjuntos e interesses coletivos abrangendo o incentivo a maneiras alternativas de participação popular por intermédio de canais informais, privilegiando as relações em rede comunitária e efetivando a democratização dos processos decisórios localmente<sup>28</sup>.

Por outro lado, Menéndez<sup>7</sup> pondera que algumas organizações, a exemplo de partidos políticos ou Organizações Não Governamentais (ONGs), que criticam o manejo do capitalismo, também incentivam a constituição de micropoderes que são derivados de processo de exclusão ou até mesmo da dualidade de atividades, muitas vezes contraditórias com os objetivos propostos, em consequência da baixa capacidade da sociedade civil organizada de se opor ao que está institucionalizado. Para que a oposição ocorra de forma efetiva, a participação deve se constituir enquanto um movimento contínuo e constante em prol da coletividade, dado que a descontinuidade de ações pautadas pela sociedade civil pode favorecer iniciativas privadas ou de instituições com objetivos finalísticos implícitos, mas alinhados às propostas individualistas e de cunho capitalista<sup>7</sup>.

Na esteira da pandemia, a London School of Hygiene and Tropical Medicine<sup>29</sup>, em consonância com a OMS, sugeriu a adoção de mecanismos comunitários de governança, porém, recomendou fortemente que evitassem aglomerações e grandes reuniões de pessoas<sup>25,27</sup>. Esse plano de ação sugere que outras formas de comunicação sejam incentivadas, como, por exemplo, plataformas digitais para disseminar informações e alertas, assim como a utilização de outros recursos comunitários confiáveis, como unidades de Atenção Primárias à Saúde (APS), autoridades locais, influenciadores e líderes religiosos para promover a disseminação de informações sobre a doença e sua

prevenção, inclusive sobre atividades religiosas seguras, práticas de enterro, prevenção e redução do medo e do estigma relacionado às pessoas com Covid<sup>26</sup>. Tais recomendações reafirmam a importância da APS no enfrentamento à Covid-19, uma vez que se baseiam no cuidado territorializado e longitudinal<sup>28</sup>.

Entre experiências exitosas, em Cuba, iniciativas em prol da atenuação das vulnerabilidades deram-se, também, no âmbito das organizações locais, como a Federação das Mulheres Cubanas, clubes de idosos e proprietários de pequenas empresas – Covidvoluntários –, ações de produção doméstica de máscaras faciais ante a escassez de acesso às industrializadas<sup>30</sup>. Na crise atual, a participação da sociedade civil aponta-se como algo que pode beneficiar a maneira como a Covid-19 é enfrentada em diferentes países<sup>31</sup>.

Pressupõe-se que membros de instituições, redes comunitárias, grupos religiosos e cívicos podem se traduzir em interlocutores e trabalhar de forma coordenada para sensibilizar grupos específicos de pessoas através do diálogo com mensagens planejadas, considerando que a informação culturalmente apropriada pode ajudar a tomar decisões e reduzir riscos à saúde<sup>32</sup>. Para além dessas possibilidades, vivenciou-se, também, a disseminação de *fake news*, que torna difícil o reconhecimento de fontes autorizadas e orientações confiáveis<sup>32</sup>. Apesar dos benefícios do uso das redes sociais, a disseminação de *fake news* a respeito de tratamentos não comprovados cientificamente para tratamento e prevenção da Covid-19, por exemplo, foi uma experiência vivenciada no Brasil e em outros países<sup>33</sup>.

Cabe destacar que, na epidemia da Covid-19, as plataformas digitais, ante a necessidade do distanciamento social, têm sido utilizadas como um sistema de apoio complementar integrado a atividades de respostas ao surto, para enfrentar o estigma, a discriminação e o medo excessivo de contágio, medo de ser socialmente excluído/colocado em quarentena por ser associado à doença<sup>32</sup>. Para além disso, a utilização dessas redes serviu, também,

para promoção de momentos de treinamento físico, interatividades culturais, com destaque às *lives* musicais, campanhas de solidariedade e incentivo à adoção de medidas restritivas, várias atividades formativas realizadas de forma síncrona e/ou assíncrona<sup>26</sup>.

Nesse sentido, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), combinadas com intervenções de mobilização social no combate às epidemias também são consideradas imprescindíveis. Em áreas com baixos recursos, como Libéria, Serra Leoa e Guiné, intervenções baseadas em TICs, juntamente com a mobilização social das comunidades, tornaram-se ferramentas promissoras “para mobilizar os habitantes para ajudar a prevenir a disseminação, cuidar dos doentes e ter uma compreensão mais profunda da própria doença”<sup>34(1)</sup>.

Algumas experiências foram apresentadas pela OMS como exemplos exitosos de engajamento social: 1) o caso de Tonga, arquipélago localizado na Polinésia, cujas redes existentes criaram uma plataforma para facilitar discussões entre a comunidade sobre como podem se apoiar e se prevenir com suas próprias soluções, incluindo a adesão à política do ‘não toque’ e o ‘não vá a ruas ou igrejas’; 2) o caso do Vietnã, onde a OMS está colaborando com a Unicef, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e organizações civis da sociedade para alcançar minorias étnicas e pessoas com deficiência, divulgando mensagens em diferentes idiomas, incluindo linguagem de sinais; e 3) o caso do Camboja, no sudeste asiático, onde a OMS firmou parcerias com a Unicef, a Cruz Vermelha e líderes religiosos na construção e melhoria da confiança dentro da comunidade, possibilitando fortalecimento dos mecanismos de governança local, incluindo o Comitê Comunitário das Mulheres e Crianças<sup>25</sup>.

Outras experiências, como a do Ebola e do HIV, deixaram lições, como as ações do engajamento comunitário, sobretudo nas ações locais e que podem ser úteis para enfrentar a Covid-19. A epidemia de HIV ensinou que falta de liderança política, desinformação,

insuficientes recursos financeiros e humanos, estigma e discriminação acometem populações de diferentes maneiras, eventualmente imprimindo ao vírus trajetórias diversas nos países afetados<sup>35</sup>. Com a Covid-19, veem-se desigualdades, como nos Estados Unidos, que apresentam a desproporcionalidade com que a epidemia afeta os afro-americanos e os latinos<sup>36,37</sup>.

Em uma experiência no Irã, muitos esforços foram feitos para encontrar soluções eficientes para o gerenciamento inicial da Covid-19. Um dos fatores significativos foi o engajamento comunitário no manejo e na triagem de pacientes infectados. As atitudes das pessoas com relação à doença e à compreensão de suas consequências, se deixadas sem tratamento, desempenharam um papel importante no incentivo de sua participação na autotriagem por meio de um *site*<sup>38</sup>.

Na África, o Ministério da Saúde do Quênia organizou um grupo operacional para Covid-19 buscando coletar, por telefone, informações sobre conhecimentos, atitudes e práticas de famílias em favelas urbanas de Nairóbi, capital do país, vislumbrando o desenvolvimento e o planejamento de campanhas de mudança de comportamento, rastreamento e outras intervenções, conforme necessário durante toda a pandemia, que fossem facilmente compreendidas e relevantes para a vida dos habitantes das favelas<sup>39</sup>.

Observa-se, contudo, que as experiências descritas trazem em seu bojo iniciativas desatentas aos processos microssociais, apesar de direcionadas a uma parcela da população mundial que sofre de forma mais contundente com os impactos das desigualdades sociais, seja no contexto rural ou urbano. Nesse sentido, o engajamento social proposto por instituições governamentais ou não governamentais pode desvelar-se enquanto “um recurso local para a sobrevivência na pobreza com ou sem objetivos de solução genérica”<sup>7(10)</sup>, a partir de uma apropriação indevida das aspirações ideológicas participativas, por organismos internacionais e, em menor grau, até agora, por governos nacionais. Tal fato torna a autonomia

comunitária mais incipiente e, portanto, dependente de estratégias verticalizadas e institucionalizadas, atreladas à concentração dos mecanismos de poder<sup>7</sup>.

## O engajamento comunitário e as populações vulneráveis frente à Covid-19 no Brasil

Similarmente ao cenário internacional, ainda que resguardadas as devidas distinções geográficas e contextuais, o cenário da pandemia confronta-se com as distintas realidades socioeconômicas existentes no Brasil<sup>40</sup>. É verificado que as comunidades periféricas enfrentam condições mais adversas para conter a pandemia, visto que necessidades básicas como abastecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo, habitação e urbanização, transporte público e atenção à saúde não chegam em muitos desses locais<sup>41</sup>. A necropolítica escancarada pelo contexto atual, que condena ao extermínio pobres e negros<sup>21,42</sup>, junto às desigualdades e iniquidades brasileiras, evidenciam a importância dos sistemas públicos e universais de saúde em sua forma ampliada, abrangendo o direito à moradia, à alimentação, à renda, ao trabalho, ao saneamento e ao lazer<sup>43,44</sup>.

A condução contraditória das políticas governamentais brasileiras direcionadas para o enfrentamento à pandemia tem motivado diversas organizações da sociedade civil e movimentos sociais na construção de estratégias para o período de calamidade pública<sup>45</sup>. O reconhecimento da epidemia como um caso de saúde pública por parte dos movimentos sociais brasileiros reverberou iniciativas locais que, ainda que pulverizadas, buscaram adotar um posicionamento de confronto com o Estado ao engajarem estratégias de prevenção e combate eficazes e concatenadas com as necessidades locais, fundamentais para o enfrentamento da pandemia pela comunidade<sup>46</sup>.

Em 25 de março, por exemplo, mais de 80 entidades brasileiras organizadas através do Manifesto por Transparência e Garantia de Participação Social requereram ao Congresso Nacional, em caráter de urgência, a implementação de nove medidas necessárias à participação democrática da sociedade civil nas decisões tomadas pelo Parlamento em nome da sociedade brasileira. Entre os principais pontos estão medidas de aprimoramento dos canais existentes, a adoção de novas ferramentas de participação social, incluindo canais diretos de comunicação sobre os temas em votação<sup>46</sup>.

No contexto das periferias brasileiras, por exemplo, observa-se o reforço da solidariedade. O projeto intitulado Periferia Viva, espalhado por todo o Brasil, possui como premissa o desenvolvimento de ações para o combate às carências exacerbadas pela Covid-19<sup>47</sup>. Do mesmo modo, ações voltadas para populações vulneráveis têm sido organizadas: a Associação das Mulheres Munduruku Wakoborun, a exemplo, elaborou cartilhas em português e na língua nativa de tribos indígenas, a qual foi compartilhada via Whatsapp e impressa<sup>48</sup>. Nesse mesmo caminho, a rede de solidariedade do Fórum de Mulheres de Pernambuco produziu o 'Manual Econômico de Higiene: Como Prevenir a Covid-19 com Pouca Água e pouco Dinheiro?', a ser divulgado nas redes sociais e rádios comunitárias<sup>48</sup>. A Rede Nacional de Acolhimento LGBTQIA+, visando a garantir oferta de condições dignas de existência a pessoas LGBTQIA+, promoveu uma campanha para mobilizar recursos e proporcionar apoio psicossocial<sup>31</sup>. Diversas experiências e lutas têm permeado o trabalho dos movimentos sociais e da sociedade civil. Buscando elencar tais ações, elaborou-se um quadro-síntese (*quadro 1*) para sumarizar algumas dessas iniciativas. Cabe destacar que este levantamento é limitado compreendendo a existência de muitos outros movimentos e ações que não foram mapeados.

Quadro 1. Síntese das ações dos movimentos sociais e da sociedade civil nos territórios brasileiros para enfrentamento da Covid-19

<b>Redes de Solidariedade/Movimento social/Ação da sociedade civil</b>	<b>Objetivo/Ação durante a pandemia</b>
Sindicato das Trabalhadoras e Trabalhadores do Comércio Informal – Sintraci	Arrecadação de recursos, com a finalidade de suprir o sustento, garantir o isolamento social e a dignidade das famílias.
Fundo Baobá	Apoiar iniciativas que forneçam apoio financeiro a famílias que tenham mulheres e adolescentes grávidas, mulheres que deram à luz, homens responsáveis e corresponsáveis pelo cuidado de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos.
Todas Para o Mar – Marisqueiras de Maracáipe	Arrecadar cestas básicas para distribuir para famílias de marisqueiras, artesãs, catadoras de latinhas, ambulantes e trabalhadoras autônomas da baía de Maracáipe, em Pernambuco.
UniãoBA contra o Coronavírus	Arrecadar doações através de plataforma on-line para distribuição de alimentos na Bahia.
Periferia Viva	Dar visibilidade e articular apoios e parcerias aos esforços já em curso de mobilização social e vigilância civil para defesa do direito à vida, à dignidade e à cidadania das populações periféricas em todo o Brasil.
Central Única das Favelas	Campanha ‘Mães da Favela’, cujo objetivo é auxiliar mães solo moradoras de favelas de 17 estados e do Distrito Federal.
Rede Nacional de Acolhimento LGBTQIA+ do Brasil	Proporcionar apoio psicossocial e provimento de materiais básicos às pessoas LGBTQIA+ em situações de vulnerabilidades, que trabalham na informalidade ou que estejam em algum espaço de acolhimento.
Juntos somos mais forte	Arrecadar recursos financeiros para apoiar às famílias mais vulneráveis das favelas brasileiras.
O Salve os Pequenos	Conectar pequenos empreendedores, de cidades com mais de 100 mil habitantes, a clientes que estão evitando sair de casa por conta da pandemia da Covid-19, a fim de promover aporte financeiro neste período.
Projeto Hígia	Produzir e fornecer, via impressão 3D, protetores faciais do tipo <i>FaceShield</i> para reduzir a contaminação das equipes de saúde e de pacientes.

Fonte: Rede Nacional de Mobilização Social<sup>49</sup>.

O quadro-síntese evidencia que a articulação desses movimentos se diversifica em suas formas e origens. Como destaca Ribeiro<sup>50</sup>, muitos possuem raízes antigas fixadas pelos movimentos rurais, movimentos de mulheres, comunidades religiosas, movimentos negros, movimentos da população LGBT, entre outros. A organização desses movimentos viabiliza não só a construção de agendas sociais e grupos organizados, mas resgata o senso de solidariedade para buscar alternativas para os grupos populacionais mais comprometidos com os desfechos da pandemia, ao considerar todas as iniquidades preexistentes na ordem social,

econômica e sanitária, de modo a amenizar a desassistência estatal na resposta à crise<sup>51</sup>.

Como demonstrado, as ações de solidariedade e luta promovidas pelos movimentos sociais buscam assegurar não apenas segurança alimentar e higiênica dos grupos mais vulneráveis, mas também a mobilização de recursos para ofertar informações acessíveis sobre a conjuntura atual, condizentes com as condições sociais e étnicas, assegurando o seu papel enquanto promotoras da saúde.

De fato, existe uma corrente mais recente da participação e do engajamento social que critica a opressão institucional e as soluções

técnicas, e incita à crítica e à reflexão dos sujeitos, de modo a alavancar transformações contínuas para contemplar o reconhecimento de causas coletivas, em oposição às principais características negativas das sociedades capitalistas<sup>7</sup>. O engajamento comunitário efetivo, por sua vez, perpassa o compromisso político para enfrentar questões difíceis e tomar as decisões adequadas com base em prioridades, isto é,

Em última análise um desafio político, exigindo um engajamento contínuo da sociedade brasileira como um todo, para que seja assegurado o direito à saúde para todos os brasileiros<sup>52(100)</sup>.

Nessa direção, reconhece-se que uma comunidade preparada, ativa e bem organizada pode reduzir os riscos e o impacto das emergências em saúde pública. Contudo, persiste uma duplicidade de correntes paralelas que gera uma descontinuidade da participação social efetiva, pois ora prima pelo fomento à construção social do engajamento dos sujeitos em prol de objetivos comuns, ora pelas práticas incrustadas no estruturalismo, o que gera um cenário de competições pelo micropoder ou macropoder<sup>7</sup>.

Essas contradições sinalizam a necessidade de ressignificação da participação social, pois as diretrizes governamentais propostas nem sempre consideram (ou quase sempre desconsideram) “os processos de participação coletiva que estavam operando na realidade analisada”<sup>7(5)</sup>, pois não

contemplam fenômenos como a produção e manutenção de redes sociais de solidariedade, a construção de grupos de ação comunitária, o desenvolvimento de estratégias de vida que envolviam microgrupos e que não necessariamente reproduzem a estrutura<sup>7(5)</sup>.

Portanto, reitera-se a crítica a esses processos institucionalizados e descontextualizados dos sistemas locais e que não estimulam a ampliação e a legitimação da conscientização comunitária,

defendendo seus interesses, lutando por objetivos definidos, envolvendo a comunidade no seu próprio desenvolvimento e participando do controle compartilhado das decisões<sup>7(9)</sup>.

O mapeamento das iniciativas de combate à Covid-19 realizado de forma colaborativa revelou logo no início da pandemia uma intensa capacidade organizativa comunitária para criar redes de solidariedade, que contemplou iniciativas de comunicação, distribuição de cestas básicas, kits de higiene, instalação de pontos de água, mapeamentos de doentes e estratégias de isolamento, entre outras, voltadas principalmente para uma intervenção imediata com relação às urgências impostas pelo contexto sanitário atual<sup>53</sup>. Tal mobilização se apresenta de forma muito diversa, dependendo das favelas, mas apresenta uma lógica de rede, onde parcerias de ideias e recursos circulam entre os grupos envolvidos<sup>54</sup>.

As diferentes abordagens de governança comunitária em voga variam desde aquelas em que as comunidades são destinatárias das ações, por meio da doação de alimentos e outros serviços essenciais disponibilizados por meio de organizações sem fins lucrativos com ou sem parcerias governamentais; abordagens em que as comunidades são parceiras das organizações sem fins lucrativos ou governamentais na priorização de suas necessidades, desenvolvimento de soluções e apoio à implementação. É importante destacar que ambas as abordagens são desafiadoras durante os bloqueios, em decorrência das restrições nas interações com a comunidade e de movimentação de suprimentos externos. E, por fim, as abordagens em que as comunidades são mobilizadoras, as quais identificam suas próprias necessidades, projetam e implementam soluções de maneira amplamente independente e buscam apoio externo apenas para cobrir lacunas relacionadas a recursos ou experiências para implementação das ações locais. Esse é o modelo mais provável para construir uma resiliência comunitária duradoura, pela capacidade de resistir e se recuperar de situações relacionadas a tensões externas<sup>54-56</sup>.

Contudo, a construção de um modelo de governança comunitária

é uma tarefa complexa pela diversidade de variáveis a ponderar e integrar (recursos a mobilizar e partilhar, atores a envolver e motivar, atividades a privilegiar, organização espacial a perseguir, conflitos a dirimir)<sup>57(7)</sup>.

Nesse interim, as qualidades jurídicas, políticas e físicas entre os atores sociais, bem como o capital social, determinam as respostas da comunidade à pandemia e a extensão de seu envolvimento, mas, do mesmo modo, evidenciam os limites estabelecidos pelos padrões de sociabilidade existentes nas comunidades periféricas e as categorias de poder em comunidades marcadas pela violência e presença de milícias, tráfico de substâncias ilícitas e a própria ação da polícia nos territórios. O que denota que as populações das comunidades e periferias estão submetidas a uma sobreposição de tipos de violência, em um universo organizacional e seus imbricamentos, relevantes para a compreensão da tessitura social comunitária<sup>54</sup>.

A maneira como as pessoas interagem e vivem umas com as outras por meio de suas estruturas, bem como seus percursos históricos, requer considerações sobre como se adaptar e responder com eficácia a qualquer surto de doença. Por exemplo, as diferenças nas estruturas, sistemas e processos político-culturais e sociais entre as comunidades e as normas e crenças sociais afetam os comportamentos e resultados de saúde durante os surtos. Dessa, forma, sem deixar de reconhecer a força mobilizadora que gerou uma diversidade de iniciativas locais que se multiplicaram em comunidades periféricas urbanas, é necessário apresentar as limitações em áreas de predomínio de violência, onde as pessoas morrem por conta do confronto com o aparato policial, com a milícia (obriga o comércio a reabrir para obter ganhos pela extorsão e cobrança de taxas de segurança) ou com as facções do

tráfico, e que também são mais vulneráveis à transmissão comunitária e ao número de óbitos decorrentes da pandemia do novo coronavírus<sup>55,56</sup>.

Tudo isso indica que a governança comunitária sofre interferências constantes que dificultam a produção de ações contínuas, sobretudo de apoio à saúde nas comunidades mais vulneráveis, em que se faz necessário torná-las mais resilientes para abordar proativamente os impactos das desigualdades socioespaciais no contexto da pandemia da Covid-19<sup>58</sup>.

Sob esse entendimento, no mês de julho, a Frente Pela Vida, constituída por mais de 600 organizações e movimentos sociais, reforçou a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), da ciência, da educação, do meio ambiente, da solidariedade e da democracia como elementos essenciais à vida e extremamente necessários diante da emergência sanitária que o País atravessa. Propuseram, para isso, um Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19, a ser apresentado a gestores, o qual sintetiza orientações acerca da importância do SUS, do fortalecimento da participação social e do sistema de proteção social, para reduzir mortes evitáveis em populações vulnerabilizadas<sup>59</sup>.

Embora essa e outras iniciativas possam intencionar o resgate do engajamento e da participação comunitária, por meio do estímulo ao

envolvimento do sujeito ou grupo, a conscientização e/ou o processo educativo, a responsabilização, a democratização, o sentimento de pertencimento, a modificação do sujeito ou grupo e/ou da situação<sup>7(10)</sup>.

É importante questionar quem são os sujeitos que integram os movimentos participativos de base comunitária, quais são as intencionalidades, os objetivos e os problemas que dão origem a mobilizações. Pois há que se considerar a existência de condições materiais, ideológicas e culturais diferenciadas, como uma possibilidade de garantir um mínimo de continuidade nas ações de saúde<sup>7</sup>.

## Considerações finais

Uma das lições essenciais da crise sanitária é, seguramente, a importância do engajamento social e da governança comunitária na construção das respostas à epidemia. Compreende-se que a definição de ações concretas para que se efetive essa participação no contexto da pandemia mostra-se um desafio, em especial, pela magnitude e pelo caráter atípico e inusitado. O momento exige mudanças radicais de comportamento, no âmbito governamental e, sobretudo, comunitário.

O projeto efetivo de saúde da população durante e após a pandemia requer cumprimento de determinantes mais amplos, como acesso a água, saneamento, renda, comida digna e de qualidade, segurança, entre outros direitos básicos que precisam ser adequadamente resguardados. Essa perspectiva perpassa o investimento em sujeitos, sistemas de saúde e processos decisórios que envolvam ativamente comunidades<sup>40</sup>, que contemple estratégias de transformação contínua, não apenas de resistência ante o momento atual, tendo em vista que os desdobramentos posteriores exigirão uma ação comunitária contínua e capaz de analisar e contribuir para as necessidades e demandas microssociais e macrossociais.

As lições aprendidas com as experiências e respostas à Covid-19 em contextos humanitários frágeis e as reflexões suscitadas pelos documentos das organizações internacionais indicam que a epidemia deve ser enfrentada por meio do fortalecimento de políticas

públicas que visem a reduzir as vulnerabilidades que resultam em desigualdades de renda, gênero e raça, e isso só se torna possível através do engajamento comunitário como instrumento de participação política e social<sup>17</sup>.

No Brasil, em um cenário crescente de mortes, as pessoas mais expostas à Covid-19 são as que estão em situação de vulnerabilidade social, política e econômica, ou seja, o conjunto formado pelas pessoas indesejadas, cujas mortes parecem não ter importância. Essa distopia é acentuada pelo momento político que o País atravessa, cujos efeitos agravam situações fáticas injustificáveis no atual cenário instável e, por enquanto, incerto ou constituído por certezas provisórias, diante dos descasos governamentais que reforçam as iníquas relações e esgarçam o tecido social. Dessa forma, acredita-se que o engajamento comunitário e a associação de políticas públicas são o alicerce para construção de uma sociedade mais coesa, que reconhece seus direitos, que possui capacidade organizativa e calcada nos princípios democráticos e da justiça social.

## Colaboradores

Santos HLPC (0000-0003-2722-7945)\*, Maciel FBM (0000-0002-6421-3940)\*, Martins PC (0000-0002-6698-0289)\*, Santos AM (0000-0001-9718-156)\* e Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Becher T, Frerichs I. Mortality in COVID-19 is not merely a question of resource availability. *Lancet Respir Med.* 2020; 8(9):832-833.
2. Organização Pan-americana de Saúde. Folha Informativa – Covid-19. [acesso em 2020 maio 12]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875).
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Comunicação de risco e engajamento comunitário Prontidão e resposta ao novo coronavírus de 2019. [acesso em 2020 maio 12]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=comunicacao-de-risco-e-engajamento-comunitario-crec-prontidao-e-resposta-ao-novo-coronavirus-de-2019-2019-ncov&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=comunicacao-de-risco-e-engajamento-comunitario-crec-prontidao-e-resposta-ao-novo-coronavirus-de-2019-2019-ncov&Itemid=965).
4. World Health Organization. Envolvimento Comunitário. Módulo 5. [acesso em 2020 maio 12]. Disponível em: <https://www.who.int/risk-communication/training/Module-B5-PT.pdf>.
5. Vianna M, Cavalcanti M, Cabral M. Participação em saúde: do que estamos falando?. *Sociologias.* 2009; (21):218-251.
6. Muzi D, Nogueira F, Bertoldo L, et al. Engajamento comunitário, comunicação e saúde: estratégias de visibilidade dos pacientes renais. *Esfemas.* 2007; 6(11):57-68.
7. Menéndez EL. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuad. méd. soc.* 1998 [acesso em 2020 maio 12]; (73):5-22. Disponível em: <http://tie.inspvirtual.mx/recursos/temas/etv/OAParticipacionSocialWeb/material/Participacion%20social%20en%20salud.pdf>.
8. Cruz PRAF. Governança e Gestão de Redes na Esfera Pública Municipal: O caso da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência em Curitiba. [dissertação]. Paraná: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2006. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: [https://www.biblioteca.pucpr.br/tede//tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=854](https://www.biblioteca.pucpr.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=854).
9. McCabe A, Keast R, Brown K. Community Engagement: Towards Community as Governance. In: *Governments and Communities in Partnership Conference*, University of Melbourne. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/10878014.pdf>.
10. Cruz JAW, Martins TS, Quandt CO. Redes de Cooperação: Um enfoque de Governança. *Rev. Alcance.* 2008; 15(02):190-208. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/ra/article/viewFile/671/543>.
11. Totikidis V, Armstrong A, Francis R. The concept of community governance: a preliminary review. In: *GovNet Conference*, 28-30 Nov 2005, Melbourne, Australia. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: <https://vuir.vu.edu.au/955/>.
12. Tindana PO, Singh JA, Tracy CS, et al. Grand challenges in global health: community engagement in research in developing countries. *PLoS Med.* 2007; 4(9):e273.
13. Sales CP. Engajamento Comunitário e Entendimento Público da Ciência: primeiras anotações para uma agenda de pesquisa. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/11821>.
14. Organização Pan-Americana de Saúde. Engajamento comunitário fortalece políticas de saúde baseadas na segurança humana. [acesso em 2020 maio 12]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/opas-engajamento-comunitario-fortalece-politicas-de-saude-baseadas-na-seguranca-humana/>.
15. Gross KP, Prudencio K. O conceito de movimentos sociais revisitado. Em tese. 2004; 1(2):75-91.

16. Costa AM. Participação e controle social em saúde. In: Paim JS, organizador. SUS-Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber. Rio de Janeiro: Atheneu; 2019.
17. Bachelet M. Pandemia de Coronavírus é um teste de nossos sistemas, valores e humanidade. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-pandemia-de-coronavirus-e-um-teste-de-nossos-sistemas-valores-e-humanidade/>.
18. Silva AAM. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. *Rev. bras. epidemiol.* 2020; (23):e200021.
19. Bezerra AC, Silva CE, Soares FR, et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; (25):2411-2421.
20. Lara MO, Brito MJM, Rezende LC. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. *Rev. esc. enferm. USP.* 2012; 46(3):673-680.
21. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate.* 2020; 44(126):895-901.
22. Popay J. Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editores. *Health Assets in a Global Context.* New York; Springer; 2010.
23. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat. Hum. Behav.* 2020; 4(5):460-471.
24. Moura ECC, Lopez V, Soares SF. Informações epidemiológicas sobre a Covid-19: influência da cibercultura no engajamento popular às medidas de controle. *Cogitare enferm.* 2020; (25):e74566.
25. World Health Organization. Role of community engagement in situations of extensive Community transmission of COVID-19. [acesso em 2020 maio 16]. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/14521/WPR-DSE-2020-016-eng.pdf>.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes sociais e COVID-19: a contribuição da BIREME. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: [https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com\\_content&view=article&id=479:redes-sociais-e-covid-19-a-contribuicao-da-bireme&Itemid=183&lang=pt](https://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=479:redes-sociais-e-covid-19-a-contribuicao-da-bireme&Itemid=183&lang=pt).
27. World Health Organization. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. [acesso em 2020 jul 4]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331975/WHO-2019-nCoV-Comm\\_health\\_care-2020.1-eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331975/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1-eng.pdf).
28. Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2010 [acesso em 2020 jul 4]; 28(6):446-55. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n6/446-455>.
29. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Prevention of COVID-19 among high-risk individuals in urban settings. [acesso em 2020 jul 4]. Disponível em: <https://jhchh.brightspotcdn.com/b1/1c/53c06ddc4ad48d7adalf81fe6cd1/35726.pdf>.
30. Pérez Riverol A. The Cuban strategy for combating COVID-19. *Medicc rev.* 2020 [acesso em 2020 jul 4]; 22(3):64-p68. Disponível em: <https://mediccreview.org/the-cuban-strategy-for-combatting-the-covid-19-pandemic/>.
31. Rede Nacional de Mobilização Social. Sociedade Civil e combate ao Coronavírus (COVID-19). [acesso em 2020 jul 4]. Disponível em: <http://coepbrasil.org.br/iniciativas-da-sociedade-civil-no-combate-ao-coronavirus/>.
32. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Mental Health and Psychosocial Support for Staff, Volunteers and Communities in an Outbreak of Novel Coronavirus. Hong Kong: IFRC; 2020. [acesso em 2020 ago 14]. Disponível em: <https://>

- pscentre.org/wp-content/uploads/2020/02/MHPSS-in-nCoV-2020\_ENG-1.pdf
33. Alvarez-Risco A, Mejia CR, Delgado-Zegarra J, et al. The Peru Approach against the COVID-19 Infodemic: Insights and Strategies. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 2020 [acesso em 2020 ago 14]; (1):1-4. Disponível em: <http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.20-0536#cite>.
  34. Abbott PA, Barbosa SF. Usando tecnologia da informação e mobilização social para combater doenças. *Acta paul. Enferm.* 2015; 28(1):1.
  35. Hayllar MR. Governance and Community Engagement in Managing SARS in Hong Kong. *Asian Journal of Political Science.* 2007; 15(1):39-67.
  36. Millett GA, Jones AT, Benkeser D, et al. Assessing differential impacts of COVID-19 on black communities. *Ann Epidemiol.* 2020; (47):37-44.
  37. Laurencin CT, McClinton A. The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2020 [acesso em 2020 ago 14]; 7(3):398-402. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-020-00756-0>.
  38. Amir-Behghadami M, Gholizadeh M. Electronic screening through community engagement: a national strategic plan to find COVID-19 patients and reduce clinical intervention delays. *Infection Contr. Hospital Epid.* 2020 [acesso em 2020 ago 14]; 41(12):1476-1478. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7218181/>.
  39. Timothy A, Karen A, Adan I, et al. COVID-19-related knowledge, attitudes, and practices in urban slums in Nairobi, Kenya. *Population council.* [acesso em 2020 maio 12]. Disponível em: <https://www.popcouncil.org/research/covid-19-related-knowledge-attitudes-and-practices-in-urban-slums-in-nairob>.
  40. Pires RRC. Repositório de conhecimento do IPEA. Os Efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da Covid-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Brasília, DF: IPEA; 2020. [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT\\_33\\_Diest\\_Os%20Efeitos%20Sobre%20Grupos%20Sociais%20e%20Territ%20c3%b3rios%20Vulnerabilizados.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9839/1/NT_33_Diest_Os%20Efeitos%20Sobre%20Grupos%20Sociais%20e%20Territ%20c3%b3rios%20Vulnerabilizados.pdf).
  41. Bardi G, Bezzera W, Monzeli G, et al. Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social. *Rev. Inter. Bras. Terapia Ocupacional.* 2020; 4(3):496-508.
  42. Santos HLPC, Maciel FBM, Santos KR, et al. Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(supl2):4211-4224.
  43. Devakumar D, Shannon G, Bhopal SS, et al. Racism and discrimination in COVID-19 responses. *Lancet.* 2020; 395(10231):1194.
  44. Atchimson C, Bowman L, Vrinten C, et al. Early perceptions and behavioural responses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of UK adults. *BMJ Open.* 2021; 11(1):e043577.
  45. Makoni M. Africa prepares for coronavirus. *The Lancet.* 2020; 395(10223):483.
  46. Intervezes. Entidades lançam manifesto por transparência e garantia de participação social no Congresso Nacional. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <https://intervezes.org.br/entidades-lancam-manifesto-por-transparencia-e-garantia-de-participacao-social-nas-deliberacoes-do-congresso-nacional-durante-a-pandemia-do-covid-19/>.
  47. Periferia Viva. Força Tarefa Covid-19. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <http://periferiaviva.org.br/>.
  48. Articulation Feminista Marcosur. Movimentos sociais e populares formam redes de solidariedade para enfrentar o coronavírus. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <https://www.mujeresdelsur-afm.org/movimentos-sociais-populares-redes-solidariedade-coronavirus-covid19/>.

49. Rede Nacional de Mobilização Social. Canais de mobilização. [acesso em 2020 dez 15]. Disponível em: <http://coepbrasil.org.br/coronavirus-nacional/>.
50. Ribeiro L. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 1989; 5(3):264-275.
51. Kadri MR, Schweickardt JCr. As Organizações da Sociedade Civil não enfrentam AIDS no Amazonas, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(5):1331-1339.
52. Victora CG, Barreto ML, do Carmo LM, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377(9782):2042-2053.
53. Fundação Oswaldo Cruz. Uma reflexão coletiva sobre a organização dos caminhos da luta das favelas e periferias. Roda de Conversa com Articuladores Locais de Favelas e Periferias. In: *Movimentos sociais se reúnem para discutir as lutas das favelas e periferias*. Radar Favela. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2020.
54. Lole A, Stampa I, Gomes RLR. Para além da quarentena: reflexões sobre crise e pandemia. Rio de Janeiro: Morula editorial; 2020.
55. Alves JCS. Chame a milícia: O Estado e a violência em tempos de coronavírus. *Dilemas: Rev. Estud. Conflito Contr. Soc.* 2020 [acesso em 2020 dez 15]; 1-7. Disponível em: <https://www.reflexpandemia.org/texto-8>.
56. Couto VA, Beato CF. “Milícias: O crime organizado por meio de uma análise das redes sociais”. *Rev. Bras. Soc.* 2019; 7(17):201-221.
57. Pereira M. Da governança à governança territorial colaborativa: uma agenda para o futuro do desenvolvimento regional. *Desenv. Reg. Debate*. 2013; 3(2):52-65.
58. Andion C. Civil society mobilization in coping with the effects of COVID-19 in Brazil. *Rev. Adm. Pública*. 2020; 54(4):936-951.
59. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento a pandemia de COVID-19. [acesso em 2020 jun 5]. Disponível em: <https://frentepelevida.org.br/>.

---

Recebido em 21/08/2020  
Aprovado em 30/03/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# El papel de la atención primaria en Guatemala para la Covid-19: límites y potencialidades

## *Guatemala's primary healthcare role in Covid-19: limits and potentialities*

Cristian David Osorio Figueroa<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113016

**RESUMEN** El presente ensayo buscó describir el rol de la Atención Primaria en Salud (APS) en Guatemala en la implementación de políticas públicas para la contención de la pandemia, y discutir sus límites y potencialidades. Fueron utilizadas fuentes oficiales de gobierno, cotejadas con experiencias internacionales y literatura científica sobre APS. Inicialmente se describieron el contexto sociodemográfico y el sistema de salud guatemalteco y las principales medidas gubernamentales para contener la Covid-19. Para analizar el papel de la APS se seleccionaron cuatro líneas de análisis: abordaje de la vulnerabilidad social, coordinación del cuidado, vigilancia epidemiológica y promoción e intersectorialidad en salud. Se discuten las dificultades históricas del sistema de salud guatemalteco, que repercuten en la gestión de la pandemia con enfoque hospitalario, inversión temporal, medidas flexibles de aislamiento social y ausencia de diálogo con la población. La experiencia internacional indica que la APS territorializada, con adscripción poblacional, tiene impacto en la disminución de las inequidades, en la coordinación del cuidado para promoción de la salud, en el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y en el incremento de la intersectorialidad. Guatemala debe reconocer las potencialidades de la APS para realizar reformas estructurales y organizacionales con perspectiva intercultural, de género, participación social e intersectorialidad.

**PALABRAS-CLAVE** Atención Primaria de Salud. Infecciones por coronavirus. Guatemala. Pandemias.

**ABSTRACT** *The present essay sought to describe the role of Primary Healthcare (PHC) in Guatemala, discussing its limits and potentialities at public policies implementation to contain the Covid-19 pandemic. Official government sources were compared to international experiences and scientific literature on PHC. A socio-demographic characterization and health system description were made, followed by stating the government's measures to contain the pandemic. It proposes four lines to analyze the role of PHC: addressing social vulnerability, care coordination, epidemiological surveillance, and health promotion and intersectionality. It discusses the historical deficiencies of the Guatemalan health system affecting the pandemic's management, characterized by a hospital-centered approach, temporary investment, flexible social distancing strategies, and the lack of dialogue with the population. International experience indicates that territorialized PHC with population assignment has an impact on reducing inequities, coordinating care for health promotion, strengthening epidemiological surveillance systems, and increasing intersectionality. Guatemala must recognize the potential of PHC to carry out structural and organizational reforms with intercultural, gender equity, social, and intersectional perspectives.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Coronavirus infections. Guatemala. Pandemics.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. [drcriosoriofigueroa@gmail.com](mailto:drcriosoriofigueroa@gmail.com)



## Introducción

El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara pandemia la enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19), cuyo agente etiológico es el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (Sars-CoV2), la cual puede presentarse con amplia variabilidad clínica desde una forma asintomática hasta una forma grave que requiere soporte ventilatorio<sup>1</sup>. Actualmente se considera que el 40% posee síntomas leves, 40% moderados, 15% graves y 5% pueden avanzar a un estado crítico<sup>2</sup>. Al encontrarse aún sin tratamiento definido o vacuna y dada su alta transmisibilidad, las políticas para su enfrentamiento se basaron, aunque con diferentes matices, en estrategias de aislamiento físico, fortalecimiento de los sistemas de salud, programas de protección social para grupos vulnerables y políticas para la contención de consecuencias económicas derivadas de las medidas tomadas<sup>3,4</sup>.

El aporte de la determinación social de la salud permite incluir en la matriz analítica las dimensiones de orden política, social, económica, cultural y ecológica, y cuestiona los supuestos que generalizan o disminuyen la relevancia de procesos históricos, contextos, territorios, colectivos y sujetos en el entendimiento de fenómenos como pobreza y enfermedad<sup>5</sup>. Siendo esto necesario para comprender la respuesta del sistema de salud más allá de la expresión individual de las enfermedades.

Ampliar la comprensión del problema desde un pensamiento complejo genera nuevas respuestas de construcción participativa, transdisciplinaria e intercultural y en relación con el desarrollo económico y sociocultural del país<sup>6,7</sup>. Por ello, la Atención Primaria en Salud (APS), en su definición amplia, se presenta como un eje de análisis ideal sobre el abordaje de la pandemia.

Desde la firma de la declaración de Alma Ata, la estrategia de la APS es sugerida como el camino adecuado para el fortalecimiento

de los sistemas sanitarios, la reducción de las inequidades y la incidencia sobre la determinación de la salud<sup>8</sup>. La estrategia se destaca dado que la pandemia ha exacerbado la condición de vulnerabilidad en América Latina, especialmente de pueblos originarios, mujeres, personas en situación de calle, poblaciones con discapacidad, moradores de asentamientos urbanos precarios, personas en trabajo informal y de la tercera edad<sup>9</sup>.

La pandemia puso bajo presión a los sistemas de salud, su capacidad instalada de camas hospitalarias, acceso a unidades de cuidado intensivo y ventiladores<sup>10</sup>. Al mismo tiempo, otros retos fueron impuestos como la manutención de oferta regular de atención, sistemas de vigilancia para detección de casos en las comunidades y población en condición de vulnerabilidad exacerbada por las medidas de aislamiento social. De hecho, el fracaso de la gestión centrada en las medidas hospitalocéntricas requirió su modificación a un enfoque comunitario<sup>11</sup>, para lo cual, la reorganización de las actividades de la APS alrededor del mundo ha sido fundamental para una respuesta efectiva<sup>12</sup>.

El presente ensayo tiene por objetivo describir las principales políticas públicas en Guatemala para el combate a la pandemia por Sars-CoV2 e identificar el papel otorgado a la APS. Para ello fueron seleccionados cuatro ejes de análisis: abordaje de la vulnerabilidad social, coordinación del cuidado, vigilancia epidemiológica y promoción e intersectorialidad en salud, apuntando límites y potencialidades. Para la realización del texto se hizo énfasis en fuentes oficiales del gobierno. Aquellas medidas no publicadas en documentos oficiales se obtuvieron de fuentes periodísticas e informes de la sociedad civil. Inicialmente se exhibe el contexto sociodemográfico guatemalteco y su sistema de salud, para posteriormente presentar cada uno de los ejes de análisis seleccionados, cotejando con la literatura especializada en APS y experiencias internacionales, y concluir presentando las consideraciones finales.

## Contexto sociodemográfico guatemalteco

Guatemala es el país más poblado de América Central. Su población se encuentra conformada por cuatro pueblos: maya, xinca, garífuna y mestizo. Entre los cuales, los mayas representan el 41% de la población divididos en 22 comunidades sociolingüísticas<sup>13</sup> lo que le confiere al país un carácter multilingüe con 25 idiomas en total.

Aunque posee el mayor crecimiento económico de la región centroamericana, su riqueza lingüística y cultural no se refleja de forma equitativa, de hecho, es uno de los países más desiguales de América Latina. Estas desigualdades se profundizan en áreas rurales y entre mujeres mayas, en un contexto de falta de acceso a servicios de salud, a seguridad

alimentaria, educación, empleo digno, vivienda y servicios básicos; de hecho, el 60% de la población guatemalteca es multidimensionalmente pobre y esto aumenta a un 80% en comunidades mayas<sup>14</sup>.

La experiencia del país en incidir sobre la determinación social de la salud no ha sido prioridad desde el punto de vista del gasto social. De hecho, es el segundo más bajo de América Latina con tan sólo el 7% del PIB y un promedio per cápita destinado a programas sociales equivalente a 230 dólares. De los cuales, el 42.3% se destina a educación, 18.2% a programas de protección social y 15.3% a salud. El resto se distribuye en vivienda y servicios comunitarios, recreación y medio ambiente<sup>15</sup>. Otras características sociodemográficas se resumen en la *tabla 1*<sup>13,16-23</sup>.

Tabla 1. Variables sociodemográficas, sanitarias y nutricionales de Guatemala

Dimensión	Variables	2015	2018
Demografía	Población total (millones)	12.2 (2002)	14.9
	Población 15-64 años (%)	52.8	61.0
	Población maya (%)	s.d*	41.7
	Población mestiza (%)	59.0*	56.0
	Tasa de fecundidad (hijos por mujer)	3.4 (2010)	3.8
Educación	Tasa ajustada de matrícula neta, primaria (% de niños en edad de escuela primaria)	87.8	89.2
	Persistence to last grade of primary, total (% of cohort) - Guatemala	78.3 (2016)	71.8
Empleo	Población en trabajo informal (%)	77 (2013)	
Salud	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1000)	23.7	21.4
	Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1000)	28.3	25.4
	Razón de mortalidad materna (por cada 100000) (indígena; no indígena)	79.3; 138.9	sin dato
	Gasto en salud en % del PIB	5.9	5.7
	Gasto de bolsillo (% de los gastos actuales en salud)	55.7	57.5
	Gasto gubernamental (% de los gastos actuales en salud; % del PIB)	37.9; 2	36.0; 2
	Camas hospitalarias (por cada 1000)	0.58	0.44 (2017)
Profesionales de medicina (por cada 1000)	0.904 (2009)	0.355	
Personal de enfermería (por cada 1000)	0.054	0.074	

Tabla 1. (cont.)

Dimensión	VARIABLES	2015	2018
Nutrición	Inseguridad alimentaria grave (%)	14.3 (2014)	16.4
	Inseguridad alimentaria moderada a grave (%)	s.d.	43.6
Pobreza multidimensional	Índice de pobreza multidimensional (% general; % maya)	s.d.	60%; 80%
Desarrollo humano	Índice de Desarrollo Humano (índice; clasificación)	0,627; medio	0.651; medio
	Índice de Desarrollo Humano ajustado por desigualdad	0.443	0.472
	Coeficiente de GINI	48.3	48.3
	Índice de desigualdad de género (valor; puesto)	0.533; 119	0.492; 118

Fuente: Elaboración propia<sup>13,16-23</sup>.

\*Censo 2002 realizó clasificación en indígena y no indígena sin desagregación por pueblo.

## Caracterización del sistema de salud guatemalteco

El sistema de salud de Guatemala se caracteriza por ser altamente segmentado (*cuadro 1*<sup>24-26</sup>), con falta de coordinación y articulación en la prestación de servicios de salud por las distintas instituciones del Estado y el sector

privado. El sector público incluye, primero, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual brinda atención al 70% de la población por medio de tres niveles de atención<sup>24</sup>. En segundo lugar, el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS) con una cobertura del 20% de la población, principalmente urbana y del sector de servicios<sup>27</sup>.

Cuadro 1. Caracterización del sistema de salud guatemalteco por subsector

Subsector	Prestador de servicios	Población usuaria	Financiamiento
Subsector público	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Población general (usualmente población en situación de vulnerabilidad social)	Impuestos, préstamos o donaciones
	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Población afiliada (trabajo formal)	Contribuciones patronales y de afiliados
	Hospitales militares y policiales	Fuerzas de seguridad	Presupuesto asignado
	Municipalidades	Población local	Presupuesto municipal
Subsector privado	Privados no lucrativos	Población general (usualmente población en situación de vulnerabilidad social)	Cooperación externa, donaciones
	Privados lucrativos	Población con capacidad de pago	Pago directo de bolsillo, aseguramiento privado
Subsector comunitario	Modelo de medicina Maya	Población abierta	Pago directo de bolsillo o en especie
	Otros modelos alternativos	Población abierta	Pago directo de bolsillo o en especie
	Modelo de autoatención	Familiares	Sin pago

Fuente: Elaboración propia<sup>24-26</sup>.

La organización de la atención evidencia una alta fragmentación institucional, con la existencia de 20 programas verticales focalizados en enfermedades, riesgos, poblaciones específicas, cuidados episódicos agudos y atención hospitalaria, con ausencia de un modelo de atención integral, continuo e integrado<sup>28</sup>.

El gasto público en salud representa el 1.7% del PIB, y a pesar del contexto de pobreza, el 57.5% del gasto de salud proviene de bolsillo<sup>15</sup>, pudiendo repercutir en gastos catastróficos para las familias. La falta de inversión proviene de la reforma de ajuste estructural de los años 90. Durante ese periodo se inició la tercerización de la atención a organizaciones no gubernamentales por medio del Programa de Extensión de Cobertura que consistió en una modalidad de APS selectiva, que prestaba atención por paquetes básicos de servicios en jornadas médicas discontinuas<sup>29</sup>. Al mismo tiempo, no ha existido inversión en talento humano ni en el fortalecimiento de la red de atención<sup>28</sup>.

Respecto a la atención primaria, se calcula que posee una brecha de 6,000 puestos de salud y 2,000 centros de salud, con problemas recurrentes como ausencia de medicamentos, débil capacidad resolutoria y ausencia de una red de cuidados intermedios para atención ambulatoria<sup>25</sup>. En los puestos de salud, la atención en el área rural es llevada a cabo por personal técnico de enfermería con formación de un año, sin apoyo en red y sin la debida valorización. La disponibilidad de recursos humanos es escasa y no responde a las necesidades identificadas en el perfil epidemiológico y demográfico del país, presentando alta concentración en áreas urbanas<sup>30</sup>.

La APS se ve debilitada en términos de financiamiento, debido a la preeminencia presupuestaria del sector hospitalario, el cual ocupa el 60% del presupuesto del Ministerio de Salud. Adicionalmente, existen inequidades en la distribución de los recursos ya que ante los 44 hospitales que posee el país, el 36% del presupuesto hospitalario se destina únicamente a dos centros ubicados en la capital<sup>31,32</sup>. Como consecuencia, los centros hospitalarios

ubicados en otros departamentos del país, poseen una baja capacidad de resolución por ausencia de especialistas, cuidados intensivos y tecnología diagnóstica, una limitada capacidad instalada de camas (0.6 camas por cada 1,000 habitantes<sup>33</sup>) y menos de 300 unidades de cuidados intensivos<sup>9</sup> a nivel nacional.

En el 2017, se realizó el único ejercicio de crear territorios para establecer zonas de adscripción poblacional. Para ello se dividió el país en sectores conformados por comunidades y familias, y fueron proyectados un total de 2,679<sup>34</sup>. Sin embargo, no se dio continuidad al fortalecimiento de la infraestructura o asignación de equipos para la atención<sup>35</sup>, regresando nuevamente a la prestación de atención por paquetes básicos.

Estudios de antropología en salud<sup>25,36,37</sup> caracterizan en el ámbito comunitario los sistemas de salud maya, garífunas, xincas y populares (en referencia al pueblo mestizo), con amplia presencia en el territorio nacional y modalidades de atención colectivas, familiares e individuales.

## Medidas sociales y económicas en respuesta a la pandemia por Covid-19 en Guatemala

El 13 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso en Guatemala por el Sars-CoV2 y desde entonces se comenzaron a implementar una serie de medidas de contención parecidas a las realizadas por otros países. Entre ellas, la restricción de la interacción social por medio de suspensión de actividades sociales, clases en todos los niveles educativos, eventos religiosos y públicos y ferias patronales. También se suspendió el transporte público tanto urbano como extraurbano, que conecta los diferentes municipios del país. Entre las excepciones se encontraban los sectores de salud, alimentario, de seguridad, energético, telecomunicaciones, comercios y servicios básicos. Sin

un instrumento legal de amparo se instó a que quienes pudieran trabajar en sus casas de manera virtual lo hicieran<sup>38</sup>. Posteriormente, las medidas serían flexibilizadas.

Debido a la presión ejercida por la pandemia, a las recomendaciones internacionales<sup>39</sup> y a la sociedad civil organizada, fueron aprobados en el Congreso de Guatemala, diez programas y su respectivo financiamiento por medio de préstamos, con el objetivo de cubrir a las poblaciones en condición de vulnerabilidad. Estos básicamente consisten en suspensión de contratos laborales, bono único al comercio popular (US\$130), fondo de crédito de capital de trabajo para empresas afectadas por la crisis, bono salarial para el personal de salud, subsidio parcial al pago de energía eléctrica, ampliación del programa de aporte económico al adulto mayor, bono familiar (US\$130 mensuales por tres meses), dos programas de ayuda alimentaria directa (uno proveniente de donación internacional) y el programa de alimentación escolar que otorga una cesta alimentaria con un valor aproximado a US\$7.30<sup>40</sup>.

La formulación de políticas públicas ocupó el tiempo-espacio de las vidas humanas, con fuertes impactos en las prácticas de salud diferenciadas sobre las personas, en particular aquellos grupos vulnerables. Funcionaron así, como dispositivos biopolíticos centrados en los cuerpos y únicamente en el virus ignorando todo el contexto, la interculturalidad y la perspectiva de género<sup>5</sup>.

Por ejemplo, las medidas de restricción de transporte público trajeron gastos catastróficos como consecuencia de la necesidad de contratación de transporte privado para la movilización, aumento de precios en los alimentos, atraso de ayuda humanitaria y largas caminatas para comprar en los mercados autorizados<sup>41</sup>.

Además, el flujo de migración interna, principalmente de mujeres indígenas al sector de maquilas, se vio afectado por despidos y, ante la falta de protección social del trabajo doméstico, este pasó a darse en situación de reclusión

lo cual implica largas jornadas laborales sin mejora salarial y oportunidad de recreación<sup>42</sup>. Por su parte, la población trans cuyas fuentes de ingresos provienen de negocios informales o de trabajo sexual, ambos paralizados, se vio sin ninguna política de protección social específica<sup>43</sup>.

Durante el periodo de confinamiento la violencia intrafamiliar se agravó<sup>44</sup> y el número de embarazos en niñas y adolescentes se duplicó en comparación con el año 2019<sup>45</sup>, mientras que la desnutrición y la inseguridad alimentaria se triplicaron<sup>41</sup>. Las brechas de género en el cuidado reproductivo han aumentado, debido al trabajo doméstico y educativo, y dejando a las mujeres con el rol de velar por la contención del contagio<sup>44</sup>. Además, la proliferación de permisos otorgados a empresas para continuar su funcionamiento con jornadas laborales reducidas permitió la proliferación de personas en las calles y tráfico como en cualquier día antes de la pandemia<sup>9</sup>.

## Medidas para el fortalecimiento de la atención en el contexto por Covid-19 en Guatemala

En Guatemala, la estrategia adoptada por el gobierno para aumentar la capacidad resolutive del sistema de salud fue la creación de un hospital de campaña con capacidad de 3000 camas, que sería el mayor de Centroamérica y en la práctica fue montado por donaciones del sector privado. Este hospital sería dotado de talento humano para la atención de casos moderados y con camas de cuidados intensivos. Al comenzar su funcionamiento, la ausencia de planificación fue desnudada, no contaba con aspectos logísticos para la alimentación, limpieza y servicios básicos de higiene y agua potable para las personas internadas<sup>46</sup>.

Aunque los países optaron por fortalecer sus sistemas públicos de salud con valorización de la APS, en Guatemala se aprobó el Programa

Seguro Médico Escolar para estudiantes de nivel pre-primaria y primaria en centros educativos públicos, con un costo de 200 millones de quetzales<sup>47</sup> para atención médica y farmacéutica por enfermedad común y accidente. Además, se implementaron *kits* de medicamentos para pacientes leves sin protocolos oficiales de monitoreo remoto, como parte de la estrategia para la APS<sup>48</sup>, con medicamentos de limitada evidencia como la ivermectina<sup>49</sup>. La ejecución presupuestaria de los recursos que serían destinados para el fortalecimiento de la red de atención fue del 4%<sup>50</sup>.

En el contexto guatemalteco el sistema de vigilancia epidemiológica es débil dado su corto alcance y el sistema de información no permite tomar decisiones pues su orientación es hacia la producción. La capacidad de testeo ha sido limitada y centralizada en grandes centros urbanos con lo cual la magnitud del flujo de circulación del virus es desconocida. La abertura de las actividades comerciales y económicas debería acompañarse de una vigilancia activa de casos.

No existen programas para investigación y desarrollo. De hecho, el valor dado a los números en detrimento del valor dado a la vida coloca uno de los cuadros más perversos, estableciendo metas que se reducen a la productividad, sin mecanismos de impacto sobre el proceso de atención y sus efectos en términos de acceso, equidad e integralidad<sup>51</sup>.

## Atención Primaria en Salud y vulnerabilidad social

Ante los efectos de las políticas implementadas, diferenciados según población y territorio, el potencial de la APS sería fundamental, debido al conocimiento de las comunidades, familias e individuos para buscar alternativas y soluciones intersectoriales para reducir las consecuencias. Existe suficiente evidencia para decir que sistemas de salud con APS fuerte, poseen menores inequidades en salud, mayor conocimiento de su población y territorio así

como de los problemas a los cuales se enfrentan<sup>52</sup>, y consecuentemente pueden funcionar en sinergia con otros sectores para potenciar mejores condiciones de vida de forma participativa y emancipatoria<sup>7</sup>.

De hecho, la APS se estableció como una estrategia fundamental de la pandemia por organismos internacionales a raíz de las experiencias en diversos países europeos. La responsabilidad por la coordinación y la continuidad de la atención, la ampliación de la vigilancia epidemiológica, la interrupción de cadenas de transmisión del virus, la protección de grupos vulnerables y la oferta de soporte emocional y psicosocial fueron atribuciones de la APS durante la pandemia<sup>53</sup>.

Dentro de las cinco respuestas que formaron parte del plan para la atención primaria en Australia, una de ellas se enfocó específicamente en la protección de población vulnerable, por medio de su identificación, rastreo y seguimiento. Entre ella estaban la población indígena, personas de la tercera edad y población en situación de calle<sup>54</sup>. Mientras tanto otros países readaptaron sus actividades para dar continuidad al seguimiento de su población adscrita y reforzar cuidados, con desafíos impuestos por la alta demanda y las desigualdades al acceso a la tecnología<sup>55</sup>.

La organización de las prácticas y acciones en salud desde la perspectiva de la integralidad y territorialización del cuidado es fundamental para lograr la articulación de acciones intersectoriales de base local<sup>56</sup>, considerando la diversidad de contextos y vulnerabilidades. El uso del territorio permite abordar las interacciones humanas-ecológicas desde una perspectiva positiva de la salud, ya que históricamente el territorio ha sido relegado a un espacio exclusivo para la atención a la enfermedad<sup>57</sup>, sin embargo, al ampliar el propio concepto también se impacta el campo de posibilidades de intervención de la APS.

Existen varias limitaciones para una atención integral, territorializada y con población adscrita en Guatemala; principalmente su baja cobertura y ausencia de mecanismos

de adscripción poblacional. De ese modo las tareas de pensar en la territorialización como eje organizador e integrador de prácticas de salud que promuevan el actuar intersectorial, la participación social y la adecuación a las características socioculturales y sanitarias, con identificación de las poblaciones vulnerables para su protección; y de garantizar el acceso a una atención integrada e integral, se hacen difíciles en un contexto de baja accesibilidad y desfinanciamiento histórico de la APS en Guatemala.

## Coordinación del cuidado por la APS

Ante la visibilidad mediática sobre medidas de aislamiento físico y las estadísticas sobre el número de casos, mortalidad, letalidad y número de camas de cuidados intensivos, otras estrategias adoptadas por los sistemas sanitarios quedaron invisibilizadas. Por ejemplo, experiencias exitosas tanto en países europeos<sup>53</sup> como en América Latina<sup>58</sup>, muestran que el papel de la APS en la coordinación, vigilancia, gestión del riesgo y conexión con mecanismos de gobernanza regionales, fueron fundamentales para una respuesta adecuada.

La coordinación del cuidado y la integración de la red de servicios de salud ya era apuntada como una necesidad<sup>59</sup> para países que lograron responder mejor al contexto pandémico, como Nueva Zelanda. La APS cumplió un papel importante de protección inclusive para la atención de casos asintomáticos, visitas domiciliarias y seguimiento de casos<sup>55</sup>, garantizando así la capacidad resolutoria a nivel local para evitar al máximo el desplazamiento hacia hospitales, lo cual es fundamental dada la alta transmisibilidad del virus. Evitar la pérdida de la continuidad de la atención y mantener actividades esenciales fue colocado como otro elemento fundamental<sup>53</sup> para la estrategia de atención primaria.

En esos países, el fortalecimiento de la APS fue una prioridad puesta en marcha, inclusive

junto a mecanismos de coordinación única entre público y privado, aumento expresivo del gasto en salud y eliminación de copagos<sup>53</sup>. La lógica de la reducción del gasto y de la racionalización de los servicios de salud provocada por la crisis del 2008<sup>60</sup>, muestra que en los países de la Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) en un escenario pre-pandemia ya se veía poca eficiencia, baja e inefectiva capacidad de respuesta e inequidad en el acceso a la atención primaria<sup>52</sup>, lo cual requirió mecanismos de reversión en el contexto pandémico.

Italia, donde el efecto del Covid fue dramático<sup>61</sup>, durante 2010-2019, comenzó un proceso de privatización progresivo con pérdidas substantivas de financiamiento y personal de salud<sup>62</sup>. España, un sistema de salud bien evaluado, venía con una década de austeridad que redujo el talento humano y la capacidad del sistema de salud. Inclusive la ausencia de mecanismos de coordinación y la débil vigilancia epidemiológica fueron apuntados como causales de la falta de preparación española para atender las demandas de la pandemia, junto al desfinanciamiento<sup>63</sup>.

Estudios en Brasil con otras patologías<sup>64</sup> muestran que un factor que afecta la búsqueda de servicios de salud es la condición socioeconómica. Considerando el contexto de Guatemala y los niveles de pobreza y falta de acceso a servicios de salud, una de cada 4 personas prefiere automedicarse<sup>65</sup>, lo cual podría aumentar la subnotificación, registrándose solamente los casos de gravedad que llegan a centros hospitalarios. La ausencia de servicios ambulatorios, el cierre de las consultas externas y una baja capacidad de respuesta de urgencias, representan un riesgo para el seguimiento de casos crónicos y sus consecuentes complicaciones en el contexto pandémico. Con todo esto, se perciben obstáculos estructurales y coyunturales para consolidar la APS como coordinadora y ordenadora del cuidado.

Por su parte, contrario a las recomendaciones<sup>66</sup>, el papel de la APS guatemalteca no se encuentra en protocolos oficiales, quedando

así sin oportunidad de presentarse como una estrategia eficaz para la coordinación de la atención, la cual fue dirigida a los hospitales. La gestión del talento humano no se acompañó de un mapeo de disponibilidad, necesidades y brechas para ser completadas, sea por mecanismos de reclutamiento o de reorganización. La contratación ha sido irregular e inclusive algunos están ejerciendo labores sin contratación ni remuneración. La falta de dotación de equipos de protección personal ha sido un factor de riesgo tanto para el personal hospitalario como para el de la atención primaria, incluso provocando la muerte de personal de salud, aunque declaraciones gubernamentales atribuyan estas muertes a relajar las medidas fuera del horario laboral<sup>67</sup>.

## Atención Primaria en Salud y vigilancia epidemiológica

Un programa de vigilancia para la toma de decisiones por medio de un flujo de información donde sea la APS la involucrada, puede ser útil para la reducción de nuevas infecciones en las comunidades<sup>68</sup>. Además de notificar y detectar nuevos casos, es importante el acompañamiento y el aislamiento de casos y contactos<sup>69</sup>, cuidando y considerando las vulnerabilidades de dichas personas. Sin embargo, la capacidad de testeo en Guatemala ha sido limitada.

El potencial de los agentes comunitarios en salud por su capacidad de interlocución y transmisión de mensajes informativos, claros y concisos, ha sido identificado<sup>70</sup>. Esto, considerado en el contexto guatemalteco bajo otras modalidades de acuerdo con su modelo de atención, tendría un potencial enorme dado el contexto de diversidad sociolingüística, donde las personas podrían recibir información en su idioma, de una forma cercana y considerando su realidad local.

Idealmente el sistema de vigilancia debe centrarse en los intereses de los pueblos, con tres subsistemas de monitoreo crítico, reacción inmediata y participación comunicativa con carácter

participativo<sup>71</sup> y con vigilancia sociocultural de la salud<sup>69</sup>. Sin embargo, en Guatemala el ejercicio del biopoder por medio de la utilización de fuerzas militares ha sido una constante, con creación de cordones sanitarios por personal militar y policial para garantizar la permanencia de las personas en sus casas, durante los primeros casos por Covid-19.

Aunque parece imposible revertir años de desfinanciamiento y del modelo de atención en plena crisis en países como Guatemala, quizás sería importante tomar lecciones de países como Sierra Leona que aún con epidemia de Ébola lograron reducir la pobreza multidimensional fortaleciendo su institucionalidad pública<sup>70</sup>.

## Promoción e intersectorialidad en salud

El papel de un sistema basado en APS exige nuevas estrategias de gobernanza para garantizar cambios en la gestión institucional y en el acompañamiento de resultados, donde las comunidades desempeñan un papel fundamental, tanto en la elaboración como en la implementación de políticas, fomentando el empoderamiento de sujetos individuales y colectivos en la búsqueda de la equidad<sup>71</sup>. El enfoque de género es fundamental, de hecho en situaciones de crisis humanitarias las mujeres son las que han creado mejores planes para la contención de consecuencias<sup>72</sup>.

La transparencia y el acceso a la información pública son un reto por superarse buscando mecanismos de institucionalización de estas prácticas, más allá de la existencia de arreglos institucionales como, por ejemplo, una ley específica, sino por medio de un compromiso social y cultural<sup>73</sup> de la ciudadanía en una lucha constante. Una clave importante para afrontar la pandemia ha sido precisamente una política de comunicación clara, efectiva, coherente y enfocada a eliminar las informaciones falsas<sup>74</sup>, ya que comunicaciones descoordinadas o contradictorias comprometen la respuesta de implementación de políticas y la confianza

de la población hacia las políticas oficiales<sup>75</sup>.

El enfoque de promoción de la salud es fundamental como un lugar analítico y metodológico, donde el abordaje de los problemas de salud no se restringe al uso de tecnología médica, por el contrario, es una práctica social que varía de acuerdo al contexto y debe abordar las diferentes inequidades, superando algunas limitaciones como el predominio del pensamiento occidental (presente en la declaración de Ottawa), y la confusión existente entre promoción y prevención<sup>76,77</sup>.

En Guatemala, el papel de la sociedad civil organizada ha sido importante, pero deslegitimado por el gobierno. Los programas de protección social fueron implementados de forma centralizada sin mecanismos de coordinación o consulta con, por ejemplo, pueblos indígenas, mujeres, población en condición de vulnerabilidad, diversidad sexual, autoridades locales o municipales y otras. Las decisiones de restricción de movilidad y de las actividades económicas esenciales han sido modificadas conforme críticas del sector privado organizado<sup>9</sup>. Además, sin enfoque de género, el discurso oficial ha sido predominantemente masculino<sup>44</sup>.

Esto ha provocado que la implementación de los programas sociales no sea adecuada. Más de la mitad de las familias en situación de pobreza no ha recibido ningún tipo de beneficio, la forma de inscripción es engorrosa, con medios digitales para su inscripción y sin posibilidad de alcance a familias analfabetas y sin recursos<sup>9,78</sup>. No existen datos desagregados por género, condición de discapacidad u otros. Existe baja capacidad de ejecución y falta de criterios técnicos para la coordinación interministerial que requiere su operativización. Por ejemplo, el programa de alimentación posee una ejecución de 0 y del adulto mayor 5.18%, al mes de julio de 2020<sup>79</sup>.

Como parte de los comités consultivos para tomar decisiones, fue creada en mayo, dos meses después de la declaración de la pandemia, la comisión presidencial para la atención de la emergencia, en la cual participan diferentes ministerios, la secretaria de planificación

de la presidencia y un director ejecutivo cuyo perfil es de médico epidemiólogo<sup>80</sup>. Al no contar con una estrategia de comunicación definida, tanto el comisionado, como el presidente y el ministerio, realizan declaraciones, en algunos casos contradictorias y de forma confusa. Además, la estrategia de comunicación no ha sido adaptada culturalmente.

Según declaraciones oficiales se ha dicho que el mejor camino es la reapertura de la economía y que será necesario acostumbrarse a vivir con el virus, bajo la nueva normalidad, lo que no es más que continuar las exigencias del neoliberalismo, invisibilizando las inequidades, la precarización del trabajo y sobre todo la pérdida de vidas humanas.

Esto indica que además de formas negacionistas, también es posible ejercer el poder para racionalizar la economía y la sociedad defendiendo los grandes intereses corporativos y las necesidades estratégicas del capital, asumiendo como propio el positivismo como ciencia, y rechazando toda forma de ciencia crítica<sup>81</sup>. El papel de la comisión presidencial muestra que inclusive académicos viven engañados al pensar que por tener fines legítimos pueden realizar una epidemiología liberadora, centrando sus denuncias, por medio de modelos matemáticos con alta precisión, en los fenómenos superficiales<sup>7(38)</sup> sin abordar las causas estructurales asociadas a los patrones de enfermedad, atención y desatención.

Esa forma de organización supone crear estrategias de responsabilización individual, transformando cada trabajador en un sujeto responsable por sus propios éxitos y fracasos, ignorando su género, su contexto social, cultural, de formación y de existencia, donde la lógica es que el mercado no puede parar y debe funcionar a pesar de todo, de mascarilla y lentes de protección, en una especie de necropolítica<sup>81</sup>.

La falta del acceso a la información sobre el número de casos, número de pruebas realizadas y bases de datos para realizar análisis independientes son una limitante para el ejercicio pleno de una ciudadanía crítica. Datos

oficiales son divulgados a través del formato de infografía y al intentar realizar búsquedas en bases de datos completas<sup>82</sup> para realizar comparaciones, proyecciones, análisis de perfil o cualquier otro tipo de análisis entre países no existen datos actualizados.

En medio de la crisis sanitaria existe una crisis política entre la destitución de autoridades ministeriales tras escándalos de corrupción y falta de transparencia de los datos. La coordinación entre el poder ejecutivo, legislativo y judicial no ha sido positiva y se ha entrecruzado con elección de magistraturas, intentos de negar información y pedir la destitución del Procurador de los Derechos Humanos y de otras instancias de la sociedad civil, como autoridades mayas y jóvenes indígenas, quienes han exigido respuestas ante las demandas de la población.

La baja capacidad de articulación con la población, aunque agudizada en este gobierno, no es sorpresa en una democracia categorizada como híbrida. De hecho, es el sexto país con el índice de democracia más bajo de América Latina y ocupa el puesto 93 a nivel global<sup>83</sup>. Mientras tanto la comunidad internacional y las comunidades locales, con las mujeres y grupos de jóvenes en redes de solidaridad, han creado programas de asistencia ante la falta de presencia del Estado.

## Consideraciones finales

La APS posee un papel fundamental para abordar crisis sanitarias como la pandemia, y para garantizar el cuidado de la población adscrita y la vigilancia en salud. Esto debe ser motivo de redireccionamiento de las acciones actuales, están centradas únicamente en el nivel hospitalario y su fortalecimiento a largo plazo, no sólo para atender el coronavirus sino como abordaje efectivo de retos futuros.

En Guatemala, la inequidad que deja en situación de vulnerabilidad a comunidades mayas, mujeres, indígenas, migrantes y disidencias sexuales, durante este periodo ha

visto incrementada la pobreza, desnutrición y la falta de acceso a servicios de salud pública, vivienda y saneamiento básico. La baja ejecución del presupuesto de salud, la creación de hospitales de campaña con donaciones y la aprobación de seguros privados alejan la idea del fortalecimiento del sistema salud y de la atención primaria.

El potencial de la APS para la participación social e intersectorialidad ha sido limitado en el país guatemalteco. La respuesta ha sido centralizada y con medidas autoritarias del gobierno, inclusive con la utilización de fuerzas armadas, sin considerar el papel de la sociedad civil en los canales de diálogo para la co-construcción en la formulación de políticas públicas y rendición de cuentas que promuevan canales abiertos, fortalecimiento de la ciudadanía y de las múltiples organizaciones sociales y ancestrales.

Tanto la experiencia internacional como la regional demuestran que la APS sigue siendo importante, a pesar del abordaje mediático a mecanismos de alta complejidad, tanto para la coordinación del cuidado, la vigilancia sanitaria y el reconocimiento de la realidad local, como para abordar las vulnerabilidades sociales y para promover mecanismos de participación social para la transformación de la determinación social de la salud.

En el contexto guatemalteco es necesario pensar que una transformación y fortalecimiento de salud no pueden aislarse del fortalecimiento democrático y de la protección social, considerando la equidad de género, la pertinencia intercultural, y un enfoque territorial y de gestión del cuidado con intervenciones familiares y comunitarias. Esto lleva a pensar en el propio papel del Estado e inclusive en una reforma sanitaria basada en la APS con aumento expresivo del acceso, financiamiento, incidencia en la calidad de vida con dignidad de sus habitantes, y formación del talento humano; todo esto bajo la óptica de la integralidad y equidad como ejes transversales para la garantía de la salud como derecho universal.

## Agradecimientos

Agradezco a la Profa. Dra. Ana Luiza Vilasbôas por la lectura crítica del manuscrito.

## Colaborador

Figuerola CDO (0000-0002-6278-8265)\* es el encargado de preparar el manuscrito. ■

---

## Referencias

- Machhi J, Herskovitz J, Senan AM, et al. The Natural History, Pathobiology, and Clinical Manifestations of SARS-CoV-2 Infections. *J Neuroimmune Pharmacol.* 2020; 15(3):359-386.
- Organização Pan-americana da Saúde Brasil, Organização Mundial da Saúde. Folha informativa COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [acceso en 2020 ago 15]. Disponible en: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875).
- Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(sup1):2423-2446.
- Peña S, Cuadrado C, Rivera-Aguirre A, et al. PoliMap: A taxonomy proposal for mapping and understanding the global policy response to COVID-19. [Preprint]. [acceso en 2020 abr 2]. Disponible en: [doi:10.31219/osf.io/h6mvs](https://doi.org/10.31219/osf.io/h6mvs).
- Gondim R. Atenção Primária à Saúde e populações vulnerabilizadas: potencialidades e contradições da atenção à saúde de pessoas em situação de rua. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: SciELO-Editora; FIOCRUZ; 2018. p. 197-230.
- Medina MG, Vilasbôas AL, Nunes C, et al. Atenção primária à saúde: reflexões sobre a política a partir da prática de pesquisa. In: Teixeira CF, organizador. *Observatório em análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações.* Salvador: EDUFBA; 2016. p. 227-265.
- Breilh J. SARS-CoV2: rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. In: Amadeo P, organizador. *Posnormales: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia.* La Plata: ASPO; 2020. p. 31-90.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OMS; OPAS; 2007.
- Shadmi E, Chen Y, Dourado I, et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. *Int J Equity Health.* 2020; 19(1).
- Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(6):1-17.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atención primaria à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(8):1-5.
12. Brasil. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Organização da APS pelo mundo durante a pandemia da COVID-19. Salvador: SSEB; 2020.
13. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda. Guatemala: INER; 2019.
14. Guatemala. Ministerio de Desarrollo Social. Iniciativa sobre la Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford (OPHD). IPMGt: Índice de pobreza multidimensional. Guatemala: MD; 2018.
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina, 2019. Santiago: CEPAL; 2019.
16. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso. New York: PNDU; 2016.
17. Organización Internacional del Trabajo. La economía informal en Centroamérica y República Dominicana: desarrollo subregional y estudios de caso. San José: Organización Internacional del Trabajo; 2013.
18. World Bank Group. World Development Indicators database. 2020. [acceso en 2020 jun 6]. Disponible en: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>.
19. Organização das Nações Unidas. Levels and Trends in Child Mortality. Geneva: ONU; 2019.
20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de país. Situación de la mortalidad materna 2014-2015. Guatemala: MSP; 2017.
21. Food and Agriculture Organization of the United Nations; Organização Pan-Americana da Saúde; World Food Programme; United Nations International Children's Emergency Fund. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago: FAO; OPAS; WFP; UNICEF; 2019. [acceso en 2020 mar 25]. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/es>.
22. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en Centroamérica y República Dominicana. Ciudad de Panamá: FAO; 2015.
23. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Informe sobre Desarrollo Humano 2019. Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. New York: PNUD; 2019.
24. Becerrill V, López L. Sistema de salud de Guatemala. *Salud Publica Mex*. 2011 [acceso en 2015 sep 18]; 53(2):s197-s208. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800015&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
25. Instituto de Salud Incluyente. El camino a la transformación del sistema público de salud: plan maestro nacional de la red de atención en salud, completando la espiral. Guatemala: Serviprensa S.A.; 2019.
26. Cerón A. Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. *Rev Hísp para el análisis redes Soc*. 2010 [acceso em 2020 oct 10]; 18(1). Disponible en: [https://digitalcommons.du.edu/anthropology\\_faculty/13](https://digitalcommons.du.edu/anthropology_faculty/13).
27. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Plan estratégico institucional 2018-2022. Guatemala: IGS; 2017.
28. Verdugo JC. La política y reforma del Sector Salud en Guatemala 1986-2000. In: Avila C, Bright R, Gutiérrez JC, et al., organizadores. Análisis sobre la Reforma del Sector Salud en Guatemala. Guatemala: USAID: HFG; 2005. p. 9-36.
29. Verdugo JC. The failures of neoliberalism: Health sector reform in Guatemala. In: Fort M, Mercer MA,

- Gish O, organizadores. *Sickness and Wealth: The Corporate Assault on Global Health*. Massachusetts: South End Press; 2004. p. 57-68.
30. Universidad Rafael Landívar; Organización Panamericana de la Salud. Información sobre recursos humanos de salud en Guatemala. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2009. [acceso en 2020 abr 1]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RH\\_GUA\\_Informe\\_RRHH\\_enero\\_2010.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/RH_GUA_Informe_RRHH_enero_2010.pdf).
  31. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cuentas Nacionales de Salud. Financiamiento de la salud en Guatemala período 1995-2014. Guatemala: MSPAS; 2015.
  32. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Financiamiento y gasto en salud. Guatemala periodo 2016-2017. Guatemala: Ministério de Salud Pública y Assistência Social; 2016.
  33. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Universidad de San Carlos de Guatemala. Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud. Guatemala; 2013. [acceso en 2020 ago 11]. Disponible en: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/evalprogra\\_instrum4\\_gua.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/evalprogra_instrum4_gua.pdf).
  34. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Segundo año de gobierno: memoria de labores 2017-2018. Guatemala: MSPAS; 2018.
  35. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención y gestión para áreas de salud. Guatemala: MSPAS; 2018.
  36. Berger-González M, Stauffacher M, Zinsstag J, et al. Transdisciplinary Research on Cancer-Healing Systems Between Biomedicine and the Maya of Guatemala. *Qual Health Res*. 2016; 26(1):77-91.
  37. Consejo Mayor de Médicos Maya'ob' por Nacimiento; Berger-González M, organizador. *Raxnaq'il Nuk'aslema: Medicina Maya'en Guatemala*. Guatemala: Iximulew; 2016.
  38. Nómada. (Liveblog): Ahora que llegamos a 176 casos en un día, Giammattei endurece medidas. Noticias y actualizaciones sobre la emergencia sanitaria relacionada al coronavirus (Covid-19) y las medidas de prevención en Guatemala. 2020 mayo 14 [acceso em 2020 jul 20]. Disponible en: <https://nomada.gt/pais/actualidad/liveblog-el-coronavirus-y-la-emergencia-sanitaria/>.
  39. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Informe CEPAL-OPS Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. [acceso em 2020 ago 11]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45840>.
  40. Pérez J. Decretos oficializan (pero no aclaran) quién recibirá la ayuda por la crisis del COVID19 | Plaza Pública. Plaza Pública. [acceso em 2020 ago 11]. Disponible en: <https://www.plazapublica.com.gt/content/decretos-oficializan-pero-no-aclaran-quien-recibir-la-ayuda-por-la-criisis-del-covid-19>.
  41. OCHA Services. Guatemala COVID-19: Informe de situación No. 05. [acceso en 2020 jul 20]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/guatemala/guatemala-covid-19-informe-de-situacion-no-05-al-08-de-junio-2020>.
  42. OCHA Services. Guatemala: COVID-19 Informe de Situación No. 04. [acceso en 2020 jul 20]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/guatemala/guatemala-covid-19-informe-de-situacion-no-04-al-30-de-abril-2020>.
  43. Matamoros W. Realidades de las mujeres trans: “los derechos humanos no pueden ser puestos en cuarentena”. Fondo Centroamericano de Mujeres. [acceso en 2020 ago 12]; Disponible en: <https://www.fcmmujeres.org/es/realidades-de-las-mujeres-trans-los-derechos-humanos-no-pueden-ser-puestos-en-cuarentena/>.
  44. Monzón AS, Peruch K. Mujeres, cuidados y violencia: consecuencias del confinamiento por la pandemia del COVID-19. Quetzaltenango: Mujeres Transformando al Mundo; 2020.

45. Observatorio en Salud Reproductiva. Monitoreo de embarazos en adolescentes entre 10 y 19 años al 20 de mayo 2020. Información y datos. [acceso en 2020 jul 10]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/monitoreo-de-embarazos-en-adolescentes-entre-10-y-19-anos-al-20-de-mayo-2020/>.
46. Flores P. Parque de la Industria sin oxígeno suficiente: fallece joven de 22 años. *Nómada Guatemala*. [acceso em 2020 ago 15]. Disponible en: <https://nomada.gt/pais/actualidad/liveblog-parque-de-la-industria-despues-de-79-dias-sin-salarios-llegan-las-primeras-soluciones/>.
47. Guatemala. Ministerio de Educación. Acuerdo Gubernativo 44-2020: Crear el programa seguro médico escolar. Guatemala: Diario de Centroamérica; 2020.
48. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El MSPAS entregará kit de medicamentos COVID-19 para pacientes con síntomas leves. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. [acceso en 2020 jul 19]. Disponible en: <https://mspas.gob.gt/index.php/noticias/noticias-mspas/item/933-el-mspas-entregara-kit-de-medicamentos-covid-19-para-pacientes-con-sintomas-leves>.
49. Nómada. Resumen del día: Esto incluyen los kits, de las munis de Guatemala y Mixco, contra el COVID-19. *Nómada*. [acceso em 2020 jul 19]. Disponible en: <https://nomada.gt/pais/actualidad/resumen-del-dia-esto-incluyen-los-kits-de-las-munis-de-guatemala-y-mixco-contra-el-covid-19/>.
50. Hernández Mack L. Análisis de ejecución presupuestaria, adquisiciones y abastecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social durante la emergencia del COVID-19. Guatemala: MASPAS; 2020.
51. Melo E, Mattos R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? In: Mendoça MH, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: SciELO-Editora; FIOCRUZ; 2018. p. 95-116.
52. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Realising the Potential of Primary Health Care*. Paris: OECD Publishing; 2020.
53. Organização Pan-Americana da Saúde. *Reforçando a resposta dos sistemas de saúde à COVID-19. Adaptando serviços de atenção primária para uma resposta mais efetiva à COVID-19*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020.
54. Kidd MR. Five principles for pandemic preparedness: Lessons from the Australian COVID-19 primary care response. *Br J Gen Pract*. 2020; 70(696):316-317.
55. Majeed A, Maile EJ, Bindman AB. The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service. *J R Soc Med*. 2020; 113(6):208-210.
56. Gondim GMM, Monken M. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: Mendoça MH, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2018. p. 143-156.
57. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ e Saúde*. 2010;8(3):387-406.
58. Junior AGS, Latgé PK, Oliveira RAT, et al. A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. *APS EM Rev*. 2020; 2(2):128-136.
59. Gurung G, Atmore C, Gauld R, et al. Integrated ambulatory care in the New Zealand health system: a scoping review. *J Integr Care*. 2020; 28(3):253-280.
60. Giovanella L, Stegmüller K. The financial crisis and health care systems in Europe: Universal care under threat? *Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain*. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(11):2263-2281.

61. Armocida B, Formenti B, Ussai S, et al. The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet*. 2020; 5(5):e253.
62. Cartabellotta N, Cottafava E, Luceri R, et al. Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019. Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale. [acceso en 2020 ago 10]. Disponible en: [https://www.gimbe.org/osservatorio/Report\\_Osservatorio\\_GIMBE\\_2019.07\\_Definanziamento\\_SSN.pdf](https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf).
63. García-Basteiro A, Álvarez-Dardet C, Arenas A, et al. The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain. *Lancet (London)*. 2020; 396(10250):529-530.
64. Leal Souza MSP, Aquino R, Pereira SM, et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1):111-120.
65. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI): 2014. [acceso en 2020 ago 11]. Disponible en: <https://www.inec.gov.gt/sistema/uploads/2016/02/03/bWC7f6t7aS-bEI4wmuExoNR0oScpSHKyB.pdf>.
66. World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response. Western Pacific Region: WHO; 2020.
67. Nómada. Declaraciones de Edwin Asturias. [acceso en 2020 ago 15]. Disponible en: <https://www.facebook.com/watch/?v=304677657559915&extid=hbNcYC8SHIrFOO2r>.
68. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, et al. Reorganization of primary health care for universal surveillance and containment of COVID-19. *Epidemiol e Serv saúde Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020; 29(4):e2020494.
69. Hersch-Martínez P. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Publica Mex*. 2013 [acceso en 2020 ago 11]; 55(5):512-518. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000700009&lng=es&nr-m=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000700009&lng=es&nr-m=iso).
70. Oxford Poverty and Human Development Initiative; United Nations Development Programme. Charting pathways out of multidimensional poverty: achieving the SDGs. [acceso en 2020 ago 15]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/content/2020-global-multidimensional-poverty-index-mpi>.
71. Tavares MFL, Rosana RM, Magalhães R. Promoção da saúde e o desafio da intersectorialidade na Atenção Básica no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2018. p. 177-196.
72. Saavedra AGF, Moreno SD. La integración de la perspectiva de género en la gestión del riesgo de desastres: de los ODM a los ODS. *Rev Int Coop y Desarro*. 2018; 5(1):31-43.
73. Costa JM. La construcción de ciudadanía desde el derecho de acceso a la información pública. *Rev la Fac Derecho y Ciencias Soc*. 2019 [acceso en 2020 ago 12]; (2019):157-176. Disponible en: <http://www.der.una.py/application/files/9415/9008/4735/20190521-revista-academica-facultad-de-derecho-una-2019.pdf#page=158>.
74. Ratzan SC, Sommariva S, Rauh L. Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. *Public Heal Res Pract*. 2020; 30(2).
75. Ratzan SC, Gostin LO, Meshkati N, et al. COVID-19: An Urgent Call for Coordinated, Trusted Sources to Tell Everyone What They Need to Know and Do. *NAM Perspect*. 2020 mar.
76. McPhail-Bell K, Fredericks B, Brough M. Beyond the accolades: a postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter. *Glob Health Promot*. 2013; 20(2):22-29.

77. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Context - Enferm.* 2006; 15(2):352-358.
78. Oxfam. *Paraíso Desigual, Pacto Ciudadano. Primer informe: monitoreo participativo del bono familia.* Guatemala: Oxfam; 2020.
79. Guatemala. Comisión Presidencial COVID-19. Informe mensual al Congreso de la República. [acceso en 2020 abr 1]. Disponible en: <https://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2020/07/Presentacio%C-C%81n-COPRECOVID-Informe-Mensual-Congreso.pdf>.
80. Guatemala. Acuerdo gubernativo 65-2020: creación de la Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia COVID-19 (Coprecovid). Guatemala: Diario de Centroamérica; 2020.
81. Caponi S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. *Estud Avançados.* 2020; 34(99):209-224.
82. Roser M, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World Data.* [acceso en 2020 ago 10]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
83. The Economist Intelligence Unit. *Democracy Index 2019: A year of democratic setbacks and popular protest.* London: EUI; 2020. [acceso en 2020 jul 19]. Disponible en: <http://www.eiu.com/Handlers/WhitepaperHandler.ashx?fi=Democracy-Index-2019.pdf&mode=wp&campaignid=democracyindex2019>.

---

Recibido en 20/08/2020

Aprobado en 08/06/2021

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq). Código de proceso (141960 / 2020-5)

# Análise de conjuntura em saúde: aspectos conceituais, metodológicos e técnicos

## *Conjuncture Analysis of the Health: conceptual, methodological and technical aspects*

Camila Ramos Reis<sup>1</sup>, Jairnilson Silva Paim<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113017

**RESUMO** A produção científica em política de saúde cresceu nos últimos anos. No entanto, a revisão crítica dessa literatura aponta pouca articulação entre as dimensões teórica e empírica nas pesquisas realizadas, bem como certa rarefação teórica. Algo semelhante ocorre nos estudos de análise de conjuntura, que têm como foco o processo político, as relações de poder e a produção de fatos políticos em saúde. Daí a relevância de indagar quais os componentes teóricos, metodológicos e técnicos passíveis de serem utilizados nas pesquisas de análise de conjuntura em saúde e como articulá-los numa investigação concreta. O presente artigo tem como objetivo descrever conceitos e procedimentos metodológicos utilizados numa análise de conjuntura em saúde recente, a partir de uma pesquisa realizada. Com base no trabalho empreendido, discute a dificuldade em realizar pesquisas sobre análise de conjuntura em saúde, por conta da ausência de manual acerca de como fazer e da falta de detalhamento dos passos metodológicos utilizados em diversas publicações. Ainda assim, conclui que o relato apresentado pode contribuir para a sistematização dos passos necessários para a realização dessas análises e para justificar e orientar uma atividade prática com vista às mudanças da realidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Políticas de saúde. Análise de situação. Metodologia.

**ABSTRACT** *Scientific production in health policy has grown in recent years. However, the critical review of this literature points to little articulation between the theoretical and empirical dimensions in the research carried out, as well as a certain theoretical rarefaction. Something similar occurs in studies of conjuncture analysis that focus on the political process, power relations and the production of political facts in health. Hence the relevance of inquiring which theoretical, methodological and technical components are likely to be used in health analysis research and how to articulate them in a concrete investigation. This article aims to describe concepts and methodological procedures used in an analysis of the recent health situation, based on a research carried out. Based on the work I undertake, it discusses the difficulty in conducting research on the conjuncture analysis of the health, due to the absence of a manual on how to do it and the lack of detail on the methodological steps used in several publications. Even so, it concludes that the presented report can contribute to the systematization of the necessary steps to carry out these analyzes and to justify and guide a practical activity with a view to changing reality.*

**KEYWORDS** *Health policy. Analysis of situation. Methodology.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.  
camila.ramos@ufba.br



## Introdução

Nos últimos anos, houve um crescimento da produção científica sobre políticas de saúde no Brasil com diferentes enfoques conceituais e teórico-metodológicos<sup>1-6</sup>. No entanto, observa-se pouca articulação entre os momentos teórico e empírico da pesquisa, assim como certa ‘rarefação teórica’<sup>7</sup>. Evidências nessa perspectiva foram assinaladas em publicação recente<sup>8</sup>.

Os estudos sobre a análise de conjuntura podem ser incluídos na ‘Análise política em saúde’<sup>9</sup> e têm como foco o processo político, as relações de poder e a produção de fatos políticos em saúde<sup>10</sup>. No caso do Brasil, os primeiros estudos em Política de Saúde tinham um caráter histórico, com recorte de períodos, referidos como ‘conjunturas’<sup>11-13</sup>. Outros, porém, explicitavam o interesse nas análises de conjunturas, esboçando definições, noções, conceitos e enfoques teórico-metodológicos<sup>14-16</sup>.

De um modo geral, as dissertações e teses produzidas em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&GS) apresentam um capítulo de metodologia, contemplando elementos teóricos e o detalhamento de procedimentos de coleta e análise de dados. Entretanto, quando transformados em artigos para publicação, esses produtos se apresentam mais resumidos para atender as normas dos periódicos, de modo que tendem a sacrificar o referencial teórico.

Contudo, a possibilidade aberta para a divulgação de estudos de revisão sistemática e de questões metodológicas, têm propiciado a publicação de parte desse referencial teórico-metodológico. Assim, Campos e Bataiero<sup>17</sup> sistematizaram diferentes concepções acerca de necessidades de saúde, a partir de tendências das práticas de saúde, enquanto Lins e Cecílio<sup>18</sup> apresentaram um esquema analítico para embasar estudos sobre organizações. Luzuriaga e Bahia<sup>19</sup> procederam a um mapeamento dos estudos comparados com o intuito de orientar a análise de políticas e sistemas de saúde na América Latina. No âmbito internacional, podem ser mencionadas contribuições para a análise comparada

de sistemas de proteção social<sup>20</sup> e políticas e sistemas de saúde<sup>21</sup>.

No caso da análise de conjuntura em saúde, o primeiro estudo que explicitou o enfoque teórico-metodológico no Brasil foi publicado sob a forma de livro<sup>14</sup>. Este procurou apreender a forma de disposição do poder através da análise das instituições médicas, considerando duas conjunturas específicas (1960/1964 e 1968/1974), quando teria havido uma transformação dessas instituições ligada ao projeto de hegemonia do bloco do poder na formação social brasileira. O estudo apresenta o modelo econômico-político, analisa o panorama econômico internacional, aponta iniciativas referentes ao discurso do setor privado e relaciona o cenário da saúde à conjuntura social e política. Ele também considerava que, para investigar a conjuntura, seria necessário compreender a estrutura do poder de uma formação social, utilizando o enfoque histórico-estrutural, marxista em suas origens, mas buscando a orientação weberiana para contornar a acentuação excessiva dos aspectos estruturais na análise de conjunturas políticas.

Teixeira, Jacobina e Souza<sup>15</sup>, realizaram uma análise do processo político, considerando as questões nacionais e internacionais, com o foco na conjuntura pós-1974. Já Paim<sup>16</sup>, indicou que para pensar as políticas de saúde em uma dada conjuntura, seria necessário identificar as contradições resultantes do processo de acumulação capitalista e as suas mediações com as condições de saúde das diferentes classes sociais, bem como os enfrentamentos no âmbito da sociedade. Analisou aspectos econômicos, políticos e ideológicos, a partir de elementos teóricos ‘gramscianos’, ilustrando certas relações entre saúde e a estrutura social.

Em uma revisão sistemática recente foram identificados diversos estudos sobre análise de conjuntura<sup>22</sup>. Alguns deles consideraram fatos, forças existentes e atores, embora faltem embasar a análise política em saúde e explicitar categorias analíticas como poder político, atores/sujeitos e ação.

Daí a relevância de indagar: Quais os componentes teóricos, metodológicos e técnicos passíveis de serem utilizados nos estudos de análise de conjuntura em saúde e como articulá-los numa pesquisa? Nessa perspectiva, o presente artigo tem como objetivo descrever conceitos e procedimentos metodológicos utilizados numa análise de conjuntura em saúde recente, a partir de uma investigação concreta.

## Aspectos teórico-metodológicos

O presente artigo, ao tomar como foco a análise de conjuntura, elabora um referencial teórico recorrendo à contribuição de diversos autores, desde clássicos<sup>23-28</sup> aos contemporâneos<sup>29-31</sup>. A opção por esses estudos, deu-se pela possibilidade de identificar categorias de análise que ajudem a interpretar a sociedade, bem como contextualiza-las para análise da realidade brasileira, a exemplo das diversas concepções de Estado, do ‘bloco histórico’, da ‘hegemonia’, ‘revolução passiva’ e ‘transformismo’. Nesse sentido, podem ser referidas algumas obras de Marx e Engels onde apresentam a teoria sobre o Estado e sua relação com as ‘classes dominantes’ da sociedade, a ‘luta de classes’, ‘classe’ e ‘frações de classe’<sup>23,32-35</sup>. Com a revolução socialista, as discussões sobre a elaboração teórica do ‘imperialismo’ e os estudos sobre o chamado ‘partido leninista’ seguiram na mesma perspectiva<sup>24,36</sup>. No ocidente, outras reflexões foram produzidas sobre ‘estruturas’, ‘movimentos orgânicos e conjunturais’<sup>26-28</sup>.

No Brasil, podem ser destacados os estudos já referidos<sup>29-31</sup>, assim como a investigação sobre a Reforma Sanitária Brasileira (RSB)<sup>37</sup>. Neste estudo, Paim<sup>37</sup> discute brevemente certa problemática do marxismo como as relações entre infraestrutura e superestrutura, bem como a concepção ampliada do Estado, consideradas complexas e não resolvidas, de modo que o aprofundamento dessa discussão ultrapassa o propósito do presente artigo.

Para o desenvolvimento do momento empírico, o artigo sugere o desenho de estudo de caso<sup>38</sup> e sistematiza certos procedimentos sobre como realizar uma análise de conjuntura<sup>22,39-41</sup>.

Nos próximos tópicos, são apresentados os principais conceitos do referencial teórico elaborado, as suas respectivas definições e sistematizações, assim como os procedimentos para o tratamento do material empírico da pesquisa.

## Referencial teórico

A estrutura social se refere às determinações econômicas, políticas e ideológicas de cada formação social, caracterizadas pelo modo de produção. A sociedade é representada pela estrutura econômica, definida como infraestrutura, ou seja, a base material formada por forças produtivas e por relações de produção e sobre a qual se ergue uma superestrutura ideológica e jurídica. Esses dois níveis (infraestrutura e superestrutura) se articulam e se influenciam mutuamente, formando uma estrutura social organizada e complexa<sup>42</sup>.

A superestrutura ideológica expressa as representações sociais, caracterizando-se como um instrumento de dominação de uma classe social sobre a outra. Assim, essa instância jurídico-política abrange os aparelhos institucionais que visam regulamentar o funcionamento da sociedade através do Estado<sup>42</sup>.

## Conjuntura

A conjuntura se refere às inter-relações das diversas forças (sociais, políticas, econômicas) numa situação histórica determinada. Expressa a correlação de forças numa determinada estrutura, segundo interesses próprios. Ou seja, os elementos mais dinâmicos, em que se destaca a luta de classes<sup>42</sup>.

Noutra perspectiva, a ‘conjuntura’ está relacionada às características que influenciam o mercado em um período mais curto e

determina o ciclo econômico<sup>26</sup>. Diz respeito às características provisórias da ‘situação econômica’, aquelas que ‘determinam o mercado’ (ciclo econômico) e a ‘oscilação da situação econômica’<sup>31</sup>. Está relacionada às questões econômicas, sendo fundamental a sua análise para antecipar, dentro de certo limite, o ciclo econômico.

Já outros autores<sup>39,40</sup> destacam que, para analisar a conjuntura, haveria que observar, integralmente, a estrutura da sociedade e não apenas a dimensão econômica. Implica uma pesquisa interessada no sentido de produzir uma intervenção, apontar os problemas, direcionar as ações de uma organização ou mesmo definir estratégias e táticas das forças sociais.

A conjuntura está ligada à ‘política imediata’ (‘as táticas’, aquelas questões de curto prazo, transitórias). Já a situação remete à ‘estratégia’, ou seja, àquelas questões de longo prazo, que podem propiciar transformações na estrutura da sociedade<sup>26</sup>.

Na pesquisa realizada<sup>43</sup>, considerou-se relevante conceber a conjuntura como a estrutura social em movimento<sup>37</sup>, possibilitando investigar tanto a base econômica, como a superestrutura político-ideológica em um determinado período.

### Estratégias e táticas

Em relação à estratégia, é necessário identificar a articulação e a definição de um conjunto de meios e forças, tendo em vista realizar objetivos gerais ou ‘projetos’ mais globais, com objetivos e linhas de ação<sup>39</sup>. A estratégia é caracterizada pela forma como as organizações se comportam em relação à superação dos problemas<sup>30</sup>.

Duas estratégias emergiram da história como possibilidades de conquista do poder: a ‘guerra de movimento’ ou ‘tomada do poder’ e a ‘guerra de trincheiras’ ou ‘guerra de posição’<sup>25</sup>. A ‘guerra de movimento’ é caracterizada pela conquista frontal do poder, através da luta física, embora a ‘guerra de posição’ não exclua a ‘guerra de movimento’, isto é, a possibilidade de luta pela tomada do poder (assalto ao

poder). Na ‘guerra de trincheira’ ou ‘guerra de posição’, a estratégia é pensada a longo prazo, requer organização das massas e está ligada ao conceito de hegemonia<sup>31</sup>, pois visa à disputa do poder a partir da conquista de posições importantes, políticas e culturais, para sua construção.

Nesse sentido, cabe pensar a hegemonia de forma articulada ao Estado e essa relação pode ser compreendida a partir da oposição entre as estratégias da ‘guerra de movimento’ e da ‘guerra de posição’, considerando a classe social, pois ela é fundamental para entender a hegemonia<sup>26</sup>.

Desta forma, a estratégia é usada como uma maneira de ganhar espaço e estabelecer as condições favoráveis. Está relacionada às formas de se organizar para conseguir o poder. Nesse sentido, se vincula à política, sendo a política referida à distribuição do poder e aos objetivos definidos; já a estratégia é ligada às formas de implementar essa política, sendo o instrumento utilizado para alcançá-la. Assim, pode-se ter uma política que apresenta como objetivo transformação ou conservação<sup>30</sup>. Torna-se necessário identificar as estratégias existentes, qual o objetivo da política implantada, se há transparência ou opacidade nas ações e quais as formas de atuação dos atores e sujeitos envolvidos para alcançar o poder.

Ademais, a ‘guerra de posição’ ou ‘guerra de trincheiras’ inclui as táticas e ações empreendidas na conjuntura. Desta forma, os atores sociais adotam a tática de resistência, acumulação de forças e conquistas parciais no jogo do poder<sup>27</sup>. Assim, a partir da identificação das táticas usadas pelas forças políticas em disputa, torna-se possível perscrutar uma conjuntura.

### Bloco histórico

O conceito de ‘bloco histórico’ oferece pistas para que a análise de conjuntura ultrapasse o econômico. Embora a base da relação de força seja determinada pela relação econômica, os níveis ‘político e ideológico’ são dominantes nesse processo<sup>27</sup>.

Assim, o ‘bloco histórico’ é formado pela estrutura (economia) e a superestrutura (ideologia e política), sendo uma expressão das relações sociais de produção<sup>26</sup>. É caracterizado pela relação entre grupos dominantes e dominados, a partir de contradições e conflitos existentes, na qual a ideologia aparece como suporte para esse bloco que tem na superestrutura a sociedade civil e a sociedade política<sup>44</sup>. A sociedade civil é formada pelo conjunto de organizações responsáveis por difundir a ideologia e construir a hegemonia. Já a sociedade política, equivalente ao Estado restrito, é aquela formada pelos mecanismos que garantem a manutenção da força pela classe dominante<sup>29</sup>.

## Relação de força

Em um estudo sobre estrutura de uma sociedade, é necessário considerar que existem movimentos que permanecem (‘movimentos orgânicos’) e outros que são temporários (‘ligados à conjuntura’). Desta forma, é importante identificar esses movimentos, pois a partir disso podem-se caracterizar as forças existentes, sejam elas de conservação ou de mudança. Essa distinção se aplica a qualquer situação, seja ela de crise ou de progresso<sup>27</sup>.

Usa-se a noção de ‘relação de força’ para entender adequadamente a luta hegemônica, a constituição da sociedade civil e seus elos com o Estado e na formação de uma consciência crítica da realidade. Dessa forma, as relações de força estão presentes, sejam explícita ou implicitamente, nas diversas ‘análises de situações’. Nesse enfoque, a essência da práxis política é reconhecida a partir da leitura de Maquiavel, de modo que, para a análise de uma situação, é necessário examiná-la da forma como ela é e não como deveria ser<sup>27(19-46)</sup>.

Para se proceder a uma análise de situação e das relações de forças, é importante considerar o momento subjetivo (deve ser), assim como o momento objetivo (o ser). As diferenças entre fenômenos da conjuntura e fenômenos orgânicos podem ser aprendidas com a distinção entre a pequena e a grande política<sup>27</sup>.

O estudo sobre como se devem estabelecer os níveis das relações de força pode ser interessante para despertar o interesse pela realidade, inspirado na proporção da análise concreta de situações concretas<sup>24</sup>, essência do marxismo.

É comum nas análises das relações de força o pesquisador apresentar o fato e interpretá-lo como uma causa para certo problema. Entretanto este procedimento pode resultar em erro, pois é necessário levar em consideração alguns critérios no momento de analisar as relações de forças. É preciso considerar que existem relações de forças sociais estreitamente ligadas à estrutura (essas forças não podem ser facilmente modificadas) e há relações de forças políticas alcançadas pelos vários grupos sociais que podem ser analisados a partir dos diversos momentos (político coletivo, econômico-corporativo, solidariedade e ético-político).

Essas relações podem estar associadas à análise da hegemonia, e nesse sentido, é importante examinar a correlação de forças. Finalmente, cabe considerar a relação de força militar, que abrange a característica técnico-militar (opressão) ou político-militar (desagregação social do povo oprimido)<sup>27</sup>.

A análise ‘gramsciana’ de conjuntura supõe, portanto, o exame de um feixe de relações (relações de força), que implica o conhecimento do seu desenvolvimento desigual em cada um dos níveis que articuladamente compõem a totalidade social<sup>29</sup>. Nesse sentido, cabe investigar relações contraditórias que atravessam a infraestrutura e a superestrutura, identificando os fatos políticos produzidos, a atuação dos sujeitos e a correlação de forças políticas e sociais em certos recortes do tempo.

## Alguns passos para a análise de conjuntura

No que diz respeito aos passos para realizar a análise de conjuntura, é necessário ter claro o objeto e os objetivos que se pretende alcançar. O objeto seria a definição do local e o

tempo que se quer analisar<sup>40</sup>. Assim, o objeto pode corresponder à conjuntura referente ao período de governo, como por exemplo Dilma Rousseff (2011-2016). Já os objetivos contemplam as análises da situação (social, econômica, política e ideológica) e das políticas de saúde do período. Desse modo, é possível explicar possíveis alterações no processo da RSB e no desenvolvimento do SUS, levando em consideração a ação, a atuação e a capacidade de reação dos sujeitos e atores envolvidos. A partir dos fatos, dos cenários e da correlação de forças na análise da conjuntura, procura-se identificar as estratégias e táticas acionadas.

## Poder

Para fins de pesquisa, fez-se necessário distinguir o conceito de poder setorial<sup>30,45</sup> e o poder societário<sup>46</sup>.

O poder, para Testa<sup>30,45</sup>, é considerado a partir de dois eixos, o cotidiano (atuação diária, expressa no que e como fazer das organizações) e o societário (construção da sociedade, seja a partir do pensar uma nova proposta ou mesmo de reproduzir o que já existe). A partir dessas dimensões do poder ocorreriam os processos de disputas no espaço onde se insere o processo político, podendo envolver transformações e decisões. Assim, o poder é desenvolvido através do papel do Estado, expresso a partir do seu exercício, isto é, do processo político e das ações implementadas por meio das políticas implantadas.

Esse poder diz respeito à capacidade de mobilizar informações, recursos e grupos sociais, tendo três tipos: técnico, administrativo ou político. O técnico é expresso pelos conhecimentos e informações; o administrativo por meio dos recursos financeiros e materiais; e o político através da mobilização de grupos sociais.

No que diz respeito ao poder societário, considera-se a existência do poder econômico (riqueza), do poder político (força) e do poder ideológico (saber)<sup>46</sup>. O poder econômico está relacionado ao poder do capital e direciona o desenvolvimento das políticas. O poder político

se caracteriza pelo uso da força exercida pelo Estado. Já o poder ideológico diz respeito aos saberes presentes na sociedade e seu processo de socialização, especialmente por meio da mídia, da religião, da arte e da educação.

Cabe ainda mencionar, que o poder em saúde<sup>45</sup> pode ser entendido como um recurso (poder econômico, político e ideológico), como capacidade de ação e como relação.

## Fatos históricos, sociais e políticos

Numa investigação, pode ser considerado um ‘fato’ aquilo que trouxe alguma repercussão na sociedade, cabendo mencionar a existência de três tipos de ‘fatos’: o histórico, o social e o político.

O ‘fato histórico’<sup>47,48</sup> diz respeito àquelas manifestações dos indivíduos ou da sociedade que produzem algum significado para o desenvolvimento social, sendo necessário ter um sistema de referência para distinguir o valor. Além disso, mantém-se importante no decorrer da história independente do pesquisador/historiador.

Durkheim<sup>49</sup> define ‘fato social’ como algo (uma ‘coisa’) que determina o agir do indivíduo – uma coerção do exterior (externalidade) ou uma generalidade da sociedade – que possui uma existência própria. Seria a maneira coletiva de agir, pensar e sentir, ou o poder de coerção externa que exerce ou é capaz de exercer sobre os indivíduos que os distingue dos demais fenômenos da sociedade.

O ‘fato político’ corresponde a um fato social produzido nas relações entre o Estado e a sociedade, por meio de interações de conflitos ou interesses<sup>50</sup>. Assim, privilegia-se a identificação dos fatos políticos que ocorrem na sociedade no período estudado, para que seja possível interpretá-los e identificar os interesses, conflitos e projetos relacionados.

## Cenários

Os cenários são os espaços nos quais as ações da esfera social e política se desenvolvem. É uma

projeção hipotética das configurações possíveis de elementos variáveis (variantes), que podem situar-se no plano político mais geral, bem como nos planos político-institucional, econômico, demográfico e epidemiológico<sup>51</sup>.

O cenário é onde se desenvolve a ação e é caracterizado por Testa<sup>30</sup> como um espaço social que envolve atores sociais, enquanto um campo de forças onde o poder é uma categoria central. Esse espaço social seria a combinação de diversos campos de forças, com objetivos diferentes, dentro do setor saúde. Seria nesse espaço onde acontecem os processos de discussão, conflitos, decisões, entre outros. Está sujeito a transformações e mudanças constantes, seja em termos conjunturais ou em relação ao poder institucional, sendo o local de disputa de poder cotidiano e societário. Desta forma, faz-se necessário identificar os cenários existentes no período em estudo, pois indicam os campos de forças que podem ser modificados a depender da questão em disputa.

Numa conjuntura onde muitos fatos acontecem, ocorrendo diversas disputas com objetivos diferentes, aparecem distintos cenários (as ruas, o parlamento, os conselhos de saúde, a burocracia das instituições, as redes sociais etc.), sendo desenvolvidas variadas ações e processos, sejam eles de conflitos, discussões, cooperações, negociações e decisões.

### **Sujeitos e atores sociais e políticos**

Um sujeito social é aquele que supera a condição de indivíduo e é embasado por uma ideologia. Já um ator social seria aquele sujeito que tem capacidade de inserir uma pauta no debate político em torno da elaboração de propostas de intervenção. Testa<sup>30,45</sup> aponta que um ator político é capaz de introduzir temas na agenda do Estado. E os sujeitos (individuais e coletivos), para serem constituídos, passam por um processo de aprendizagem que implica “auto formação e a transformação”<sup>52(37)</sup>.

Os sujeitos se constituem por meio da ideologia, trabalho e das lutas presentes na sociedade<sup>53</sup>. Pode-se observar o desenvolvimento

de uma atitude e/ou uma aptidão crítica em distintos níveis: individual, comunitário, institucional, político e estatal<sup>54</sup>. A depender da consciência crítica, esse ator pode se transformar em um sujeito transformador. Assim, esses sujeitos e atores podem revelar como se deu a correlação de forças, apontando se as forças são de confronto, coexistência ou mesmo de cooperação.

Testa<sup>30</sup> diferencia um grupo social de uma classe social. Afirma que um grupo social seria aquele possível de se identificar que realiza o trabalho concreto, e traz o exemplo dos profissionais de saúde. A classe social é uma categoria analítica, sendo difícil de ser identificada facilmente na sociedade. É necessário entender analiticamente a classe para que assim se possa compreender a realidade. Ambos, grupo e classe, possuem interesses.

As classes resultam de lutas sociais, de sua ideologia, organização, interesses de classe e liderança política, cultural e moral<sup>55</sup>. Essas classes podem estar organizadas em um momento ou em uma situação de dominação. Assim, para fins de análise da estrutura social num dado período estudado, faz-se necessário entender a estrutura de classe no Brasil e como ela foi se organizando e se localizando na sociedade.

Um sujeito coletivo pode ser um grupo social ou mesmo uma classe social, mas para que uma classe exerça influência política ela precisa ser conformada em um grupo. Sendo assim, a constituição de uma classe pode ser feita com base em um mesmo objetivo para todos os componentes da classe ou mesmo com base em diversos objetivos para agrupamentos de sujeitos sociais individuais, que juntos conferem situações parecidas para o grupo<sup>30</sup>.

### **Desenhos de estudo e procedimentos técnicos de coleta e análise de dados**

A investigação de uma conjuntura pode acionar um estudo de caso de caráter histórico, por

meio de pesquisa documental, sobre fatos produzidos num período e divulgados na mídia, em publicações oficiais e *sites*. A utilização do estudo de caso se dá pelo fato da pesquisa buscar compreender acontecimentos sociais complexos e contemporâneos relacionados à saúde, além de utilizar várias fontes de dados<sup>38</sup>.

Nos tópicos a seguir, são sistematizadas algumas fontes de dados, procedimentos de coleta e registro, bem como de análise e interpretação.

### Fontes de dados

Na análise de conjuntura em saúde no Brasil podem ser acionadas, por exemplo, as seguintes fontes: a) Entidades de saúde; b) Mídia: notícias e publicações de jornais, revistas, *sites*, *blogs*, entre outros; c) Publicações Oficiais; d) Agências e órgãos governamentais; e) Programas de governo; f) Documentos de posição, matriz de acompanhamento e linhas do tempo dos eixos de pesquisa do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) – <http://www.analisepoliticaemsaude.org> – e outras publicações científicas que forneçam dados e informações úteis para a análise de conjuntura; g) Datafolha; h) Sistemas de informação: Datasus, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Associação Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Banco Central, Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

### Coleta de dados

O registro de dados decorrente do levantamento de documentos oficiais e matérias da mídia escrita podem ser armazenados em arquivos impressos e/ou digitalizados e analisados utilizando matrizes bidimensionais categóricas (manuais ou processadas em computador) e organizadas da seguinte forma: a) notícias obtidas nos *sites* das entidades, agências e órgãos governamentais da saúde; b) do *site* Saúde Legis; c) notícias da mídia impressa e eletrônica; d) levantamento e sistematização dos fatos.

No caso dos dados secundários coletados nos sistemas de informação, esses podem ser organizados a partir da definição dos indicadores que se pretende analisar.

### Análise de dados

A partir do material empírico coletado e analisado, com a identificação dos principais fatos políticos relacionados à saúde, pode ser descrita a situação nas dimensões social, econômica, política, ideológica e sanitária.

De acordo com os instrumentos citados, os fatos/notícias podem ser classificados para a análise considerando algumas categorias sistematizadas no referencial teórico:

1. Fatos históricos, sociais e políticos;
2. Bloco histórico:
  - a. Estrutura econômica;
  - b. Superestrutura político-ideológica (sociedade civil e sociedade política);
3. Relação de forças:
  - a. Classe Dominante;
  - b. Classe Subalterna;
4. Poder:
  - a. Econômico;
  - b. Político;
  - c. Ideológico;
5. Cenários:
  - a. Estratégia;
  - b. Táticas.

Desse modo, torna-se possível considerar a totalidade do processo, estabelecendo inter-relações entre os dados levantados, em cada momento de análise, relativos aos projetos, sujeitos, estratégia e táticas na conjuntura<sup>39,40</sup>.

## Comentários finais

A proposta teórico-metodológica apresentada neste artigo foi elaborada para uma pesquisa sobre uma conjuntura recente no Brasil num Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva<sup>43</sup>.

A sua utilização pode contribuir para a análise de sujeitos e projetos em disputa na sociedade, bem como sobre a ‘correlação de forças’, as coalizões que se movimentam, as ‘estratégias’, forças políticas, bases sociais, a ‘estrutura de classe’ e o ‘bloco histórico’, enquanto ‘totalidade social’<sup>25</sup>.

Neste sentido, para realizar uma análise de conjuntura em saúde, caberia definir o tempo (período de estudo) e o espaço (local) referentes ao objeto que se pretende estudar.

Embora não seja pretensão do estudo fornecer uma ‘receita’ metodológica, como se fora um manual, trata-se de uma alternativa que pode ajudar a ir além dos artigos de opinião, comentários e análises políticas ou mesmo reflexões de ‘cientistas políticos’ ou ‘economistas’, que nem sempre apresentam fundamentação teórica e base empírica consistentes.

A contribuição do estudo é focar na análise de conjuntura da saúde, embora dialogando com informações do contexto econômico, ideológico e político mais amplo. Ainda assim, não visa extrapolar os passos sistematizados para a análise de qualquer política pública.

No caso específico da política pública de saúde, enquanto resposta social aos problemas

e necessidades de saúde e seus determinantes, a proposta pode contemplar a organização e gestão do sistema e dos serviços, o modelo de atenção, o financiamento, além das questões sanitárias, epidemiológicas e os fatos produzidos pelos sujeitos numa dada correlação de forças.

Cabe reconhecer, no entanto, a dificuldade em realizar pesquisas sobre análise de conjuntura em saúde, não só pela dificuldade de localizar algum manual acerca de como fazer, mas também devido às publicações disponíveis pouco detalharem os passos metodológicos utilizados pelas investigações realizadas.

Assim, faz-se necessário um aprofundamento dos aspectos teóricos e metodológicos<sup>56</sup> e que, ao lado do ‘adensamento teórico’<sup>7</sup>, seja realizado um esforço adicional voltado para a explicitação dos procedimentos técnicos de coleta, processamento, análise e interpretação dos dados.

Desta forma, é possível caracterizar as questões centrais que se colocam em destaque na luta social e política, em um certo período de tempo<sup>39</sup>. Desse modo, a análise da distribuição do poder e suas expressões na sociedade ajudam a interpretar o bloco histórico, a hegemonia e os sujeitos presentes e atuantes em uma dada conjuntura. E essa análise de conjuntura, contemplando as ‘relações de força’, adquire significado se serve para justificar e orientar uma atividade prática, porquanto tais relações podem ser passíveis de mudanças<sup>27</sup>.

## Colaboradores

Reis CR (0000-0001-5646-4355)\* e Paim JS (0000-0003-0783-262X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Pinell P. *Análise sociológica das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
2. Pinto CM, Vieira-da-Silva LM, Baptista TVF. Ciclo de uma política de Saúde: problematização, construção da agenda. Institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: Paim JSP, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 69-82.
3. Federico L. *Análise política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: Edufba; 2015.
4. Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Esperidião MA, et al. Análise sócio-histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: Teixeira CF, organizadora. *Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: Edufba; 2016. p. 15-40.
5. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e troços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2017; 33(2):143-161.
6. Cerqueira SCC. *O CONASS e as linhas de construção do SUS: análise política nos períodos 2006-2016*. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2019. 208p.
7. Schraiber LB. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015; p.33-58.
8. Vieira-da-Silva LM, Esperidião MA, Silveira AS, et al. A construção do campo da Saúde Coletiva e as políticas de saúde – Contribuições da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(12):4669-4680.
9. Paim JS. Análise política em saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: Federico L. *Análise Política em saúde: a contribuição do pensamento estratégico*. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 279-286.
10. Esperidião MA. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. *Saúde debate*. Rio de Janeiro. 2018; 42(2):341-360.
11. Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
12. Braga JCS, Paula SG. *Saúde e Previdência: estudo de política social*. Rio de Janeiro: CEBES; 1981.
13. Oliveira JAA, Teixeira SMF. (Im) previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes-Abrasco; 1985.
14. Luz MT. *As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
15. Teixeira CF, Jacobina RR, Souza AL. Para uma análise da conjuntura política em saúde. *Saúde debate*. 1980; (9):4-10.
16. Paim JS. As políticas de saúde e a conjuntura atual. *Saúde debate*. 1984; 15(16):8-15.
17. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990-2004. *Interface, Comunic Saúde Educ*. 2007; 11(23):605-618.
18. Lins AM, Cecílio LCO. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. *Interface, Comunic Saúde Educ*. 2007; 11(23):503-514.
19. Luzuriaga MJ, Bahia L. Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24(1):55-62.

20. Esping-Andersen G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*. 1991; (24):85-116.
21. Marmor T, Wendt C. Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Elsevier*. 2012; 107(1):11-20.
22. Virgens JHA, Teixeira CF. Revisão da produção científica sobre análise de conjuntura: contribuição à análise política em saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(2):377-393.
23. Marx K. O dezoito Brumário de Louis Bonaparte. 2. ed. São Paulo: Centauro; 2000.
24. Lênin VI. Que fazer? São Paulo: Hucitec; 1978.
25. Gramsci A. Maquiavel, a política e o Estado Moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.
26. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. Volume 1: Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
27. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. Volume 3: Maquiavel – Notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2000.
28. Gramsci A. Cadernos do Cárcere. Volume 5: O Risorgimento. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
29. Portantiero JC. Gramsci Y el análisis de conyuntura (algumas notas). In: Portantiero JC. Los usos de Gramsci. México: Folio; 1983. p. 67-146.
30. Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.
31. Liguori G, Voza P. Dicionário Gramsciano (1926-1937). São Paulo: Boitempo; 2017.
32. Marx K. Contribuição à crítica da economia política; tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; 2008.
33. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. São Paulo: Expressão Popular; 2009.
34. Marx K. As lutas de classes na França de 1848 a 1850. São Paulo: Boitempo; 2012.
35. Marx K, Engels F. Manifesto do partido comunista. Porto Alegre: L&PM; 2015.
36. Lênin VI. Imperialismo, fase superior do capitalismo. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
37. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; 2008.
38. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
39. Souza HJ. Como se faz análise de conjuntura. Petrópolis: Vozes; 2014.
40. Silva LEP. Metodologia de análise de conjuntura. *Estudos Teológicos*. 1988; 28(3):305-315.
41. Alves JE. D. Análise de conjuntura: teoria e método. 2. ed. Rio de Janeiro: Inclusão Social em Debate; 2008.
42. Harnecker M. Os conceitos elementais do materialismo histórico. Rio de Janeiro: Graal; 1973.
43. Reis CR. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2020. 215 p.
44. Portelli H. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
45. Testa M. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes médicas; 1992.
46. Bobbio N. Estado, governo e sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
47. Carr EH. O que é história? 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
48. Scharff A. História e verdade. 6. ed. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1995.

49. Durkheim E. As regras do método sociológico. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
50. Alencar TOS. Notas sobre definições de fato social, histórico e político: subsídios para análise política em saúde. Observatório de Análise Política em Saúde. 2016 set 17. [acesso em 2020 out 25]. Disponível em: <http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/147428574757dfd0b3e7102/>.
51. Organización Panamericana de Salud. La Administración estratégica en SILOS. Washington DC: OMS; 1992.
52. Dallmayr F. Para além da democracia fugidia: algumas reflexões modernas e pós-modernas. In: Souza J, organizador. Democracia hoje: Novos desafios para a teoria democrática contemporânea. Brasília, DF: UnB; 2001. p. 11-38.
53. Paim JS. Ensaio: Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. Saúde debate. 2017; 41(3):255-264.
54. Testa M. Decidir en salud: ¿Quién? ¿Cómo? Y ¿Por qué?. Salud Colectiva. 2007; 3(3):247-257.
55. Guimarães ASA. Estrutura e formação das classes sociais na Bahia. Revista Novos Estud. 1987; 18(2):57-69.
56. Cruz SCV. Teoria e método na análise de conjuntura. Educ Soc. 2000. 21(72):145-152.

---

Recebido em 03/12/2020  
Aprovado em 11/06/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Judicialização da saúde: as teses do STF

## *Judicialization of health: the theses of the STF*

Lenir Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113018

**RESUMO** O presente artigo sistematiza e analisa teses firmadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em relação à judicialização da saúde. O STF vem se pronunciando a respeito do tema, tendo firmado teses de repercussão geral, ou seja, que obriga a todos. A judicialização da saúde tem sido crescente e polêmica pelas decisões dos magistrados e pela intensidade, afetando a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os municípios. O presente estudo visa a sistematização dos julgados do STF para a melhor compreensão dos agentes públicos e do cidadão quanto ao entendimento jurídico-constitucional da Corte Superior para a melhor orientação quanto às defesas dos entes públicos e às demandas do cidadão que se sente ao desamparo em suas necessidades de saúde. Essa sistematização se faz acompanhar de análise crítica quando às decisões que ora pendem a balança para um ou outro lado, quando o melhor julgamento é o que mantém o fiel da balança. Mas nem sempre, na visão da sociedade e dos gestores do SUS, a balança é mantida em seu almejado equilíbrio. E o presente trabalho consiste nesses apontamentos.

**PALAVRAS-CHAVE** Judicialização da saúde. Sistema Único de Saúde. Direito à saúde.

**ABSTRACT** *This article intends to systematize and analyze the legal theses signed by the Supreme Federal Court (STF) in relation to the judicialization of health. The STF has been pronouncing on the subject quite frequently, having in the set of its decisions, signed six theses of general repercussion, that is, which obliges all magistrates. The judicialization of health has been growing and controversial, both because of the decisions of the magistrates and because of its intensity, affecting the management of the Unified Health System (SUS) by its leaders, especially Brazilian municipalities. The present study aims to systematize the judges of the Supreme Court for a better understanding of public agents and the citizen regarding the constitutional legal understanding of the Superior Court for better guidance regarding the defenses of public entities and the demands of citizens who feel helpless in their health needs. This systematization is accompanied by critical analysis when the decisions that now hang the balance to one side or the other, when the best judgment is what keeps the balance. But not always, in the view of society and SUS managers, the balance is maintained in its desired balance. And the present work consists of these notes.*

**KEYWORDS** *Health's judicialization. Unified Health System. Right to health.*

<sup>1</sup>Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) – Campinas (SP), Brasil. santoslenir@terra.com.br



## Introdução

O presente artigo pretende analisar a judicialização da saúde pela ótica das teses jurídicas firmadas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) com repercussão geral, sistematizando-as por temas isolados, uma vez que uma mesma decisão (acórdão) pode conter mais de uma tese que merece ser destacada em comentários específicos. A cada tese destacada comentários serão feitos quanto ao acerto da decisão ou possíveis ambiguidades à luz da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes constitucionais e legais.

A judicialização da saúde tem sido crescente e polêmica, tanto pelas inúmeras decisões dos magistrados concessivas de medidas liminares, como pela sua intensidade, afetando a gestão do SUS, em especial a dos municípios brasileiros, que se veem premidos entre o subfinanciamento crônico da saúde e as demandas do Poder Judiciário que, muitas vezes, afetam o seu orçamento e o planejamento sanitário.

As teses firmadas pelo STF têm o condão de uniformizar a jurisprudência sobre determinados aspectos, como o fornecimento de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); medicamentos experimentais; a solidariedade quanto à responsabilidade dos entes federativos, entre outros.

As análises dos julgados do STF contribuem para a melhor compreensão do pensamento jurídico da Corte Superior sobre o direito à saúde e firmar entendimentos do que compreende a integralidade da atenção à saúde – conceito jurídico impreciso – que deve contar com balizas, contornos jurídicos para a sua contenção. Norma aberta requer contornos, moldura para precisar o seu conteúdo e orientar o planejamento e financiamento necessários. Importante ainda que o gestor público tenha a exata compreensão das decisões judiciais com

repercussão geral para auxiliá-los em suas defesas em demandas judiciais, bem como melhorar os serviços de saúde no âmbito de sua competência, contribuindo ainda com o cidadão no conhecimento de seus direitos na saúde.

A sistematização das teses neste ensaio se faz acompanhar de análises quando as decisões pendem a balança mais para o lado, afastando-se de seu almejado equilíbrio. Este trabalho adota metodologia crítico-analítica sobre jurisprudência do STF em relação ao direito à saúde à luz da legislação sanitária e da realidade fática.

## O fenômeno da judicialização no País e as audiências públicas

A judicialização da saúde tem sido crescente, passando de dois milhões o número de ações judiciais (Relatório Justiça em Números do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, 2019<sup>1</sup>), de modo geral – de erro médico à garantia de medicamentos e demais insumos, produtos e tecnologias em saúde. Desde seu nascedouro, nos anos 90, e de seu incremento, a partir de 2003, a judicialização tem sido palco de inúmeros debates, discussões, seminários, teses acadêmicas, publicações, sem que suas causas tenham sido enfrentadas pelo Executivo e pelo Legislativo, como o baixo financiamento das políticas de saúde e aspectos da gestão pública. Entrementes, tem-se optado mais pela melhoria da qualidade das decisões judiciais do que pela sua diminuição dado que o enfrentamento de suas causas não tem ocorrido. Sem cuidar das causas, não haverá melhoria nesses números pelo fato de o direito continuar a não ser efetivo, o que leva o cidadão à justiça, de modo excessivo, provocando todo tipo de distorção, desde a do Judiciário em suas sentenças que demonstram muitas vezes desconhecimento do direito sanitário, do

SUS, como a de seus demandantes (autor, advogado, profissional de saúde, terceiros interessados, laboratórios).

Em razão desse fenômeno, o STF já convocou duas audiências públicas para ouvir a sociedade: a primeira em 2009, pelo Ministro Gilmar Mendes, no âmbito da Suspensão de Tutela Antecipada (STA) nº 175<sup>2</sup>, com decisão final em 2010; a segunda, em 2017, pelo Ministro Dias Toffoli, no âmbito do Recurso Extraordinário (RE) nº 581488/20/2015<sup>3</sup>, para discutir a possibilidade de haver diferença de classe em internação hospitalar no SUS. Na primeira, foi negado provimento ao agravo interposto pela União, fixando-se o entendimento de que, na saúde, a responsabilidade dos entes federativos é marcada pela solidariedade e, na segunda, o STF considerou inconstitucional a possibilidade de um paciente do SUS pagar para ter acomodações superiores ou ser atendido por médico de sua preferência (diferença de classe assistencial). A fundamentação para negar o pedido no RE é a de que esse tipo de pagamento contraria o artigo 196 da Constituição Federal<sup>4</sup> que garante, a todos os cidadãos, acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde.

O RE referido foi interposto pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (Cremers) contra acórdão do Tribunal Regional Federal da 4<sup>a</sup> Região (TRF-4), que manteve sentença em ação civil pública no sentido de vedar esse tipo de pagamento. O TRF-4 entendeu que, mesmo sem ônus para o Estado, possibilitar a diferença de classes representaria dar tratamento diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população às ações e aos serviços do SUS, conforme estabelece a Constituição Federal.

As duas audiências afirmaram que: a) as ações e os serviços de saúde são responsabilidade solidária dos entes federativos que devem, quanto ao desenvolvimento prático

desse tipo de responsabilidade, definir um modelo de cooperação e de coordenação de ações conjuntas; e b) não pode haver no SUS acomodações diferenciadas nem escolha de médico.

A tese da responsabilidade solidária foi objeto de rediscussão no RE 855178<sup>5</sup>, relator Ministro Luiz Fux, quando ficou assentado novamente, com votos divergentes dos Ministros Luís Roberto Barroso e Alexandre de Moraes, no julgamento em 2019, de que há responsabilidade solidária entre os entes federativos no dever de prestar assistência à saúde:

O tratamento médico adequado aos necessários se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isolada ou conjuntamente<sup>5</sup>.

Outros temas foram também objeto de julgamento no STF nos últimos anos, como: a) há ou não dever estatal no fornecimento de medicamento sem registro na Anvisa; b) medicamento não incorporado ao SUS obriga ou não o Estado; c) medicamento de alto custo não incorporado ao SUS se constitui ou não como dever estatal. Lembramos que medicamento para doenças raras continua pendente de decisão, com julgamento previsto para o ano de 2020, mas ainda não realizado.

O RE 566471<sup>6</sup> com julgamento ocorrido em 11 de março de 2020, decidiu que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do SUS do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional. Situações excepcionais ainda serão definidas na formulação da tese de repercussão geral. Abaixo sistematizamos as decisões do STF sobre esses temas tecendo comentários à luz da legislação sanitária.

## Sistematização das teses do STF, de repercussão geral

### 1 - Há responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Decisão na STA nº 175, de 2009, reiterada no julgamento do RE 855178.

Essa decisão, modulada pelo STF, encerra algumas complexidades quanto à sua aplicação. Na decisão exarada em 2009, já se previa a necessidade de ‘os entes federativos solidários definirem, na prática, um modelo de cooperação e de coordenação de ações conjuntas’, que já existia, na realidade, nas pactuações oriundas das comissões intergestores de âmbito nacional, estadual e regional e pelo contrato organizativo de ação pública da saúde, previsto no Decreto nº 7.508<sup>7</sup>, de 2011. Importante trazer breves comentários a respeito do contrato de ação pública da saúde. Esses contratos foram celebrados nos anos 2012, somente nos estados do Ceará e Mato Grosso do Sul, com duração de 4 anos, não tendo sido renovados. Ainda que o Decreto nº 7.508, de 2011, esteja em vigor, há um descaso quanto à sua observância obrigatória e que poderia ser um aprimoramento dos acordos que se firmam nas comissões intergestores, conferindo segurança jurídica a essas decisões consensuais. Os pactos são firmados nas comissões, mas nem sempre são cumpridos ou exigidos administrativa ou judicialmente por lhe faltar maior lastro jurídico. Esses acordos devem disciplinar as responsabilidades federativas, de cunho sistêmico, pela execução das ações e serviços de saúde que cada ente federativo deve assumir perante a população, de modo individual ou compartilhado regionalmente. Contudo, raramente têm sido respeitados esses acordos nas decisões judiciais e os contratos não têm sido firmados no âmbito do Executivo, o que poderia garantir maior segurança jurídica quanto ao seu cumprimento. Pela Lei nº 12.466, de 2011,

os entes federativos por terem que integrar seus serviços de saúde na forma do artigo 198 da Constituição, devem pactuar as responsabilidades federativas nas comissões correspondentes, que são, a Comissão Intergestores Tripartite; a Comissão Intergestores Bipartite; e a Comissão Intergestores Regional.

No RE de 2019, ficou assentado também que compete à autoridade judicial, em razão da diretriz da descentralização e hierarquização, direcionar o cumprimento em conformidade com regras de competência e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro. Isso traz grande complexidade para a autoridade judicial e dependerá muito da defesa feita pelo ente público no tocante à demonstração das responsabilidades do demandado, mesmo sem a celebração do contrato de ação pública, com o chamamento à lide em litisconsórcio.

A questão do ressarcimento também é um problema porque pressupõe que alguém arcou com a responsabilidade e depois terá que obter o seu ressarcimento do outro ente jurídico. As consequências são complexas para a autoridade judicial e também para a autoridade demandada e precisará ser muito bem argumentada e demonstrada pela defesa. Um excelente artigo é o das juízas federais Luciana Veiga e Ana Carolina Morozowski<sup>8</sup> que bem demonstram as suas complexidades. Isso sem falar que, quando a União é envolvida, prevalece o foro federal, que não há em todas as comarcas, diga-se, trazendo dificuldades para o cidadão quando vê descumprido o dever estatal de prover a sua saúde.

### 2 - É vedado tratamento diferenciado a título de acomodação hospitalar ou escolha de médico no SUS. RE nº 581488.

Tese fixada na decisão do julgado que ensejou a audiência pública mencionada no item II deste trabalho de iniciativa do Ministro Dias Toffoli. Em nome do princípio da igualdade de atendimento, conforme previsto no artigo 196 da Constituição, não pode haver diferenciação

quanto ao conforto e à escolha de médico no âmbito do SUS. A igualdade de atendimento é princípio do SUS, assim como o seu acesso universal. Foi negado provimento exatamente pelo fato de não poder haver no SUS tratamento desigual, conforme mencionado no item II deste trabalho com mais detalhes.

Tal decisão está em absoluta consonância com os princípios constitucionais do direito à saúde do artigo 196, quais sejam, universalidade do acesso, igualdade de atendimento e segurança sanitária, bem como com as diretrizes constitucionais do SUS, expressas no artigo 198. Decisão acertada em relação à legislação regente do SUS.

Entretanto, não poderíamos deixar de comentar que o acórdão se refere a garantia do direito à saúde à população ‘carente’. Ao fazer tal destaque, o STF comete o equívoco ou ignora que no SUS o acesso é universal e igualitário, não se podendo fazer distinção alguma entre as pessoas, como a sua condição econômica, para ter atendimento. Isso tem sido recorrente em decisões judiciais.

### **3 - O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. RE 657718.**

Essa decisão dispensa maiores comentários pelo fato de o ordenamento jurídico brasileiro não admitir obrigação estatal no fornecimento de medicamentos experimentais por contrariar normas específicas, as quais somente admitem circulação de medicamento registrado no órgão competente, ou seja, aquele que não tem caráter experimental. Medicamentos experimentais dependem de estudos em suas diversas fases e devem, após sua comprovada eficácia e segurança, obter registro na Anvisa, nos termos da Lei nº 6.360<sup>9</sup>, de 1976, e da Lei nº 9.782<sup>10</sup>, de 1999. O registro de medicamento visa à necessária análise de sua segurança, boas práticas de fabricação, efetividade, eficácia, acurácia, nos termos da lei. Somente um medicamento que foi submetido a essas análises na Anvisa, e que obteve o seu registro,

está autorizado a circular livremente no País. Não seria admissível entendimento diferente do aplicador da lei.

### **4 - A ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. RE 657718.**

Esta decisão como regra geral não impede totalmente o fornecimento de medicamento sem registro por criar exceções, analisadas no item 5. Mas a regra geral é que somente medicamento com registro na Anvisa pode ser fornecido ao demandante por decisão judicial. O próprio STF assim já havia decidido no julgamento (Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI 5501<sup>11</sup>, de 2016) que suspendeu a eficácia da Lei nº 13.269<sup>12</sup>, de 2016, que obrigava o Estado a fornecer a fosfoetanolamina, por não ser admissível a circulação livre no País e o fornecimento pelo SUS de medicamentos sem registro na Anvisa, como medida de segurança sanitária, por força do disposto na Lei nº 6.360, de 1976, artigo 12. Se somente medicamentos com registro na Anvisa podem circular livremente, não poderia uma lei impor a circulação de determinado medicamento sem submetê-lo às análises do órgão competente como medida de segurança sanitária.

Por outro lado, há algumas decisões exaradas nos votos dos Ministros que merecem ser destacadas, como é o caso do Ministro Barroso, propondo requisitos cumulativos a serem observados pelo judiciário quando do deferimento de determinada prestação de serviços de saúde, como a decisão de que ‘medicamentos de alto custo não incorporados no SUS ficam sob a responsabilidade da União’. Importante esse voto por demonstrar uma mudança no entendimento do STF quanto à necessidade de equilíbrio na tese da responsabilidade solidária, assentada no acórdão aqui mencionado, conforme análise no item 1. Releva ainda destacar o fato de que o Ministro Barroso se referiu a medicamento

‘não incorporado no SUS’ e não medicamento ‘sem registro na Anvisa’. Se a competência de incorporação de medicamento registrado na Anvisa é da União, entende o Ministro que se o Judiciário decidir pelo seu cabimento, caberá à União arcar com o seu custo por ser dela a competência de incorporação. Voltaremos a esse tema mais adiante neste trabalho. Essa decisão modula a responsabilidade solidária entre os entes federativos no dever de garantia da saúde.

**5 - É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos os requisitos da existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; da existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e da inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.**

Esta é a exceção à regra geral mencionada no inciso 4, destacada neste item dada a sua relevância. Ela possibilita ao juiz obrigar o Estado a fornecer medicamento ‘sem registro na Anvisa’. Trata-se, exclusivamente, de situação de ‘mora irrazoável’ na apreciação de pedido de registro do medicamento no Brasil, e em que há registro em renomadas agências sanitárias internacionais e não há substituto terapêutico com registro no País. A mora irrazoável está vinculada ao previsto na Lei nº 13.411<sup>13</sup>, de 2016. Desse modo, a regra é o ‘não fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa’, exceto na situação acima prevista, preenchidos de modo concomitante os requisitos fixados. Os itens acima estão assim expressos no RE 657718<sup>14(53)</sup>:

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamento experimental. 2. A ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Essa decisão do STF, uma exceção à regra geral de que somente medicamentos com registro no País podem ser fornecidos por decisão judicial, tem na mora irrazoável o móvel para a quebra da regra e que deve observar os critérios fixados pelo STF, conforme mencionado acima. Essa exceção causa problema ao dirigente nacional do SUS, uma vez que, se a Anvisa atrasar a análise de um pedido de registro de medicamento, quem deve arcar com a responsabilidade dessa mora será o Ministério da Saúde, uma vez que essas demandas devem ser propostas contra a União.

Em 18 de junho de 2021, o STF, em sessão virtual, decidiu como medida excepcional, no RE 1165959, ser o Estado obrigado a fornecer medicamento que,

Embora não possua registro na Anvisa, tem a sua importação autorizada pela agência de vigilância sanitária, desde que comprovada a incapacidade econômica do paciente, a imprescindibilidade clínica do tratamento, e a impossibilidade de substituição por outro similar constante das listas oficiais de dispensação de medicamentos e os protocolos de intervenção terapêutica do SUS<sup>15</sup>.

Com o SUS sendo subfinanciado, como é do conhecimento de todos, tendo o próprio Tribunal de Contas da União (TCU)<sup>16</sup> mencionado o custo crescente da judicialização nas despesas com saúde, acrescer valores de medicamentos sem registro no País, que nem mesmo passaram pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (Conitec), (Lei nº 12.401<sup>17</sup>, de 2011), a qual tem o dever de analisar custo-benefício, entre outros aspectos, impõe-lhe ônus excessivo ao SUS. Pois essa despesa que deveria onerar o órgão em mora, ou seja, a Anvisa, irá agravar as despesas ao fundo da saúde destinados às programações anuais de saúde. Melhor seria impor multa à própria Anvisa, onerando seu próprio orçamento, pela mora, sem gerar novas obrigações financeiras ao dirigente nacional do SUS premido pelo teto de gasto da saúde. Essa é uma decisão complexa para o SUS.

## **6 - O Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo pleiteados judicialmente quando não constarem das relações oficiais de medicamentos do SUS. RE 566471.**

O RE 566471<sup>16</sup>, cujo julgamento ocorreu em 11 de março de 2020, decidiu que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do SUS do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional. Situações excepcionais serão definidas na formulação da tese de repercussão geral. A não concessão como regra geral faz todo o sentido por respeitar as relações oficiais de medicamentos do SUS, conforme previsto em portarias e no Decreto nº 7.508<sup>17</sup>, de 2011. Ocorre que serão definidas ainda as situações excepcionais e são essas que acabam por criar embaraços ao SUS, como vimos no item 5. As excepcionalidades nem sempre são conformes às necessidades coletivas da saúde, às pactuações interfederativas que ocorrem nas comissões intergestores,

à legislação do SUS, como é o caso das análises na Conitec, sempre prejudicadas nas exceções.

Essas obrigatoriedades impostas judicialmente à saúde sem que se acresçam, ao financiamento do SUS, recursos suficientes para arcar com todas as suas responsabilidades, aprofundam as desigualdades na garantia do direito à saúde dado o caráter individual e não coletivo das demandas judiciais. As demandas em saúde são infinitas e, os recursos, cada vez mais restritos e insuficientes, ainda mais em razão do teto do gasto pela EC 95. A microjustiça na saúde coloca em risco a macrojustiça, que fica postergada pelo atendimento às demandas individuais, maior objeto da judicialização da saúde, em detrimento de um sistema universal e igualitário. Lembramos que as exceções ainda não foram formuladas na tese de repercussão geral.

## **O complexo olhar da judicialização sobre o SUS**

São inúmeras as demandas por medicamentos, produtos, insumos, tecnologias e serviços em relação ao SUS. A judicialização olha para o SUS muitas vezes de modo inadequado, enviado, sem atentar para determinadas normas, para as pactuações interfederativas e para o seu baixo financiamento que é uma realidade e uma das principais causas das inadequações dos serviços de saúde que acabam sendo judicializados.

A própria integralidade assistencial encontra alguns limites na própria lei, como a exigência de parecer da Conitec para incorporação de produtos, medicamentos, tecnologias no SUS; as relações oficiais de medicamentos; o orçamento. Por isso, advoga-se que há que se ter parâmetros, balizas para a interpretação do que o conceito de integralidade da atenção à saúde compreende, conforme definido no artigo 7º, II, da Lei nº 8.080<sup>18</sup>, de 1990, por se tratar de um conceito jurídico-administrativo e sanitário impreciso<sup>19</sup>, em razão da

amplitude e da fluidez do conceito do que seja ‘saúde’, conforme se vê na definição da própria Organização Mundial da Saúde (OMS).

Essa indefinição sobre o que compreende a integralidade exige do aplicador da norma, do administrador, a adoção de parâmetros, de balizas, que a modulem, que contenham tal fluidez e possibilitem, observados os princípios, as diretrizes do SUS, gerir um sistema público que possa atender a todos de modo sóbrio, racional, solidário e com qualidade, sem excesso e sem asfixiar o direito.

Para tanto, as reais causas da insuficiência de serviços precisam ser enfrentadas pelo Legislativo e pelo Executivo, sendo a principal delas, o subfinanciamento da saúde, de conhecimento público e notório, agravado, como se disse aqui, pela EC 95 e suas nefastas consequências para a garantia do direito. Sem atuar nas causas, continuar-se-á a discutir a judicialização da saúde sem a intenção de resolvê-la, verdadeiramente.

Importante externar que o federalismo cooperativo no nosso país tem sido marcado pelo desequilíbrio em relação ao ente federativo prestador do serviço (estadual e municipal), que está à frente dos serviços, que na vida real tem que atender a população, garantindo-lhe serviços suficientes, de qualidade e no tempo oportuno, ressaltando a responsabilidade do ente federal em relação à obrigação constitucional da garantia do direito à saúde que lhe exige cofinanciar o sistema de modo equilibrado. O pêndulo da balança não tem tido o necessário equilíbrio, sobrecarregando sobremodo os entes subnacionais.

A decisão de ser da União a responsabilidade pela incorporação de medicamento no SUS em âmbito nacional, após as análises técnicas, científicas e econômicas realizadas pela Conitec, recompõe minimamente o percurso que deveria ter sido adotado a respeito do tema. Sempre foi competência da União a incorporação, em âmbito nacional, de medicamentos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e nas demais listas oficiais, facultado aos estados e municípios a

incorporação em listas próprias complementares, às suas expensas. É sempre da União a competência principal para a incorporação de qualquer medicamento e não tão somente os de alto custo.

Em artigo publicado ‘O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo’<sup>20</sup>, defendemos essa posição quanto à responsabilidade da União pela incorporação de medicamentos.

De outra banda, somente medicamento de alto custo ‘não incorporado’ no SUS pode ser fornecido ao paciente por decisão judicial e, lembre-se, para aqueles que não podem pagar, em acordo ao voto do Ministro Marco Aurélio Mello, no RE 566471. Assim sendo é imposto um dever ao Estado de fornecer medicamento ‘de alto custo a portador de doença grave, não incorporado no SUS, que não possui condições financeiras para comprá-lo’. Com o julgamento de março de 2020 do RE 566471<sup>21(19)</sup>, de o Estado não ser obrigado judicialmente a fornecer medicamento que não esteja incorporado no SUS em suas listas oficiais, essa proposição do Ministro Relator, expressada em seu voto com novo texto:

reconhecimento do direito individual ao fornecimento, pelo Estado, de medicamento de alto custo, não incluído em Política Nacional de Medicamentos ou em Programa de Medicamentos de Dispensação de caráter Excepcional, constante de rol dos aprovados, depende de demonstração da imprescindibilidade – adequação e necessidade –, da impossibilidade de substituição do fármaco e da incapacidade financeira do enfermo e da falta de espontaneidade dos membros da família solidária em custeá-lo, respeitadas as disposições sobre alimentos dos artigos 1.694 a 1.710 do Código Civil, e assegurado o direito de regresso.

É bastante complexa por ferir a regra da gratuidade das ações e serviços de saúde. Se nas exceções a serem formuladas na tese de

não concessão de medicamentos não assegurados pelo SUS, prevalecer a decisão acima, será certamente, como foi até agora, a decisão mais polêmica do STF por ferir os princípios constitucionais da igualdade de atendimento e universalidade de acesso ressaltados na própria audiência pública mencionada neste trabalho que tratou da ‘diferença de classe’.

O STF, naquele acórdão, fundamentou sua decisão nos princípios da universalidade do acesso e atendimento igualitário do artigo 196 da Constituição. Sendo o acesso às ações e aos serviços de saúde universal, igualitário, integral e gratuito, conforme expresso no artigo 2º, I, da Lei Complementar nº 141<sup>22</sup>, de 2011 – que não permite computar no gasto mínimo constitucional com saúde, ações e serviços que não sejam gratuitos – impor a condição financeira como um elemento necessário para a satisfação do direito fundamental à saúde, é repelir a igualdade de atendimento e a gratuidade dos serviços prestados no âmbito do SUS.

Ainda que se possa argumentar tratar-se de ‘medicamento de alto custo não incorporado ao SUS’, o precedente é grave por permitir a priori que medicamentos de alto custo ‘não incorporados ao SUS’ sejam garantidos a todos que não possam arcar com seus custos, esbarrando nas normas de incorporação no rol de serviços do SUS, que requerem análises técnico-científicas, custo-efetividade em comparação a medicamentos já incorporados, realizadas pela Conitec.

Ao introduzir no SUS a situação econômica do seu usuário para que possa ou não fazer jus ao direito, cria grave precedente às regras de incorporação no rol de ações e serviços de saúde do SUS e a quebra da gratuidade e igualdade. Isso sem falar no conceito de integralidade que deve ser para todos, sem exceção; no da universalidade de acesso, restrito nesse conceito àqueles que não podem pagar. Aqui saltam vários elementos conflituosos, como: o SUS não está obrigado a fornecer medicamentos não registrados na Anvisa e não incorporados ao SUS. Doravante, se o medicamento for de alto custo e não estiver incorporado poderá

ser fornecido por decisão judicial. Todos eles? E como definir quem tem ou não condições financeiras para a sua aquisição? A quem cabe essa incumbência?

Esse aspecto da decisão do RE prejudicou parte da decisão que ainda pende de julgamento sobre medicamentos para doenças raras – todos de alto custo, sempre – sem incorporação pelo SUS. De todo modo, a decisão de tornar obrigatório o fornecimento de medicamentos de alto custo não incorporados para aqueles que não puderem arcar com seus custos pode levar ao paradoxo de a União preferir não incorporar porque, assim, somente será obrigada a fornecer àqueles que não têm poder de compra e demandar em juízo e, sem dúvida, encerra refutável rompimento ao princípio da igualdade de atendimento no SUS, como mencionado acima. Despesas com medicamentos fornecidos somente para aqueles que não puderem arcar com seus custos, não poderão, por sua vez, ser contabilizados para o gasto mínimo com saúde pela quebra na universalidade do acesso e gratuidade, nos termos da Lei Complementar 141<sup>22</sup>, aqui citada. A decisão do Ministro Alexandre de Moraes no RE 1165959 aqui mencionado segue esta linha.

## Conclusões

A judicialização da saúde tem um lado positivo – que é a consciência do cidadão sobre os seus direitos na saúde – e tem seu lado negativo que é o seu excesso, decisões judiciais polêmicas, incompreensões do SUS, entre outros aspectos. Vimos nessas decisões do STF acertos e equívocos. Outro aspecto a ser ressaltado, é que a judicialização da saúde tem sempre caráter individual, agravando o alcance da macrojustiça, do atendimento coletivo em benefício do individual. Isso agrava as dificuldades estruturais do SUS, como o seu subfinanciamento. Ao se garantir medicamentos de alto custo não incorporados ao SUS, de modo individual, certamente os recursos serão retirados do orçamento da saúde impactando as prestações sanitárias coletivas ou igualitárias.

Na maioria dos casos, excluídos os abusos que ocorrem na judicialização, pode até haver justiça no pedido do demandante, contudo, sem enfrentar as causas da inadequação das ações e dos serviços de saúde às necessidades das pessoas, a maioria delas afetas à falta de recursos financeiros, continuar-se-á a tergiversar sobre o cumprimento adequado do direito à saúde. Dizer que há problemas com a gestão e com a corrupção não resolve a real questão do baixo financiamento; agrava-o, mas não o salva nem o mitiga.

Há que se enfrentar cada uma delas, como a fragilidade dos controles públicos que mais zelam pela forma do que pelo conteúdo; a teia burocrática diária, que para evitar a corrupção – que não evita – inviabiliza a ação pública. É preciso, pois, ter mais recursos para a saúde; enfrentar a má gestão combatendo regramentos insignificantes, meramente burocráticos e insensíveis à realidade do mundo, que para nada servem, exceto para infantilizar o gestor. É preciso remodelar o sistema de controle

público que deve focar mais nas entregas qualitativas dos serviços de saúde à população e punir de fato a má conduta administrativa. Haver má gestão não supre a falta de recursos.

Por fim, a judicialização da saúde quando corrige falhas da Administração Pública é necessária e importante; por outro lado, pode ser ruim, do ponto de vista do excesso de concessão de liminares, da justiça individualizada, a microjustiça, que não resolve o sistema de saúde como um todo, em sua visão macro. É preciso lutar para a melhoria dos serviços de saúde de maneira coletiva, o que certamente contribuiria para a diminuição da judicialização e para a maior satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde, com o fortalecimento do SUS.

## Colaboradora

Santos L (0000-0003-2911-1188)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Schulze CJ. Números de 2019 da Judicialização da saúde no Brasil. 2019 [acesso em 2021 jun 14]. Disponível em: <https://emporiodireito.com.br/leitura/numeros-de-2019-da-judicializacao-da-saude-no-brasil>.
2. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Suspensão de Tutela Antecipada 175. Relator Ministro Gilmar Mendes. 2010. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2570693>.
3. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 581488. Relator Ministro Dias Toffoli. 2016. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2604151>.
4. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 855178. Relator Ministro Luiz Fux. 2019. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4678356>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 566471. Relator Ministro Marco Aurélio. Brasília, 11 de março de 2020. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2565078>.
7. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 28 Jun 2011. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).
8. Veiga L, Morozowski AC. Da responsabilidade solidária na assistência à saúde no SUS. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/305311/da-responsabilidade-solidaria-na-assistencia-a-saude-no-sus>.
9. Brasil. 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. Diário Oficial da União. 23 Set 1976. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l6360.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6360.htm).
10. Brasil. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 Jan 1999. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19782.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm).
11. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 5501. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. 2016. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4966501>.
12. Brasil. Lei nº 13.269, de 13 de abril de 2016. Autoriza o uso da fosfoetanolamina sintética por pacientes diagnosticados com neoplasia maligna. Diário Oficial da União. 13 Abr 2016. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/l13269.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13269.htm).
13. Brasil. Lei nº 13.411, de 28 de dezembro de 2016. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que 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, e a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências, para dar transparência e previsibilidade ao processo de concessão e renovação de registro de medicamento e de alteração pós-registro. Diário Oficial da União. 28 Dez 2016. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/L13411.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13411.htm).
14. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 657718. Relator Ministro Marco Aurélio Mello. 2019. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15342892719&ext=.pdf>.
15. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 1165959. Ministro Relator Alexandre de Moraes. 2021. [acesso em 2021 jun 18]. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=468002&ori=1>.
16. Brasil. Tribunal de Contas da União. Aumentam os gastos públicos com judicialização da saúde. Brasília, DF: Secom TCU, 2017. [acesso em 2021 jun 14]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>.
17. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 28 Abr 2011. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm).

18. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).
19. Santos L, Carvalho GI. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. 5. ed. Campinas: Saberes; 2018.
20. Graziane E, Bahia AMF, Santos L. O financiamento da saúde na Constituição de 1988: um estudo em busca da efetividade do direito fundamental por meio da equalização federativa do dever do seu custeio mínimo. A&C Revista de Direito Adm. Const. 2016; 16(66):1-290. Disponível em: <http://www.revistaaec.com/index.php/revistaaec/article/view/366/652>.
21. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 566471. Ministro Relator Marco Aurélio Mello. 2020. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anelxo/RE566471.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anelxo/RE566471.pdf).
22. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 Jan 2012. [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm).

---

Recebido em 13/10/2020  
 Aprovado em 22/06/2021  
 Conflito de interesses: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# Erro diagnóstico subsidia pacote de reformas que mina a Estratégia Saúde da Família

*Misdiagnosis subsidizes a package of reforms that undetermines the Family Health Strategy*

Ricardo Donato Rodrigues<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113019

**RESUMO** Este ensaio aborda o diagnóstico desfavorável à Estratégia Saúde da Família, que subsidiou um pacote de reformas implantado pelo Ministério da Saúde em 2019. Com o objetivo de revisar tal diagnóstico sob a hipótese de erro na sua formulação, foi realizada análise documental do acervo do governo federal sobre o tema. A hipótese inicial foi confirmada com respaldo em bibliografia pertinente, referenciada no texto. Evidenciaram-se erros técnicos na avaliação da eficiência e produtividade da Estratégia Saúde da Família. Também foram detectados erros no campo histórico especialmente quanto à desconsideração dos resultados positivos alcançados no âmbito dos cuidados primários, das políticas de incentivo implantadas com tal propósito e das características inerentes aos desafios de um processo ainda inconcluso de reforma sanitária – questão invisível naquele diagnóstico. Como conclusão, este ensaio refuta o diagnóstico do Ministério da Saúde e recomenda que o processo de avaliação da Estratégia Saúde da Família seja refeito à luz dos princípios do planejamento estratégico-situacional.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Diagnóstico da situação de saúde. Reforma dos serviços de saúde.

**ABSTRACT** *This essay addresses the diagnosis unfavorable to the Family Health Strategy that subsidized a package of reforms implemented by the Ministry of Health, in this context, in 2019. In order to review this diagnosis, under the hypothesis of an error in its formulation, a document analysis was performed of the federal government's collection on the subject. The initial hypothesis was confirmed with support in pertinent bibliography, referenced in the text. Technical errors were evidenced in the evaluation of the efficiency and productivity of the Family Health Strategy. Errors in the historical field were also evidenced, especially regarding the disregard of the positive results achieved in this context of primary care, of the incentive policies implemented with such purpose and of the characteristics inherent to the challenges of a still unfinished process of health reform – an invisible issue in that diagnosis. In conclusion, this essay refutes the Ministry of Health's diagnosis and recommends that the evaluation process of the Family Health Strategy be remade in a participatory manner, in light of the principles of strategic-situational planning.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Family Health Strategy. Diagnosis of health situation. Health care reform.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ricardodonato2@yahoo.com.br



## Introdução

Este ensaio aborda o diagnóstico desfavorável à Estratégia Saúde da Família (ESF) que subsidiou o pacote de reformas<sup>1-6</sup> implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2019. Com o objetivo de revisar tal diagnóstico sob a hipótese de erro na sua formulação, foi realizada análise documental do acervo do governo federal sobre o tema. A hipótese inicial foi confirmada com respaldo em bibliografia pertinente, referenciada no texto.

Chama atenção que o pacote de mudanças guarda fina sintonia com novas ‘Propostas de Reformas do Sistema Único Brasileiro’ firmadas pelo Banco Mundial<sup>7,8</sup>. Nesse contexto, não deve causar surpresa que, fazendo eco ao discurso do Banco Mundial, o MS tenha considerado necessário implantar um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>6</sup> para corrigir supostas ineficiência e baixa produtividade do modelo anterior, particularmente da ESF<sup>9</sup>. Sua tese nessa área<sup>10</sup>, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite à revelia do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em desacordo com a Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>11</sup>, deu margem à criação do Previner Brasil<sup>6</sup>, em sucessão a outro programa denominado Médicos pelo Brasil (PMB).

Este último, foi instituído inicialmente às custas de Medida Provisória<sup>4</sup> convertida em Lei<sup>5</sup> após sua aprovação pelo Congresso Nacional. Apesar de apresentado pelo MS com o objetivo de preencher lacunas deixadas pela desativação do Programa Mais Médicos<sup>12,13</sup>, o PMB carrega em sua estrutura um dispositivo favorável à privatização da saúde no País sob o manto de uma organização social autônoma batizada com o nome de Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps)<sup>4,5,14</sup>.

Ao lado do congelamento dos gastos orçamentários por 20 anos, inclusive os referentes à saúde, em decorrência da Emenda Constitucional 95 (EC 95)<sup>15</sup> e da Política

Nacional de Atenção Básica 2017<sup>16</sup>, o PMB afeta gravemente a ESF<sup>17</sup>, modelo preferencial de APS adotado pelo MS<sup>18,19</sup>. Nesse cenário, o PMB compromete o exitoso processo de reorientação do modelo assistencial brasileiro em curso até 2016.

A propalada assertiva do MS ao anunciar que a ESF era ineficiente e pouco produtiva vem ao encontro da presunção de certos veículos de comunicação que retratam o SUS como um poço de ineficiência. Ou seja, o MS passou a flertar com matérias que desacreditam o SUS, alardeadas sem moderação por boa parte da mídia comercial. Entretanto, o Ministério não levou em conta que, com recursos orçamentários insuficientes, i.e., menos de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), o SUS oferece cobertura universal à população do País sem qualquer distinção, sendo responsável exclusivo pelo atendimento clínico a mais de 150 milhões de brasileiros. Também é responsável pela vigilância epidemiológica, pela vigilância sanitária e demais programas e ações de saúde pública que alcançam a população brasileira em seu conjunto<sup>20</sup>.

Apesar de subfinanciado ao longo dos anos, o SUS faz muito. Poderia fazer mais e muito melhor se parte dos recursos da saúde, do próprio orçamento da União e de outros órgãos governamentais não fosse canalizado para o setor privado em desfavor da rede pública, com severa repercussão no âmbito da ESF. O governo brasileiro e o próprio MS beneficiam continuamente uma pujante rede assistencial privada, desde hospitais considerados filantrópicos até empresas que comercializam planos de saúde, por meio de invejáveis contratos de prestação de serviços, generosa política de isenção fiscal e outras benesses<sup>21-26</sup>. Entretanto, com base em seu diagnóstico relâmpago, a equipe que assumiu o MS em 2019 entendeu que o modelo de financiamento do SUS era a mãe de muitas das supostas mazelas da APS, especialmente no âmbito da ESF.

Nesse cenário, o diagnóstico desfavorável à ESF, que subsidia um pacote de reformas que impacta os eixos estruturantes desse modelo

de atenção, deve merecer cuidadosa revisão, em especial, pela celeridade e radicalidade desse processo de reforma, bem como pelo acúmulo de uma consistente bibliografia de natureza técnica contrária ao pacote, referenciada neste texto.

Com o objetivo de revisar tal diagnóstico em razão da hipótese de erro justificada pelos particularidades delineadas acima, este ensaio empreendeu uma análise documental do acervo ministerial a respeito das reformas, incluindo: descrição impressa das reformas; debates na Câmara Federal e no âmbito da gestão do SUS disponíveis na internet; exposições em eventos científicos e entrevistas igualmente disponíveis na internet; e portarias e outros instrumentos legais para implantação de tais reformas, conforme referências apresentadas neste texto.

A hipótese inicial foi confirmada com respaldo em bibliografia pertinente ao conteúdo do pacote de reformas, igualmente referenciada. Evidenciaram-se erros técnicos na avaliação da eficiência da ESF, bem como erros no campo histórico: subtração das políticas voltadas para o desenvolvimento da ESF, dos avanços alcançados até 2015 e dos desafios inerentes a um processo inconcluso de reforma sanitária. A tais omissões, é acrescido o erro na avaliação referente ao modelo de gestão do SUS.

Em razão do exposto, o tópico referente a discussão e resultados compreende, neste ensaio, dois subtópicos em diálogo permanente: erro diagnóstico no âmbito técnico e erro diagnóstico no âmbito histórico.

## **Erro diagnóstico no âmbito técnico**

O diagnóstico de baixa eficiência da ESF apresentado pelo MS merece reparo. A explanação divulgada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) do MS atribuiu tal diagnóstico de ineficiência ao que considerou gastos excessivos com internações por condições sensíveis

à APS, que, em 2016, teriam custado cerca de dois bilhões de reais aos cofres do SUS<sup>9</sup>.

Tal diagnóstico, entretanto, colide com o conceito de eficiência que remete, necessariamente, a uma operação aritmética<sup>27,28</sup>, isto é, remete a uma fração, cujo numerador representa o montante de recursos dispendidos e o denominador o(s) procedimento(s) realizado(s). O resultado dessa operação afere o custo de tal(ais) procedimento(s). Quanto menor o investimento necessário para obter o resultado pretendido maior a eficiência.

Nesse caso, a avaliação do MS teria que especificar o montante de recursos financeiros dispendidos e definir com precisão o(s) procedimento(s) realizado(s) no âmbito da ESF. Ainda assim, o resultado da operação seria uma primeira constatação, isto é, um dado inicial, insuficiente para orientar o desenvolvimento seguro de um plano de ação consequente. Para tanto, seria indispensável identificar as influências ou fatores que interferem e condicionam tal resultado.

Desse modo, não bastaria quantificar os gastos com o universo de pessoas internadas por condições sensíveis para caracterizar tal ineficiência da ESF. Seria obrigatório identificar corretamente a procedência institucional do paciente para não onera-la indevidamente. Não poderiam ser incluídos nessa conta aqueles pacientes internados por uma condição sensível à APS que, direta ou indiretamente, contratam planos de saúde mas que, por uma ou outra razão, acabam atendidos ou internados na rede SUS, no contexto de um processo denominado 'universalização excludente'<sup>29</sup>. Da mesma forma, seria indispensável quantificar precisamente o número de pacientes internados em razão de condições sensíveis provenientes dos territórios correspondentes às equipes de Saúde da Família (eSF).

Seria igualmente necessário considerar as características socioculturais dessa população internada, o estágio prévio das respectivas condições mórbidas arroladas, as especificidades fisiopatológicas envolvidas em cada caso e a ocorrência de respostas falhas ou

desfavoráveis, quando não, iatrogênicas, a uma terapia corretamente indicada.

Ademais, não poderia ser contabilizada nessa conta a internação de uma pessoa por uma condição sensível à APS que, mesmo diante de alguma instabilidade clínica, ainda poderia continuar recebendo cuidados em regime extra-hospitalar caso não enfrentasse condições socioeconômicas ou ambientais tão desfavoráveis<sup>30</sup>. É bem mais fácil não precisar internar um paciente com insuficiência cardíaca que tem acesso fácil à sua casa, quando sua moradia não se encontra em local de elevados índices de violência, onde é mais comum escutar boa música do que estampidos à sua porta.

É mais fácil não precisar internar uma pessoa com diabetes, que tem sua alimentação servida à mesa em vez de servida no lixão, na marmita ou no embornal. É mais fácil não ter que internar uma pessoa com asma que vai para uma casa bem arejada do que para um cubículo sem janelas. É mais fácil não ter que internar uma criança bem nutrida com diarreia que vai para uma casa asseada, servida de água potável, rede de esgoto e coleta de lixo, com algum adulto para cuidar dela, do que para um ambiente às avessas disso. Exemplos não faltam. Enfim, não dá para colocar tudo isso na mesma conta. Não dá para comparar as taxas de internação por condições sensíveis no Brasil com aquelas encontradas em cenários diferentes. No Reino Unido, na França, na Holanda ou na Bélgica não há de ser comum viver tão mal, com tantos problemas à porta, com tantos problemas no bolso.

Sem essas e outras informações relevantes, sem considerar a diferença que faz investir em euro ou libras esterlinas e subfinanciar a saúde em Real, sem considerar o contexto real das comunidades, sem considerar 'a pessoa real', de que falava o então Secretário da Atenção Primária<sup>10</sup>, não é correto firmar diagnóstico de ineficiência da ESF. Caso contrário, pode-se chegar a conclusões equivocadas por mero açodamento.

A segunda parte do diagnóstico firmado pelo MS para propor o novo modelo de

financiamento da APS também está a merecer reparo. Baixa produtividade da ESF foi o bordão que passou a ser apregoado pelo MS. A confusão entre constatação e diagnóstico se repete nesse campo da produtividade. Aí começa outro imbróglio.

Segundo o Ministério, a baixa produtividade da ESF traduziria, fundamentalmente, a desassistência a 30 milhões de brasileiros pobres que não estariam cadastrados pelas 43 mil eSF existentes no País. Segundo o Ministério (nos termos proferidos pelo Secretário de Atenção Primária em Audiência Pública na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal – disponível on-line conforme referência indicada abaixo)

[...] das 64 milhões de pessoas no Brasil que recebem benefício do Bolsa Família, BPC ou um Benefício Previdenciário de até dois salários mínimos... não estão cadastradas na atenção primária... não têm acesso a esses serviços [...]<sup>10</sup>.

Correto seria afirmar, no entanto, que os Cadastros de Pessoa Física (CPF) referentes a pobres que recebem Bolsa Família, Benefício Social Continuado (BPC) ou até dois salários mínimos da previdência social, encontrados nos respectivos bancos informatizados, não constavam do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). A essa altura, um sistema também informatizado<sup>31</sup>.

Ainda que o sistema de cadastro à disposição das eSF nos respectivos ambientes de trabalho estivesse em fase mais adiantada de implantação haveria que ser tomada especial cautela com essa modalidade de banco de dados e conferência entre eles para estimar o contingente de pobres supostamente sem cobertura assistencial<sup>32</sup>.

Vale chamar atenção, em primeiro lugar, para as barreiras de acesso a esse mundo digital. Em muitos cantões deste país não há equipamento ou sua manutenção adequada. Em outras localidades, não há rede para transmitir dados. Entretanto, é preciso deixar claro que essas e outras questões de

infraestrutura não esgotam o problema. Seria imperioso considerar também o quantitativo e as políticas de pessoal, as condições e os processos de trabalho. Não é difícil perceber que podem faltar familiaridade, treinamento e suporte técnico para lidar com essas tecnologias. Portanto, há pessoas sob cuidado das eSF que podem não constar no Sisab. Enfim, não é certo considerá-las não cadastradas, muito menos, desassistidas.

Há muitas outras interferências no registro de pessoas cadastradas. O então Secretário de Atenção Primária afirmou que “*não existe APS sem muvuca*”<sup>31</sup>. Imagine como deve ser o registro de dados em cenário de ‘muvuca’. O cadastramento domiciliar também é afetado em tal ambiente.

A pessoa não cadastrada previamente na sua residência por um agente comunitário de saúde, é cadastrada somente quando procura a unidade básica para atendimento clínico. Quantas informam o respectivo CPF? Quantos beneficiários do Bolsa Família, do Benefício de Prestação Continuada e dos que recebem até dois salários mínimos de Benefício da Previdência Social não sabem informar o próprio CPF e por isso, apesar de atendidos, caem no rol dos 30 milhões de pobres que a Saps contabilizou na lista de desassistidos? Que outras informações deixam de ser registradas sobre outros membros da família, sobre crianças e adolescentes sob cuidado em creches, escolas e unidades de reinserção social? Enfim, quantos cadastros realizados no nível local deixam de ser reconhecidos no Sisab?

Aí vem o ‘Saúde na Hora’<sup>1,9</sup> – expressão a merecer cuidado especial ao ser enunciada para não correr o risco de vincular saúde da família à imagem de pronto atendimento –, modalidade assistencial dispensada à luz de uma lógica focal sob a responsabilidade do profissional médico.

Implantado sem repensar as linhas de cuidado nas redes de atenção e sem reforço dos respectivos quadros de pessoal, o Programa ‘Saúde na Hora’ potencializa a muvuca em desfavor do cuidado clínico longitudinal, da abordagem familiar e da

abordagem comunitária, com nefastas consequências para a saúde de todos. A tensão aumenta, há *stress*, há *burnout*. Mas... cadastre! Qualquer deslize nessa hora, no entanto, pode ser menos um cadastrado no Sisab.

O número de pessoas cadastradas no Sisab de fato, não representa o universo sob cobertura proporcionada pelas eSF. A própria Saps apresentou números desiguais em três ocasiões diferentes: 80 milhões<sup>9</sup>, 90 milhões<sup>10</sup>, 87 milhões<sup>33</sup>. Que fossem 90 milhões. Não se pode deixar de dizer: aí caberia mais do que a população da Inglaterra, da Alemanha, da França, de Portugal, da Espanha e de outras nações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que foram arroladas para estabelecimento de comparações com a ESF.

E, lá, cadastramento é feito sem muvuca, sem subfinanciamento e sem desvio de recursos públicos para financiamento de empresas privadas. Não se trata de pequena diferença. Isso, sem esquecer a tamanha diferença de tamanho, do perfil socioeconômico e das condições concretas de vida da população coberta por eSF ou equipes da APS naqueles países e no Brasil. As condições de trabalho lá e cá são incomparáveis.

Não é demais lembrar que as eSF no Brasil não se limitam a prestar cuidados individuais na unidade básica à população, cadastrada ou não cadastrada, mas residente na microárea sobre a qual tem responsabilidades. Também prestam cuidados clínicos aos de fora de área. Muitos deles, fora de quase tudo, sob a ótica socioeconômica – uma razão a mais para, à luz dos atributos da atenção primária, as eSF lançarem mão da abordagem clínica centrada na pessoa, da abordagem familiar e da abordagem comunitária e suas tecnologias específicas no seu cotidiano de trabalho.

Não deve causar estranheza, no entanto, que o ambiente e o tempo nem sempre concorram para um registro mais adequado do cadastro individual de familiares e grupos comunitários sob cuidado com óbvias repercussões negativas no Sisab. Esse é mais um fator a sugerir que os números apresentados pela Saps realmente carecem de revisão.

Além disso, chama atenção que aquela dança contábil de cadastrados nada tem a ver com o ritmo de crescimento de cadastros desde os tempos do Siab. Em dezembro de 1998, ano da sua implantação, o Siab contabilizava cerca de 24 milhões de cadastros, número que ultrapassou a casa dos 90 milhões em dezembro de 2015, quando se encontrava em processo avançado de substituição pelo Sisab instituído dois anos antes<sup>34</sup>. Já o sistema e-gestor, contabilizava cerca de 127 milhões de cadastros em dezembro de 2015 e 134,5 milhões em dezembro de 2019<sup>35</sup>.

E as diferenças não terminam aí. O Sisab lançou o Relatório de Cadastro de Pessoas, com dados agrupados por quadrimestre referentes ao ano de 2019<sup>36</sup>, cujos valores, considerados “sujeitos a alteração”<sup>36(1)</sup>, diferem de todos os outros mencionados até aqui. Importa realçar novamente que esse sistema, de fato, não capta todos os cadastros realizados no nível local, como atesta nota explicativa anexa ao mesmo relatório<sup>37</sup>.

Ou seja, cadastros realizados por uma eSF, mas considerados inconsistentes no ‘e-gestor AB’, deixam de ser contabilizados no Sisab, a menos que reenviados com as correções necessárias, conforme orientação explícita emitida em fevereiro de 2020 pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde:

Para auxiliar os municípios no processo de monitoramento dos cadastros da população na Atenção Primária à Saúde (APS), estão disponíveis os relatórios que mostram registros inconsistentes. A pesquisa pode ser feita no ‘e-Gestor AB’, onde é informado o motivo pelo qual o cadastro não subiu para a base federal do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)<sup>38</sup>.

Para concluir as considerações a respeito do banco de dados relativo ao cadastramento, importa realçar que seu tamanho não aprisiona a realidade. A gestão baseada em dados quantitativos não rompe os limites de um modelo ‘gerencialista’ e produtivista

indiferente à complexidade que envolve a atenção à saúde. Para firmar um diagnóstico mais adequado nesse âmbito seria necessário adotar um modelo de gestão com um enfoque estratégico<sup>39</sup>, capaz de mergulhar no território vivo, com seus personagens, suas histórias, suas organizações sociais e seu cotidiano vibrante, contexto no qual se torna possível reinterpretar dados reunidos em qualquer sistema de informação.

## Erro diagnóstico no âmbito histórico

Ao se debruçar sobre a avalanche de dados para gerenciar a ESF, o alto escalão do Ministério borrou sua visão a respeito da história tecida no cenário da saúde do País. Tal descuido integra outra dimensão do erro diagnóstico incorporado ao discurso inflamado da Saps em defesa do seu pacote de reformas.

Não deveria causar surpresa, portanto, que, em algumas de suas apresentações, a Saps tenha verbalizado que o SUS não era gerido clinicamente. Entretanto, o modelo clínico-assistencial assentado na média e na alta complexidade – terminologia usada com naturalidade na burocracia da saúde em nível nacional – já era hegemônico neste país décadas antes da Constituição de 1988<sup>40,41</sup>. Na realidade, o SUS nasceu sob o signo da falência do modelo biologicista, curativista, fragmentário e assistencialista que herdou. Uma herança que tem acompanhado sua história<sup>42,43</sup>.

Apesar do extraordinário capítulo escrito pela reforma sanitária brasileira com a unificação de uma rede pública de serviços regida pelos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e participação social, é necessário levá-la adiante, com base no desenvolvimento de um modelo inclusivo e consistente de APS. Não se chega até aí com base em protocolos clínicos e carteiras de serviço baseados em uma lógica biomédica de matriz cartesiana. Não se chega até aí com ‘modelo seletivo de APS’<sup>44</sup>. Não se chega até aí com

‘APS pobre para os pobres’<sup>45</sup> sem financiamento adequado e sem um plano de carreira de Estado que faça justiça ao trabalho nesse nível do sistema e valorize devidamente os profissionais que a ele se dedicam.

O caráter biotecnologista acima mencionado é um dos problemas da Carteira de Serviços do MS<sup>2,3</sup>, tema que foge ao escopo deste texto. Importa ressaltar, no entanto, que, implantada à luz do enviesado diagnóstico da Saps a respeito do modelo assistencial adotado no SUS<sup>9</sup>, tal Carteira de Serviços passou a fazer parte do pacote do Ministério que está a ameaçar os avanços da ESF verificados até 2015.

Apesar dos obstáculos poderosos que desde sempre se viu na contingência de enfrentar, a ESF obteve inúmeros êxitos em quase trinta anos de existência, a começar pela cobertura de mais do que os 90 milhões de brasileiros arrolados pela gestão do Ministério em outubro de 2019 (44 milhões a menos que o total de pessoas cadastradas no e-Gestor no mesmo período)<sup>35</sup>. Nenhum outro país, nem aqueles economicamente mais desenvolvidos, alcançou essa marca em tão pouco tempo e com tão poucos recursos. Seja como for, a ESF é um modelo exitoso de APS impulsionado por um conjunto de políticas públicas instituídas nos primeiros 15 anos deste século<sup>46</sup>.

Os êxitos alcançados pela ESF transcendem a polêmica contábil que pretende dar conta da população sob cobertura assistencial. Seus êxitos também se revelam no impacto das ações implantadas na saúde das pessoas, suas respectivas famílias e na comunidade sob cuidado das eSF, mesmo diante das condições menos favoráveis de trabalho observadas aqui e ali.

Não faltam evidências sobre os benefícios da ESF no tocante à utilização da rede de serviços, à melhoria das condições de saúde da população e à redução das iniquidades nesta área, inclusive em termos de cor da pele. A redução das taxas de mortalidade infantil à medida do aumento da cobertura pela ESF é bem conhecida, assim como a redução das taxas de internação por condições sensíveis à APS<sup>30,47-49</sup>. Obviamente, a ESF ainda não

esgotou seu processo de desenvolvimento. São 26 anos desde 1994, quando foi estabelecida ainda como Programa Saúde da Família, no contexto do já mencionado subfinanciamento do SUS. Não é de se admirar que restem desafios pendentes nesse nível dos cuidados de saúde primários a serem enfrentados desde já.

No propósito de superar tais desafios, foi instituído em 2005 um primeiro modelo de avaliação da ESF: Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)<sup>50</sup>. Constituído na perspectiva da avaliação formativa, o modelo autoaplicável, caracterizado por seu elevado potencial no campo da motivação humana para o trabalho, difere do modelo com poucas variáveis quantitativas instituído pelo MS em 2019 com propósitos gerenciais relacionados ao financiamento da ESF no contexto do Previner Brasil<sup>9,51</sup>.

O conceito de avaliação formativa ganha visibilidade no campo da saúde em decorrência das particularidades do processo de produção nessa área, que envolve, necessariamente, profissionais com autonomia técnica e pessoas, famílias e comunidades com autonomia cidadã, condição que lhes confere poder de decisão, tornando-os gestores informais nesse campo. Eis uma das razões pelas quais é fundamental entender a importância da participação social na saúde tal como expressa a Constituição Federal de 1988 ao proclamar os princípios e diretrizes do SUS. Desprezar suas contribuições é um erro que certamente compromete a busca de solução para os desafios presentes.

O atributo ‘acesso’ é um desses desafios que mais frequentam a lista de problemas da ESF. Alguns gestores a desancam por essa razão. Mas é preciso dizer que isso não ocorre apenas por causa da cobertura assistencial proporcionada pelas eSF existentes. Afinal, os vazios assistenciais que ainda existem por aqui saltam aos olhos. Já era do conhecimento público que havia brasileiros que jamais tinham estado diante de um médico antes da implantação do programa ‘Mais Médicos’, instituído em 2013. Nem é preciso ir muito longe para encontrar problema dessa ordem. Basta

observar a tal muvuca apregoada pela Saps para se chegar a essa conclusão e concordar com a insatisfação demonstrada por tantos com a demora no atendimento em cenários de sobrecarga de trabalho. Há equipes com quatro mil cadastrados. Outras com muito mais. É um ‘salve-se quem puder’.

A carência de profissionais especializados em Saúde da Família para atender às necessidades atuais e levar adiante o processo de expansão da cobertura assistencial da ESF é uma indiscutível barreira ao acesso da população à atenção primária. Há bibliografia robusta que revela sua continuidade, apesar da criação, em 1976, de três programas pioneiros de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) no Brasil, bem como a criação de alguns outros programas no período que antecedeu a implantação da ESF. Esses programas foram capazes de formar especialistas em medicina de família e comunidade com reconhecida competência tanto no cenário nacional como no internacional, mas em número insuficiente para ofertar cuidados de saúde primários em larga escala.

O *deficit* de especialistas em medicina de família e comunidade e de especialistas em saúde da família ainda é um problema de grande relevância nos dias de hoje, apesar da benfeita implantação em anos recentes de novos programas de residência médica e multiprofissional nessa área e do aumento da oferta de vagas em programas preexistentes.

Neste cenário, é lamentável que até hoje não tenha sido posta em prática a universalização dos programas de residência médica com regulamentação do percentual da distribuição de vagas por especialidade, bem como a expansão do programa de residência em medicina de família e comunidade como disposto no ‘Mais Médicos’<sup>12,13</sup>. Também não se pode deixar de mencionar que o aumento isolado da oferta de vagas não teria sido suficiente face à escassez de médicos de família e comunidade. Afinal a “ideologia da excelência tecnológica”<sup>52(279-80)</sup>, convertida em verdadeiro paradigma de excelência médica,

atraía, como ainda atrai, um batalhão de recém-formados para outras paragens.

Mas não só. Como atrair jovens médicos recém-formados para os programas de residência em medicina de família e comunidade se eles podem ingressar diretamente no mercado de trabalho representando a rede assistencial da Saúde da Família, cuja remuneração é cerca de quatro vezes maior do que a remuneração oficial dos programas de residência médica definida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em nível nacional? Como atrai-los para programas de residência médica implantados no tal ambiente de muvuca? Também é digno de nota que a complementação da bolsa de residência adotada em anos recentes por um número ainda reduzido de municípios tem contribuído para um preenchimento mais razoável das vagas ofertadas pelos mesmos.

À Comissão Nacional de Residência Médica cabe a responsabilidade de redefinir a bolsa dos residentes em medicina de família e dos programas de residência multiprofissional em saúde da família levando em conta os valores pagos pelo mercado.

Outro significativo desafio em termos da disponibilidade de pessoal diz respeito à formação de preceptores. Essa questão vai além do quantitativo insuficiente do quadro para fazer frente à demanda atual da área, pois, modo geral, tais preceptores acabam sobrecarregados ao se verem na contingência de assumir múltiplas atividades no cotidiano dos serviços, tanto em atividades de natureza assistencial como administrativa. Além disso, falta-lhes quase sempre o devido reconhecimento acadêmico, a menos que façam parte do corpo docente de uma instituição de ensino responsável por um programa de residência ou por atividades curriculares em APS-ESF. Haja fôlego!

Aí também é de responsabilidade do MS contribuir para a implantação de estratégias governamentais para reverter esse quadro, em parceria com o MEC.

Por essas e outras razões, sobretudo em relação à inexistência de um plano de carreira

de Estado – com algumas exceções nesse terreno até certo ponto pantanoso –, ainda é possível verificar desafios nada triviais em termos de fixação profissional nos respectivos postos de trabalho. Possivelmente, o problema é ainda mais sério diante do contingente de profissionais de outras especialidades fora da APS inseridos nas ESF, que, por algum motivo, ainda não tiveram oportunidade de obter titulação na área.

Todos sabem que o tempo não tem sido generoso com os profissionais que atuam na ESF. Não é difícil entender que é necessário dispendir considerável energia para organizar o processo de trabalho de modo consistente com a responsabilidade de implantar as atividades inerentes à APS e dar conta de seus atributos.

Nem sempre os gestores da saúde se sentem confortáveis diante de tal desafio. Não é de causar surpresa que muitos se agarrem à questão do acesso à consulta clínica individual, que lhes parece de mais fácil compreensão. Realmente, já não é tão fácil assim compreender que o modelo clínico-assistencial centrado no paradigma biotecnológico para abordar as questões de saúde no âmbito da APS constitui o caminho mais seguro para a promoção do desastre. Não é uma tarefa trivial para gestores e críticos menos afeitos à abordagem da pessoa, da família e da comunidade virar o disco, pois essas abordagens exigem lançar mão de um paradigma mais complexo<sup>53</sup>, de modo a não confundir a clínica das doenças com a clínica centrada nas pessoas, para não confundir abordagem familiar e abordagem comunitária com paternalismo, assistencialismo ou futilidades.

É, de fato, um grande desafio vencer preconceitos e maledicências a respeito da ESF. Entretanto, não foram e não serão capazes de silenciar as vozes que se levantam na defesa de um sistema público de saúde centrado nos princípios humanistas e solidaristas que presidiram a gestação do SUS. Sua implantação constitui um marco na história da reforma sanitária brasileira, cuja continuidade implica a reorientação do modelo assistencial ainda

hegemônico no País. A ESF não deixará de fazer sua parte.

## Comentários finais

O pacote de reformas do MS, formulado em torno de um diagnóstico distorcido, atropela importantes conquistas da saúde no Brasil e afronta as demais instâncias gestoras do SUS, representadas pelas Conferências e Conselhos de Saúde, canais legítimos da participação social nessa área. Em respeito à lei que rege a matéria, é obrigatório que os gestores do SUS nas três esferas de governo dialoguem com o controle social, cujas atribuições respondem pela efetiva participação social no sistema único, como dispõe a Constituição Federal<sup>54</sup>. As conquistas na saúde que vieram com o fim da ditadura instaurada em 1964 não aconteceram ao acaso. Resultaram de um processo participativo de reforma sanitária, cuja continuidade requer igual participação da sociedade civil organizada.

O segundo capítulo, ainda inconcluso desse processo, implica deslocar o modelo clínico-assistencial hospitalocêntrico da posição hegemônica que ainda ocupa na organização do SUS e substituí-lo por um modelo assistencial centrado no paradigma da integralidade biopsicossocial e espiritual, reverter o subfinanciamento do sistema único e implantar um plano de carreira de Estado.

Como conclusão, este ensaio refuta o diagnóstico firmado pelo MS e sua agenda tecnocrática de reforma construída entre pares que fragmenta a atenção primária, distorce seus princípios e mina a ESF, sua expressão mais completa. Por fim, recomenda que o processo de avaliação da ESF seja feito à luz dos princípios do planejamento estratégico-situacional.

## Colaborador

Rodrigues RD (0000-0002-8662-6471)\* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido das Unidades da Saúde da Família. Diário Oficial da União. 17 Maio 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços. Consulta Pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2019 set 18]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira\\_servico\\_da\\_APS\\_consulta\\_SAPS.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/carteira_servico_da_APS_consulta_SAPS.pdf).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS); Versão Profissionais de Saúde e Gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2020 out 13]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf).
4. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União. 1 Ago 2019.
5. Brasil. Lei nº 13958, de 18 dez 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União. 19 Dez 2019.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previnha Brasil. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019.
7. Banco Mundial. Propostas de Reformas do Sistema Único da Saúde. [acesso em 2019 nov 29]. Disponível em: <http://pubdocs.worldbank.org/en/545231536093524589/Propostas-de-Reformas-do-SUS.pdf>.
8. Setor Saúde. Setor Saúde no Brasil e no mundo. Banco Mundial apresenta propostas para reforma do SUS. [acesso em 2019 jun 6]. Disponível em: <https://setor-saude.com.br/banco-mundial-apresenta-propostas-para-a-reforma-do-sus/>.
9. Harzheim. O SUS no Século 21: Desafios de Mudanças Necessárias. 2019. [Vídeo YouTube] [40 min.]. Publicado pelo Canal Fundação Fernando Henrique Cardoso. [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mf6C4-LiEwg>.
10. Harzheim E. Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde. 2019. [Vídeo YouTube] [2h 53 min.]. Publicado pelo Canal Câmara dos Deputados. [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9bvLgxBLiOc->.
11. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília, DF: Conass; 2003. p. 38-39.
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 1.2871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. Diário Oficial da União. 23 Out 2013. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Mais Médicos: Conheça o Programa. [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: <http://www.maismedicos.gov.br/conheca-programa>.
14. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 10.383. Institui o Serviço Social Autônomo para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS. Diário Oficial da União. 20 Mar 2020.
15. Brasil. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para insti-

- tuir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Dez 2016.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
  17. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS. Rio de Janeiro: Abrasco; 2019. [acesso em 2019 dezembro 6]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>.
  18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.
  19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 648/GM. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
  20. Temporão JG. Panorama histórico-político do SUS: a construção de um sistema de saúde universal. 2020. [Youtube] [1h 4min]. Publicado pelo Canal casafuerj. [acesso em 2020 jul 22]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wH4338JsJaw>.
  21. Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório Sistemático da Fiscalização da Saúde – FISCISAÚDE 2017-2018. Brasília, DF: TCU; 2019. [acesso em 2020 out 20]. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=C79E6EBAE41D3DF70588C0D898C73822.proposicoesWebExterno1?codteor=1853413&filename=Tramitacao-PFC+175/2018](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=C79E6EBAE41D3DF70588C0D898C73822.proposicoesWebExterno1?codteor=1853413&filename=Tramitacao-PFC+175/2018).
  22. Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. BNDES aprova R\$20,4 milhões para reforma de hospital em SP. Rio de Janeiro: BNDES; 2018. [acesso em 2020 agosto 8]. Disponível em: <https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/imprensa/noticias/conteudo/bndes-aprova-r-20-4-milhoes-para-reforma-de-hospital-em-sp>.
  23. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Desenvolvimento do Sistema único de Saúde. São Paulo: Rev Saúde Pública. 2011; 45(4):808-811.
  24. Brasil. Senado Federal. Portal de Notícias. Aprovado repasse de R\$2 bilhões para santas casas e hospitais filantrópicos. [Brasília DF]: Agência Senado; 2010. [acesso em 2020 agosto 8]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/03/31/aprovado-repasse-de-r-2-bi-para-as-santas-casas-e-hospitais-filantropicos>.
  25. Ocké-Reis CO. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2020 mar 18]; 23(6):2035-2042. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602035&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602035&lng=pt).
  26. Machado FG. Os gastos públicos e privados com Saúde das Famílias brasileiras de 2000 a 2015. [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. [acesso em 2019 agosto 14]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/158347/Monografia.%20do%20Feli%20Galv%C3%A3o.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  27. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de Atención Médica: um texto introductorio. Octavio Gomes Dantés traductor. México: Instituto Nacional de Salude Pública; 1990.
  28. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Eficiência em saúde. In: Brasil. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
  29. Faveret Filho PS. Políticas de Saúde em Perspectiva Comparada: Brasil, Estados Unidos e Inglaterra. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; Instituto de Economia Industrial; 1992.

30. Mendonça CS, Lenz MLM, Oliveira VB. Uso do indicador internação por condições sensíveis à atenção primária na avaliação de condições de saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 422-432.
31. Harzheim E. APS: prioridade 1 do Ministério da Saúde [DVD]. In: 15º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade; 2019 jul 10-13; Curitiba. São Paulo: TV MED; 2019.
32. Harzheim E. Nova Proposta de Financiamento da Atenção Primária no SUS. COSEMS SP. 2019 out 21. [acesso em 2019 dez 16]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/confira-a-integra-da-apresentacao-da-proposta-do-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-no-sus/>.
33. Harzheim. Novo financiamento da APS – Entrevista. 2019 [YouTube] [5 min]. Publicado pelo Canal Diário de um Posto de Saúde. [acesso em 2020 jan 3]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ze-jJ0RZ0k8>.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Informática. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>.
35. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, e-Gestor AB. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=6A52s-EMOUAD6TTgq0uf12EA>.
36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Cadastro individual. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>.
37. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: [https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota\\_tecnica\\_relatorio\\_cadastro\\_191219.pdf](https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_cadastro_191219.pdf).
38. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Acompanhamento de cadastros inconsistentes no e Gestor AB. [acesso em 2020 agosto 24]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/acompanhamento-de-cadastros-inconsistentes-no-e-gestor-ab/>.
39. Rivera JFU, organizador. Planejamento e Programação em Saúde – um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1989.
40. Mello CG. O pauperismo do Ministério da Saúde. In: Mello CG. Sistema de Saúde em Crise. São Paulo: CE-BES; HUCITEC; 1981. p. 69-71.
41. Landmann J. Evitando a saúde & promovendo a doença. Rio de Janeiro: Achiamé; 1982.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica – SUS 01/1993. [acesso em 2020 abril 6]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html).
43. 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. 198 p.
44. Testa M. Atenção Primária (ou Primitiva?) de Saúde. In: Testa M. Pensar em Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 160-167.
45. Sonis A, Panaini JM. Atención Primaria. In: Sonis A, organizador. Medicina Sanitaria y Administracion de la Salud. 2. ed. Buenos Aires: El Atheneo; 1976. p 340-345. [Tomo II].
46. Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019; 14(41):2180.

47. Sampaio LFR, Mendonça CS, Turci MA. Atenção primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 50-65.
48. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2010. 129 p. [acesso em 2018 maio 10]. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9156/1/2011\\_LF%c3%albioMafra.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9156/1/2011_LF%c3%albioMafra.pdf).
49. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1902-1913.
50. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Documento Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 110 p.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. 11 Dez 2019.
52. Landman JA. Outra Face da Medicina: Um estudo das ideologias médicas. Rio de Janeiro: Salamandra; 1984. p. 279-280.
53. Rodrigues RD, Anderson MIP. Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 81-92.
54. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

---

Recebido em 22/12/2020

Aprovado em 04/08/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres

*National Policy for Integral Attention to Women's Health: leading role of the women's movement*

Kátia Souto<sup>1,2</sup>, Marcelo Rasga Moreira<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113020

**RESUMO** O artigo aborda a trajetória de elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher a partir da participação social do movimento de mulheres, do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, das instâncias de diálogo construídas desde a década de 1980 até aprovação em 2004 e proposição de revisão em 2017 pelo Estado brasileiro. Apresenta o processo de participação social do movimento feminista, ao longo desse período, limites, recuos e avanços para a elaboração e implantação da política. O artigo traz elementos para reflexão a partir de uma abordagem de gênero e cita alguns pontos de intersecção e diferenças dos mecanismos institucionais de controle social, no campo das políticas para as mulheres e da construção do Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Participação social. Saúde da mulher. Identidade de gênero. Política pública.

**ABSTRACT** *The article addresses the elaboration trajectory of the National Policy for Integral Attention to Women's Health from the social participation of the women's movement, the Brazilian Health Reform Movement, the instances of dialogue raised in the 1980s until its approval in 2004 and review in 2017 by the Brazilian State. It presents the process of social participation of the Feminist Movement, throughout this period, its limits, setbacks, and advances for the elaboration and implementation of the Policy. The article brings elements for reflection from a gender approach and mentions some points of intersection and divergence in institutional mechanisms of social control, both in the field of women's policies and in the development of the Unified Health System.*

**KEYWORDS** *Social participation. Women's health. Gender identity. Public policy.*

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

<sup>2</sup>Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) - Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ainda em vigor no País, é responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos), e que, por isso, organizavam o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora. Seu caráter ‘integral’ diz respeito a uma forma emancipadora de compreender as mulheres e sua saúde, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito. Isso demanda um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não invisibilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde.

Os primeiros passos institucionais dessa trajetória de quatro décadas começaram, simbolicamente, em 1983, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompe com o termo ‘materno-infantil’ – até então orientador das ações de saúde da mulher – e passa a usar o termo ‘integralidade’. Institucionalmente, modificou-se também a estrutura do Ministério da Saúde, em que a ‘área técnica materno-infantil’ tornou-se ‘área técnica de saúde da mulher’. O PAISM significou também um rompimento com uma abordagem controlista, que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres. Em resposta, o programa passou a trabalhar os direitos reprodutivos, o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia, como decisão da mulher sobre quando, como e quantos filhos deseja ou não ter.

Anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), o PAISM conseguiu se consolidar, em grande parte, graças ao fortalecimento do movimento feminista brasileiro, que, nos anos 1980, imprimiu um caráter político às suas demandas, estabelecendo espaços de diálogo com o

Estado e com a sociedade, em especial, após o fim da ditadura militar e o início do processo de redemocratização do País.

Nesse momento histórico, as lutas feministas orientaram-se também por igualdade nas leis e por políticas públicas que contemplassem as relações de gênero, as desigualdades nas relações de trabalho e o direito à saúde. O movimento foi protagonista na implantação do PAISM, tanto em sua formulação quanto na sua reorganização institucional e implementação, com várias de suas integrantes assumindo a área técnica de saúde da mulher no Ministério da Saúde e em diversas secretarias estaduais, em um processo decisivo também para a formação de profissionais e gestores de saúde.

Essas lutas ambientaram e foram ambientadas em outro importante processo de lutas políticas e sociais, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Articulando o enfrentamento à ditadura militar com o projeto socialista de um sistema de saúde único, universal, gratuito, de qualidade, com participação e controle social, esse movimento congregou profissionais de saúde, gestores, lideranças políticas e movimentos sociais em torno da construção de um sistema único de saúde, garantido na Constituição Cidadã de 1988.

Desde esse início, que representa um momento de articulação e confluência de lutas sociais, até os momentos atuais – do PAISM à PNAISM, do MRSB ao SUS<sup>1</sup> –, a participação do movimento feminista e de lideranças femininas protagonizou a elaboração, a implementação e o desenvolvimento de políticas referentes à saúde da mulher, bem como o enfrentamento de grupos e iniciativas que buscam retirar direitos duramente conquistados.

Essa participação longa e vigorosa, algo incomum no Brasil, não foi monolítica nem estacionária, variando nos diferentes momentos históricos, seguindo as lógicas das lutas cotidianas que levaram o movimento feminista a integrar espaços de gestão institucional; a atuar como movimento social dialogando diretamente com o Estado; a participar de espaços institucionais, como conselhos e conferências

de saúde e de direitos das mulheres; a buscar espaço nos partidos políticos; e a ir às ruas, no enfrentamento dos momentos mais críticos.

Nesse contexto, este artigo objetiva analisar e sistematizar essa trajetória de luta, construção e implementação da PNAISM, tendo como foco a participação do movimento feminista nesse processo. Pretende-se, assim, contribuir para o resgate histórico da trajetória da política e do movimento, de maneira a identificar avanços e dilemas, bem como evidenciar que a participação social é fundamental para (re) formulação, implantação e desenvolvimento de políticas efetivas e de qualidade.

## Aspectos metodológicos

Para levantar as informações necessárias, o artigo trabalhou, sobretudo, com fontes secundárias de informação, todas públicas e de acesso livre e universal. Utilizou também, embora de forma complementar, um conjunto de informações pessoais que registram e resgatam a vivência e a participação de um dos autores deste texto no processo histórico estudado, podendo ser caracterizado como relato de experiência.

As fontes secundárias utilizadas, além da mandatória revisão bibliográfica, concentram-se: i) nos documentos que instituem o PAISM (1983): 'Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de uma ação programática' (publicado em 1984)<sup>2</sup> e 'Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes' (2004)<sup>3</sup>; ii) nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (VIII, de 1986; IX, de 1992; X, de 1996; XI, de 2000; XII, de 2003; XIII, de 2007; XIV, de 2011; e XVI, de 2019), em que foram identificadas citações ao PAISM, à PNAISM, à Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (Cismu)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) e à Conferência de Saúde das Mulheres<sup>4</sup>; iii) nos textos-base e ou relatórios das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, de 2004; II, de 2007; III, de 2011; e IV, de 2016),

em que foram identificadas referências ao PAISM, à PNAISM ou à atenção integral à saúde das mulheres<sup>5</sup>; iv) nos relatórios de reuniões da Cismu/CNS (XXV, XXVII, e XXVIII), 2004 a 2006, quando se discutiu a PNAISM e seu documento de princípios e diretrizes<sup>6</sup>; v) na ata da 163ª reunião do CNS<sup>7</sup>, em 2006, quando se pautou a apresentação e discussão sobre a PNAISM; vi) nas resoluções do Seminário Nacional de Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher do CNS, em 2007<sup>8</sup>, que definiu ações e estratégias para implementação da PNAISM no SUS, ampliando a participação social de lideranças dos movimentos feministas e da saúde, para além de conselheiras de saúde.

Destacam-se os artigos, na revisão bibliográfica utilizada, sobre a trajetória do PAISM, da PNAISM e do MRSB, autoria de: Osis<sup>9</sup>, Costa<sup>10</sup> e Silveira, Paim e Adrião<sup>1</sup>.

Aos documentos e artigos, somam-se registros e anotações pessoais de um dos autores que vivenciou o período, tendo participado de reuniões, encontros, seminários e congressos dos movimentos de mulheres (1985-2018); do Fórum Nacional de Conselhos dos Direitos das Mulheres (1991-1995); do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (2003-2006); da Cismu do CNS (2000-2018); das Conferências Nacionais de Saúde (IX, X, XI, XII, XIV, XV e XVI); das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, II, III e IV) e da II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres (2017).

A análise de todos os materiais ancorou-se em uma perspectiva relacional entre os achados da trajetória da formulação do PAISM e da PNAISM e a trajetória da participação social nesse processo. A isso, acrescentaram-se a influência e os sentidos da ebulição do período de democratização do Brasil e de construção do SUS. Orientadas por essa perspectiva relacional, tomam-se: as referências bibliográficas e a linha de tempo de formulação e implementação tanto do PAISM como da PNAISM, considerando o contexto sócio-histórico de cada período, os marcos

institucionais, a participação social para a produção da política, os participantes na construção e implementação em cada período, a forma e espaços de participação e as aproximações e distanciamento em relação ao Estado.

A partir dessa sistematização, foi possível construir uma análise comparativa entre a elaboração da política e a participação social e, ao mesmo tempo, identificar base teórica e conceitual subjacente.

## Movimento feminista, participação, gênero e saúde

No século XIX, há uma efervescência de valores e de reorganização social no mundo político e do trabalho, especialmente na Europa. É um marco de transição para o chamado ‘mundo moderno’, que traz também um novo patamar da participação das mulheres na sociedade – mediado por sua entrada no mercado de trabalho formal –, rompendo os limites entre o espaço privado e público. A inserção da mulher nesse novo mundo contemporâneo, a partir da industrialização e do desenvolvimento do capitalismo, repercutem nos arranjos familiares, na reprodução, na visibilidade da opressão da mulher, nas desigualdades sociais, nos valores culturais.

O feminismo vem se reafirmando como um dos movimentos sociais que se situam no campo emancipatório desde sua primeira expressão, na França, em 1789, quando as mulheres organizadas lançaram em praça pública seus reclames e desafiaram a história e a si próprias ao questionarem a ordem estabelecida reivindicando a igualdade e ao afirmarem a liberdade<sup>11(70)</sup>.

Esse período, no Brasil, considerando o feminismo como ação política pela emancipação feminina nos diversos espaços da sociedade, nos remete a reconhecer como conquistas das mulheres, ainda que não houvesse movimento organizado que se intitulasse como movimento

feminista. Durante o Império (1822-1889), foi reconhecido o direito à educação da mulher, quando Nísia Floresta (1819-1885), grande ativista pela emancipação feminina no Brasil, fundou a primeira escola para meninas, no Rio de Janeiro, em 1838; e posteriormente, em 1879, as mulheres conquistam o direito ao acesso ao ensino universitário.

Dialeticamente, a opressão imposta às mulheres exige delas a luta pela defesa dos seus direitos e contra as diferentes formas de exploração a que eram submetidas, a busca pela igualdade social, pelos direitos sexuais e reprodutivos, pelos direitos civis e trabalhistas. Nesse processo, ousaram reivindicar por espaços e direitos em um mundo culturalmente pertencente aos homens. Conquistaram o direito ao voto, direitos sexuais e direitos reprodutivos – viver a sexualidade sem a obrigatoriedade da reprodução. Todas essas conquistas tiveram grande participação e mobilização social das mulheres, ganhando visibilidade e força do e no movimento feminista.

Questionamentos e importantes temas de debate do feminismo foram: a ordem sexual dominante e a opressão de gênero sobre as mulheres na vida pessoal e social, sobre o privado e o público, sobre como são definidos os espaços de vivência do masculino e do feminino, na vida familiar, no trabalho, na sociedade. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por lutas femininas em diferentes espaços e setores, desde a reivindicação de direitos trabalhistas, o direito ao livre exercício da sexualidade, até a produção de conhecimento sobre o conceito de gênero, promovendo debates profundos sobre corpo e epistemologia no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde. O ano de 1975 foi definido como ‘ano da mulher’, quando foi lançada, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a década das mulheres, instituindo o dia 8 de março como Dia Internacional da Mulher, marcando um período de visibilidade internacional da luta feminista em todo o mundo.

A década de 1990, de acordo com Pitanguy<sup>12</sup>, foi marcada como a década das conferências

mundiais, que incluíram nas suas agendas a temática da luta das mulheres: i) 1992 – Conferência Rio-92 sobre o meio ambiente debateu o ecofeminismo e ampliou os espaços de participação social, como a Tenda Planeta Fêmea; ii) 1993 – Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, reconheceu os direitos das mulheres como direitos humanos; iii) 1994 – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da ONU, no Cairo, debateu direitos sexuais, direitos reprodutivos e enfrentamento à violência de gênero; iv) 1995 – IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing/China, marcou a importância da participação feminina em todos os espaços de poder, o papel do Estado e das políticas públicas para as mulheres, reafirmando a luta pela igualdade de gênero.

No Brasil, houve repercussões desses movimentos e eventos das décadas de 1970 a 1990, refletidas nas diferentes formas de militância das mulheres, desde a luta pela redemocratização do País e pelo fim da ditadura militar – Comitês Femininos Pela Anistia –, a proliferação e fortalecimento de organizações não governamentais de cunho feminista, passando pela inserção da participação feminina em diversos movimentos sociais, entre eles, o MRSB, até a luta pelo PAISM e pela criação de mecanismos institucionais de políticas públicas no Estado, como conselhos de direitos e delegacias especializadas de mulheres. A década de 1970 no Brasil foi o ponto de partida para a formulação de questões essenciais no campo das transformações culturais e políticas no âmbito dos direitos das mulheres. *Slogans* como: ‘nosso corpo nos pertence’ e o ‘pessoal é político’ passaram a ser insígnias que legitimaram as reivindicações das mulheres, traduzindo-se no Brasil, ao longo dos anos seguintes, em transformações no âmbito das leis e das políticas públicas.

A crescente presença das mulheres na esfera pública, nos espaços de debates institucionais e na vida política e social apresentando suas demandas, dando visibilidade a sua condição feminina na sociedade, questionando

as desigualdades e reivindicando direitos, é elemento de um processo histórico que ganhou força no cenário mundial e nacional. O movimento feminista fortaleceu-se como movimento social que questionava a organização da sociedade a partir da desigualdade de gênero em todos os espaços da vida humana, na família, no trabalho, na política, no direito, na religião, nas relações sociais e pessoais.

A participação das mulheres inaugurou também uma nova forma de atuação política, na qual os movimentos feministas ganharam força e extrapolaram as reivindicações no campo dos direitos e da melhoria de condições de vida ou de trabalho, questionando as relações de poder não apenas a partir do conceito de classe, mas também de gênero. Além disso, ao questionar, o movimento colocou em cena o debate sobre poder e como este se constitui nos diferentes cenários sociais e políticos ao longo da história.

Ao mesmo tempo que crescia a organização e mobilização feminina como movimento social e de participação política, aprofundava-se o debate sobre o conceito de gênero. As discussões giravam em torno de sua abordagem histórica para compreensão do mundo, das relações de poder, das relações entre o masculino e o feminino, das relações no âmbito do privado e do público, dos impactos na saúde das mulheres a partir do questionamento sobre o controle do corpo feminino, utilizando-se das diferenças biológicas para construção das desigualdades de gênero, em especial, o papel de reprodução e maternidade como sendo a ‘missão feminina natural’ na sociedade. Esse movimento denunciou a violência doméstica e sexual contra a mulher, trazendo o privado para o público e reivindicando políticas públicas que garantissem a vida e a saúde das mulheres.

Para as mulheres organizadas em movimentos, grupos, ONGs, a democracia não se refere apenas ao exercício da cidadania plena na esfera pública, mas também às relações na vida cotidiana, no trabalho, na família, na saúde, na educação<sup>11(21)</sup>.

A abordagem de gênero tem sido importante para questionar valores e poder a partir da desigualdade entre os gêneros, oriunda de uma construção social, política, cultural e histórica, e não como uma naturalização biológica da diferença entre homens e mulheres. Os papéis femininos e masculinos são construídos historicamente a partir desse lugar, em que as diferenças biológicas foram e são usadas para a construção das desigualdades, em especial, os corpos femininos no cuidado à saúde, destacadamente em relação à reprodução, sendo visto como um lugar de justificativa da desigualdade de gênero. Vale citar um *slogan* forte do movimento feminista: “*diferentes, mas não desiguais*”.

Marx e Engels<sup>13</sup> já traziam em suas abordagens as desigualdades entre homens e mulheres nas relações de poder e apontaram que a primeira opressão se expressou na divisão sexual do trabalho. Foucault<sup>14</sup> destaca essa desigualdade em seu livro ‘História da sexualidade, 3’, no campo da saúde, de como o controle dos corpos são espaços de dominação e reforçam desigualdades, apontando as relações desiguais entre os corpos femininos e masculinos, seus significados simbólicos, biológico e social. Entretanto, o conceito de gênero ganha dimensão de análise sociológica com Joan Scott<sup>15</sup>, que afirma que gênero é uma construção social e relacional e expressa as relações de poder entre os gêneros.

Essas abordagens sobre gênero e saúde da mulher, como categoria relacional, contribuíram para a compreensão de integralidade.

Categoria relacional, como observa Joan Scott, encontrou campo extremamente favorável, num momento de grande mudança das referências teóricas vigentes nas ciências humanas, e em que a dimensão da cultura passava a ser privilegiada sobre as determinações da sociedade. Assim como outras correntes de pensamento, a teoria feminista propunha que se pensasse a construção cultural das diferenças sexuais, negando radicalmente o determinismo natural e biológico<sup>16(15)</sup>.

A articulação entre a contribuição teórica da categoria de gênero, a mobilização social do movimento feminista por políticas públicas para mulheres e a luta pela democratização do Estado foi decisiva no processo de elaboração, implementação e monitoramento da PNAISM, como se pode constatar na sua trajetória.

## **Do materno-infantil à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

A trajetória de elaboração do PAISM e da PNAISM teve processos e espaços de participação diversos que se fortaleciam de forma integrada para elaborar, implementar e monitorar as políticas, suas metas e estratégias estabelecidas. A definição de acordos e compromissos internacionais, de articulação intra e intersetoriais, a participação em instâncias institucionais, integrando grupos de trabalho, comissões e conselhos de direitos (CNS e CNDM), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) foram fundamentais para os avanços conquistados no campo da saúde das mulheres no Brasil.

O período de 1980 foi marcado pela força do movimento feminista na proposta de elaboração de uma política para saúde da mulher e sua institucionalização enquanto programa de saúde. Em abril de 1983, o Ministério da Saúde instituiu uma comissão para escrever um documento que fundamentaria as bases de ação programática, que se tornou o PAISM e que contou com a contribuição de profissionais de saúde, gestores e feministas. Rompia-se, assim, com o termo materno-infantil, introduzindo-se a ‘integralidade’ para a atenção à saúde da mulher sob a perspectiva de gênero, refletindo o debate teórico de intersecção de ambos os conceitos no corpo e no cuidado à saúde das mulheres.

A sua relevância fica clara ao se evidenciar o seu significado social, destacando-se a sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na maneira como até então a saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde<sup>9(31)</sup>.

Em 1984, o Ministério da Saúde publicou e divulgou oficialmente o documento que consolidava as bases do PAISM. Com a intenção de materializar o programa e dar direção às propostas, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros, trabalhadoras de serviços de saúde, incluindo muitas feministas, reuniram-se em outubro desse mesmo ano no I Encontro de Saúde da Mulher e construíram a 'Carta de Itapecerica'. Nessa carta, estavam contidos os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, viriam a se tornar bases constitucionais do SUS.

Costa e Aquino, sobre esse período, ponderam que:

A década de oitenta, época das construções e da efervescência criativa para a saúde, propiciou o aumento da participação das mulheres nas esferas de decisão na gestão da saúde. Esse processo, de repercussão na ação política das mulheres, foi responsável, em parte, pelo recuo temporário na intervenção do movimento feminista nas práticas de controle social<sup>17(181)</sup>.

No processo de mobilização e construção da VIII Conferência Nacional de Saúde, destacaram-se o reconhecimento e a importância do papel e da participação das mulheres, conforme apontam Costa, Bahia e Conte:

A marcante participação das mulheres nos debates sobre a Reforma Sanitária, e o amplo reconhecimento sobre as especificidades do tema saúde da mulher viabilizaram a aprovação, entre as resoluções da VIII Conferência Nacional de Saúde, da convocação da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher<sup>18(17)</sup>.

Outro importante espaço da participação das mulheres, decisivo na organização e mobilização da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986, e na Constituinte, em 1988, foi o CNDM, criado em 1985, fruto de articulação de grupos feministas que defendiam a importância de ocupar espaços institucionais como forma de implementar políticas públicas com perspectiva de gênero.

Elaborado desde 1983, o PAISM corria o risco de 'ficar no papel', seguindo o destino de outros programas. Sua regulamentação transformou-se, então, em um dos principais objetivos do CNDM, agindo em consonância com o movimento de mulheres<sup>9(28)</sup>.

Essa parceria configurou-se como o espaço de discussão da implementação do PAISM e das ações de saúde da mulher prioritárias, como a redução da mortalidade materna, os direitos reprodutivos e sexuais e a formação de profissionais e de serviços de saúde que se organizassem a partir da atenção à integralidade da saúde das mulheres, e não apenas para as mulheres no seu período gravídico. Nessa época, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos destacava-se como a principal organização do movimento feminista no campo da saúde da mulher e representava o pensamento e a luta feminista pela saúde integral e universal, com autonomia e respeito à diversidade das mulheres; e agregava, na sua composição, a pluralidade de diversos movimentos de mulheres.

Entre 1983 e 1987, à frente da área técnica de saúde da mulher, estiveram feministas e profissionais de saúde que deram início à implantação do PAISM, com apoio de algumas secretarias estaduais de saúde que também tinham gestoras que buscavam implementar a atenção integral à saúde das mulheres, reorganizando os serviços de assistência nessa dimensão. Entre 1987 e 1997, passaram pela coordenação da saúde da mulher gestores que não tinham diálogo com o movimento de mulheres, e as feministas ficaram afastadas desse espaço de participação por dez anos.

Com a Constituição de 1988 e a implantação do SUS em 1990, os movimentos de mulheres, tanto do feminismo quanto de outras áreas, como sindicalismo, ONGs e entidades de profissionais de saúde, passaram a desenvolver ações integradas para exigir a implementação do PAISM. A partir das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, que definem a organização dos serviços de saúde e estabelecem o controle social no SUS, e sob o protagonismo dos secretários estaduais de saúde (Conass) e secretários municipais (Conasems), ganharam importância a organização da rede de saúde e os conselhos de saúde nas três esferas de gestão. A criação da Cismu no âmbito do CNS, que desde sua reorganização foi coordenada por feministas da saúde, teve papel importante no processo de implementação e monitoramento do PAISM, em ação articulada com as feministas que atuavam no CNDM. Em 1989, a desestruturação do CNDM também afetou a articulação nacional no campo das políticas públicas, entretanto, a agenda feminista na esfera governamental foi mantida pela criação e atuação do Fórum Nacional de Conselhos Estaduais de Direitos da Mulher, que se organizou como instância de articulação e coordenação nacional até 1995, quando se retomou a participação do movimento feminista e suas representações no CNDM.

A Cismu constituiu-se, portanto, em um fórum privilegiado de participação social do movimento de mulheres, composto por representantes de diversos segmentos do movimento feminista, ampliando, assim, sua influência na articulação de ações para a saúde das mulheres. A Rede Feminista de Saúde definiu como ação prioritária de sua atuação o controle social e, para tanto, produziu e divulgou amplamente a cartilha 'Controle social, uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres' (primeira edição em 1999 e segunda edição em 2000)<sup>19</sup>. A cartilha explicava o que é controle social, como participar dos conselhos de saúde, leis do SUS, entre outros, e estimulou a participação de representantes do movimento de mulheres nos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais.

A Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CISMU), instância de assessoramento ao pleno do CNS, tem ampla presença de setores representados e mantém uma regularidade de debates e de contribuições<sup>19</sup>.

No balanço institucional da 'Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes'<sup>3</sup>, correspondente ao período de 1998 a 2002, constatou-se a priorização da saúde reprodutiva, em especial, as ações para redução da mortalidade materna, em que constassem como princípio e diretriz a atenção integral à saúde da mulher e o desenvolvimento de ações para a implantação de serviços de assistência às mulheres vítimas de violência.

A Rede Feminista de Saúde coordenou a Cismu de 1998 até 2015, com destacado papel de articulação com o Estado, com CNS e CNDM para priorização de agendas referentes à saúde das mulheres em suas instâncias deliberativas. Desde 2016, a coordenação da Cismu é da União Brasileira de Mulheres, entidade feminista que também integra a Rede Feminista de Saúde. Apesar dessa participação e do protagonismo no campo do controle social e da saúde pública, a representação das mulheres no pleno do CNS enquanto movimento de mulheres possuía, no início, apenas uma representação; e mais recentemente, são duas representações titulares, em um total de 48 cadeiras: uma do movimento de mulheres e outra do movimento de mulheres negras. Considerando que as mulheres são a maioria das usuárias do SUS e de profissionais de saúde, constata-se uma sub-representação na maior instância de controle social do SUS, o CNS.

Outro importante espaço de participação social das mulheres, no qual exigiram e aprovaram ações de implementação do PAISM, foram as Conferências Nacionais de Saúde. O primeiro relatório a citar ações de saúde para mulher foi o da V Conferência Nacional de Saúde (1975), que, em suas ações propostas, destacou como prioridade a saúde materno-infantil. Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, aprovaram-se a importância de uma

política nacional de atenção à saúde da mulher e a realização de uma conferência temática no mesmo ano: ‘Conferência de direitos e saúde da mulher’. Foram identificadas propostas aprovadas sobre saúde da mulher e conferência de saúde da mulher nos relatórios das seguintes Conferências Nacionais de Saúde<sup>20</sup>: IX (1992) – “[...] que sejam realizadas conferências sobre temáticas específicas [...] saúde da mulher”; X (1996) – “Saúde da Mulher. 317. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde devem implantar efetiva e imediatamente o PAISM. 318. O Ministério da Saúde deve realizar a II Conferência Nacional de Saúde da Mulher”; XI (2000) – “Políticas Específicas – Saúde da Mulher. 108. O conjunto de propostas voltadas para a Atenção Integral à Saúde da Mulher reafirma [...] a política de assistência integral”; XII (2003) – “Eixo temático V – Organização da Atenção à Saúde. Diretriz: Saúde e Gênero. 55: Avançar na implementação da atenção integral à saúde da mulher (PAISM) no Brasil”; XIII (2007) – “Eixo I. 44. Cumprir as ações de atenção integral à saúde da mulher, respeitando todas as especificidades”; XIV (2011) – “Diretriz 10.17. Fortalecer a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher com ênfase nos direitos reprodutivos”. Propostas sobre saúde da mulher foram citadas também na carta da XIV Conferência Nacional de Saúde à população brasileira<sup>21</sup>; e na XVI (2019) – “Introdução [...] inclui como parte integrante a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – Integralidade com Equidade. Eixo: Direito à Saúde, 14. Reafirmar, implantar e garantir as políticas públicas de saúde direcionadas à população [...] de mulheres”<sup>22</sup>. Nesses relatórios, as propostas aprovadas sobre saúde da mulher refletem também a mobilização do movimento de mulheres nas conferências estaduais e a participação nos conselhos estaduais de saúde e na Cismu.

A Cismu foi o espaço prioritário de elaboração da PNAISM e contribuiu com o debate sobre transformar o PAISM em PNAISM, ou seja, passar de programa à política. O documento que consolida os princípios, as diretrizes, as

estratégias e as ações da PNAISM foi apresentado e discutido em reuniões da Cismu no ano de 2003 e lançado pelo Ministério da Saúde em maio de 2004, com apoio do movimento feminista e participação de representantes da Cismu e do CNDM. Entretanto, em que pese todo o esforço da conselheira de saúde, coordenadora da Cismu à época, para que esse documento fosse apreciado e aprovado pelo CNS, antes do seu lançamento, a PNAISM só foi pautada e aprovada no CNS em 2006. Apesar disso, não há instrução normativa ou resolução institucionalizando a política, consta apenas da ata da 163ª reunião do CNS, quando se aprovou o documento com os princípios e diretrizes da PNAISM. Ressalta-se que, apesar de não pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como outras políticas, passou a constar do Plano Nacional de Saúde e do Plano Plurianual, possui rubrica própria para desenvolver suas ações, estratégias e programas específicos, em especial, em relação aos serviços de saúde na rede de atenção.

Ao mesmo tempo que avançou o processo de elaboração e construção da PNAISM no SUS, em 2003, com a ampliação dos espaços de participação social no governo Lula, a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e a convocação de Conferências para Políticas para Mulheres, surgem como novos espaços de participação social das mulheres, o que contribuiu também com os processos de elaboração e monitoramento da PNAISM.

A I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), realizada em 2004, teve como tema: ‘Políticas para as Mulheres: um desafio para a igualdade numa perspectiva de gênero’. Seu objetivo central foi propor diretrizes e propostas para a fundamentação do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (I PNPM), que representou o primeiro conjunto de políticas públicas articuladas em um plano, estruturado em cinco eixos temáticos: i) autonomia e igualdade no mundo do trabalho; ii) educação inclusiva, não sexista, não racista, não homofóbica e não lesbofóbica; iii) saúde das mulheres, direitos sexuais e

direitos reprodutivos ('efetivar o cumprimento do PAISM, segundo os princípios do SUS' foi uma das propostas aprovadas); iv) enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; e v) participação das mulheres nos espaços de poder e decisão.

Em 2007, realizou-se a II CNPM, com o tema: 'Desafios para a construção da igualdade na perspectiva da implementação do II PNPM e avaliação das ações e políticas propostas no I PNPM'. Em ambos os planos, o capítulo sobre saúde das mulheres expressava as ações e as estratégias estabelecidas pelo movimento feminista e tinha como articulação intersetorial a participação da Cismu/CNS no processo de definição das prioridades, além de representantes do Ministério da Saúde, que, em 2003, passou a ter novamente à frente da área técnica de saúde da mulher gestoras indicadas pelo movimento feminista. Foi criado Comitê de Monitoramento do Plano, com representantes dos ministérios e de conselheiras do CNDM do segmento da sociedade civil. Conforme documento do II PNPM (2008), consta na introdução do capítulo da saúde, no relatório para avaliação:

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a 'Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher', construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde, em estreita parceria com outros órgãos de governo, marcadamente, a SPM e a Seppir, e com a participação do movimento de mulheres, de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, entidades de classe, pesquisadores e estudiosos da área [...]23(75).

E mais adiante, afirma:

No período 2004-2007, o desenvolvimento das ações previstas no capítulo da Saúde do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres aponta avanços no sentido de alcançar a integralidade, na promoção de mudanças de paradigmas e de institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher23(77).

Em 2011, o tema da III CNPM foi: 'Autonomia e igualdade para as mulheres', e teve objetivo central discutir e elaborar políticas públicas voltadas à construção da igualdade, tendo como perspectiva o fortalecimento da autonomia econômica, social, cultural e política das mulheres, contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para o exercício pleno da cidadania das mulheres. Definiu-se pela não elaboração de novo plano, e, sim, de ações e estratégias, mantendo-se o Comitê de Monitoramento. Em 2016, a IV CNPM, com o tema: 'Mais direitos, participação e poder para as mulheres', cujo objetivo central era discutir estratégias de fortalecimento das políticas para as mulheres e a democratização da participação das mulheres nas diversas esferas institucionais e federativas, acabou sendo atropelada pelo momento político conturbado, pois esta aconteceu entre 10 e 13 de maio de 2016, data em que ocorreu o afastamento da presidenta Dilma Rousseff, o que fez insurgir como lema, na abertura da IV CNPM, a frase: 'Não permitir retrocessos'.

Após as mudanças no governo federal, parte do movimento de mulheres se posicionou por sair do CNDM, e outra parte, por se manter, compreendendo que o Conselho ainda é um espaço de resistência e de controle social para lutar contra os retrocessos e pela manutenção de políticas públicas e suas conquistas inscritas no campo institucional.

Em março de 2016, 30 anos depois da Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (outubro de 1986), foi convocada a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, pelo pleno do CNS, com o *slogan* 'Saúde das mulheres: integralidade com equidade'. Foram realizadas conferências municipais ou macrorregionais, estaduais e do Distrito Federal, e conferências livres, que mobilizaram mais de 70 mil pessoas, notadamente mulheres. A etapa nacional aconteceu em Brasília, de 17 a 20 de agosto de 2017, e teve a participação de 1.778 pessoas, sendo 1.205 delegadas/os, que debateram 324 propostas nos quatro eixos temáticos: I – O papel do Estado no desenvolvimento

socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; II – O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; III – Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres; IV – Políticas públicas para as mulheres e a participação social.

A II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres consagrou-se como um marco na saúde das mulheres brasileiras por dar visibilidade às diversidades e pluralidades das expressões do feminino: mulheres brancas, negras, quilombolas, de matriz africana, indígenas, ciganas, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais, mulheres com deficiência, mulheres vivendo com HIV e aids, mulheres escarpeladas, mulheres privadas de liberdade, mulheres em situação de rua, mulheres ribeirinhas, pescadoras,

marisqueiras, mulheres trabalhadoras, mulheres jovens, mulheres idosas, profissionais do sexo etc. Reafirmou-se a importância da participação social como processo de mobilização para garantia das conquistas; e entre as resoluções aprovadas, constam: i) a realização de conferências municipais, estaduais e nacional de saúde das mulheres a cada quatro anos; ii) pela implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher nos conselhos estaduais e municipais de saúde; iii) e pela revisão da PNAISM.

A trajetória descrita anteriormente – do PAISM à PNAISM – expressou também os marcos do processo de democratização do Brasil e os diferentes espaços da participação social das mulheres. Elencaram-se, no *quadro 1*, detalhes sobre a construção do PAISM e, no *quadro 2*, sobre a construção da PNAISM:

Quadro 1. Objetivos, diretrizes e participação social no processo de elaboração e implementação do PAISM – 1983-2000

Diretrizes gerais	Objetivos programáticos	Participação social/control social	Ano
Atendimento das necessidades de todas as mulheres;	Melhorar a Qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento;	Mobilização social do movimento feminista e processo de democratização do País;	1983
Assistência integral; Planejamento familiar.	Aumentar a cobertura do pré-natal com acesso a toda a população; Aumentar os índices de aleitamento materno; Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar;	Profissionais de saúde e feministas no Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Direitos das Mulheres (CNDM);	1983/1986
	Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cervicouterino e de mama;	VIII Conferência Nacional de Saúde/ Conferência Nacional de Saúde e Direitos das Mulheres;	1986
	Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis;	Movimento feminista-Encontro de Itapeperica. CNDM – Carta aos Constituintes;	1988
	Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.	Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais. Cismu/CNS e conselhos estaduais de saúde. Fórum de Conselhos Estaduais da Mulher;	1993/2000
		IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde.	1992/1996 /2000

Fonte: Ministério da Saúde<sup>24</sup>.

Quadro 2. Diretrizes, objetivos e participação social na elaboração e implementação da PNAISM – 2000-2017

Diretrizes gerais	Objetivos gerais programáticos	Participação social/ controle social	Ano
<p>Humanização e qualidade da atenção. A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde (da atenção básica à alta complexidade). Universal para todas as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades, de faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, em situação de risco, presidiárias, orientação homossexual, com deficiência etc.). A elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, raça e etnia. No processo de elaboração, execução e avaliação da política, deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres. A participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.</p>	<p>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS.</p>	<p>Cismu/CNS e movimento feminista CNDM Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (I, II, III, IV) XII, XIII, XIV e XVI Conferências Nacionais de Saúde II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres</p>	<p>2000/2017 2003/2016 2004/2007 2011/2016 2003/2007 2011/2019 2017</p>

Fonte: Ministério da Saúde<sup>3-5</sup>.

No período de 1983 a 2000, destacou-se no processo uma participação social direta do movimento feminista com o Estado e sua inserção na gestão para a construção do PAISM, fortalecida pelo período de democratização e mobilização social, em especial, no período Constituinte. A participação em instância do controle social institucionalizado tem força maior pelo CNDM e Conferências Nacionais de Saúde.

No processo de articulação para a elaboração da PNAISM, que teve seu marco institucional a partir de 2004, a ampliação dos espaços de participação institucionalizada (CNDM e CNS) e a articulação intersetorial (SPM e Ministério da Saúde) foram fundamentais para a priorização da saúde da mulher na agenda governamental. Constatou-se, ainda, uma forte

participação feminista nas conferências de políticas para as mulheres, articulada com protagonismo da Cismu/CNS e Conferências Nacionais de Saúde. Em entrevista à Revista do CNS, o ministro da Secretaria Geral da Presidência da República, Gilberto Carvalho, fez um balanço do período de 2003 a 2011, destacando que:

A grande transformação provocada pelas conferências e conselhos é o reconhecimento de que a participação em fóruns e espaços públicos é um processo de construção democrática. [...] Cada conferência é única: reflete de maneira representativa as posições e demandas da sociedade em um certo momento, [...] uma certa conjuntura histórica<sup>24(4)</sup>.

## Considerações finais

Ao longo desse período – do PAISM à PNAISM e da RSB ao SUS –, o movimento feminista teve uma trajetória de participação social que vai das ruas, às conferências internacionais, à gestão, ao controle social institucionalizado (conselhos de saúde e de direitos das mulheres) até às conferências de saúde e de políticas para as mulheres, buscando ampliar direitos e implantar políticas públicas voltadas para as mulheres.

Essa trajetória da participação social dos movimentos de mulheres na luta pela saúde das mulheres demonstra um processo com forte protagonismo da mobilização social autônoma e da participação institucionalizada por dentro do Estado.

Esse protagonismo do movimento feminista na saúde das mulheres, suas conquistas e suas contradições no âmbito da institucionalidade do Estado, tanto na gestão quanto nos conselhos de direitos e conselhos de saúde, ganha maior expressão nos momentos de enfrentamento com o Estado, tanto no período do final dos anos 1980 quanto no momento mais recente, com a retomada de manifestações de rua e a realização da II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, apesar das adversidades para a mobilização social.

Entretanto, vale destacar que a participação social nos espaços institucionalizados como os conselhos de direitos das mulheres e conselhos de saúde mostraram-se como locus importante para o monitoramento e implementação da política, bem como desempenharam papel preponderante e decisivo na elaboração, na implementação e no monitoramento.

A trajetória da PNAISM se mistura e se fortalece também com o processo de construção do SUS, de consolidação da saúde como direito de todos e dever do Estado e com a caminhada do movimento sanitário brasileiro, desde a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) até o SUS.

A agenda do movimento feminista apresentada ao longo desse período de construção

e implementação da PNAISM expressou-se também como exemplo pioneiro de inscrição de marco teórico referencial, trazido pela sociedade civil ao Estado, como a integralidade da atenção à saúde, o conceito de gênero e o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

A disputa democrática entre Estado e sociedade civil expressou-se ao longo do período de forma diversa. Nos momentos de mais diálogo com o Estado, há uma certa acomodação da mobilização social, em contrapartida a uma participação na gestão e no controle social institucionalizado, priorizando esses espaços como o locus da interlocução. Nos períodos de menos diálogo com o Estado, ou mesmo de rompimento, acontece um maior protagonismo dos movimentos de mulheres nos espaços e fóruns autônomos e não institucionalizados, ou na participação como representantes da sociedade civil nas Conferências Nacionais de Saúde e de políticas para as mulheres.

Encontrar o equilíbrio entre a radicalidade transformadora da participação social do movimento feminista nos espaços e fóruns da sociedade civil e a participação social nos espaços de controle social institucionalizado e de gestão talvez seja o caminho para avançar na implementação da política e, ao mesmo tempo, garantir que não haja retrocessos às conquistas institucionalizadas. A retomada das ruas para garantir que as conquistas na saúde das mulheres não sofram retrocessos expressa-se também na ampliação e no fortalecimento dos espaços de controle social, assim como na articulação com outros setores da sociedade civil. A defesa da democracia e a defesa do SUS integram a luta pela defesa da PNAISM.

## Colaboradores

Souto K (0000-0002-6137-3914)\* e Moreira MR (0000-0003-3356-7153)\* contribuíram para concepção, planejamento da pesquisa, levantamento e análise dos dados, e escrita. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Silveira PS, Paim JS, Adrião KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde debate*. 2019; 43(8):276-291.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Documentação. Textos Básicos. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ações Programáticas. Brasília, DF; 1985.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 1987, 2004, 2008 e 2012. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>.
5. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM). Relatórios das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres. [Brasília, DF]: Ministério da Mulher; 2019. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/conferencias/conferencias>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatórios das reuniões da XXV, XXVII, e XXVIII da Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher (CISMU/CNS). [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2004 e 2006. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Ata da 163ª reunião do Conselho Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2006. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/2006/Ata163.doc>.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Seminário Nacional de Atenção à Saúde, Gênero e Saúde da Mulher durou três dias e mobilizou representantes de todos os estados. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2007. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/saudedamulher.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/saudedamulher.htm).
9. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1998; 14(1):25-32.
10. Costa AM. Participação Social na conquista das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14(4):1073-1083.
11. Cisne M, Gurgel T. Feminismo, Estado e Políticas Públicas: desafios em tempos neoliberais para a autonomia das mulheres. *SER Social*. Brasília, DF. 2008; 10(22):69-76.
12. Pitanguy J. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 19-38.
13. Marx K, Engels F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A.; 1975.
14. Foucault M. *História da Sexualidade, 3: o cuidado de si*. São Paulo: Graal; 2007.
15. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ. Real*. 1990; 20(2):5-22.
16. Rago M. Epistemologia feminista, gênero e história. In: Pedro J, Grossi M, organizadores. *Masculino, Feminino, Plural*. Florianópolis: Mulheres; 1998. p. 1-17.
17. Costa AM, Aquino EL. Saúde das Mulheres na Reforma Sanitária Brasileira. In: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D, organizadores. *Saúde, Equidade e Gênero*. Brasília, DF: Editora da UNB; 2000. p. 181-202.
18. Costa AM, Bahia L, Conde D. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação,

- implantação e avaliação de políticas para as mulheres no Brasil. *Saúde debate*. 2007; 31(75/76/77):13-24.
19. Costa AM, Guimarães MCL. Controle social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2002.
  20. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>.
  21. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Carta da XIV Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04\\_dez\\_carta\\_final.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf).
  22. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da XVI Conferência Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio\\_16CNS.pdf](https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf).
  23. Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano de Políticas para as Mulheres. [Brasília, DF]: Plano Nacional; 2008. [acesso em 2020 ago 21]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional\\_politicamulheres.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf).
  24. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. As contribuições das Conferências e Conselhos na Construção de Políticas Públicas no Brasil. *CNS em Revista*. 2011 [acesso em 2020 ago 21]; 1(2):1-16. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/miolo\\_edicao02.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/miolo_edicao02.pdf).

---

Recebido em 30/08/2020  
Aprovado em 13/07/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Deficiência: palavras, modelos e exclusão

## *Disability: words, models and exclusion*

Paulo Henrique dos Santos Mota<sup>1</sup>, Aylene Bousquat<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113021

**RESUMO** Políticas de saúde voltadas para pessoas com deficiência podem ser compreendidas como uma expressão dos reiterados processos de exclusão e silêncio impostos por relações culturais e políticas. Entender os diferentes modelos conceituais e as palavras usadas para se referir a esse grupo é essencial para a mudança dessa perspectiva, bem como para a melhoria de dados epidemiológicos sobre a deficiência. O objetivo deste ensaio é discutir a relação entre modelos teóricos da deficiência, as múltiplas formas de denominação, a epidemiologia da deficiência e sua relação com políticas públicas. Através da compreensão da terminologia utilizada para descrever indivíduos com deficiência, da adoção de similaridades linguísticas entre as instâncias formuladoras e implementadoras de políticas, a sociedade e as próprias pessoas com deficiência poderiam auxiliar nas mudanças de perspectivas de vida ao sugerirem modificações nas políticas públicas e na forma de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Política de saúde. Estudos sobre deficiências. Pessoas com deficiência.

**ABSTRACT** *Health policies aimed at people with disabilities can be understood as an expression of the repeated processes of exclusion and silence, imposed by cultural and political relations. Understanding the different conceptual models and the words used to refer to this group is essential to change this perspective, as well as to improve epidemiological data on disability. The purpose of this essay is to discuss the relationship between theoretical models of disability, the multiple forms of denomination, the epidemiology of disability and its relationship with public policies. By understanding the terminology used to describe individuals with disabilities, by adopting linguistic similarities between the policy makers and implementers, society and people with disabilities themselves could assist in changing life perspectives by suggesting changes in public policies and in the form of care.*

**KEYWORDS** *Health policy. Disability studies. Disabled persons.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil  
paulohsmota@gmail.com



## Introdução

Políticas de saúde voltadas para as pessoas com deficiência nas diferentes sociedades podem ser compreendidas como a expressão de reiterados processos de exclusão social, ausências e silêncios. A denominação dada a essa população é a primeira face da exclusão e do silêncio. Sucodem-se termos como ‘pessoas com deficiência’, ‘deficientes’, ‘pessoas especiais’, ‘pessoas com necessidades especiais’, ‘incapazes’, ‘defeituosos’, entre outros. Essas denominações mudam ao longo do tempo, mas não de forma neutra<sup>1</sup>. Afinal, a linguagem é uma poderosa ferramenta capaz de influenciar a expressão de concepções; é um instrumento político de representação, manifestação, dominação e de poder<sup>2</sup>.

A maneira como um fenômeno é denominado tem importantes implicações sobre como a sociedade o compreende. O vocabulário representa parte da linguagem humana, é manifestado para além de substantivos, verbos e adjetivos, englobando uma complexa combinação linguística do cotidiano, capaz de influenciar práticas e qualificações profissionais que sustentam um sistema de controle social<sup>3</sup>. Através de termos, conceitos e expressões, pode-se determinar certa posição social e servir de recurso para lidar com problemáticas diárias. Solomon, ao discutir a complexidade do convívio, da criação e dos cuidados de saúde entre pais e filhos que nasceram ou desenvolveram algum tipo de diferença (surdez, nanismo, múltipla deficiência, entre outras), reforça na fala de seus entrevistados a relação entre as palavras utilizadas para descrevê-los e suas experiências<sup>4</sup>. Afinal, as concepções por trás das palavras espelham sociedades que garantem ou não o status de cidadão. Concepções orientam modelos teóricos de interpretação do fenômeno<sup>5</sup>, no caso, a incapacidade/deficiência.

Essas reflexões assumem maior importância à medida que as políticas públicas voltadas para as populações com incapacidade/deficiência ganham espaço na agenda mundial, em

decorrência das crescentes taxas de incapacidade – secundárias aos avanços tecnológicos, que preservam e aumentam a expectativa de vida, ao aumento do número de acidentes de trânsito e por armas, entre outros<sup>6</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2011, aproximadamente 15% da população mundial convivem com algum tipo de incapacidade ou deficiência física, intelectual, mental ou sensorial (cegueira, surdez, entre outras), significativa para afetar seu dia a dia. No entanto, historicamente, a variação de metodologias de coleta de dados, bem como de conceitos e definições entre os países, cria desafios para estudos epidemiológicos da deficiência<sup>7</sup>.

Dentro do espectro de ações relacionadas ao cuidado em saúde, os principais objetivos a serem alcançados pelas pessoas com deficiência incluem a melhora da funcionalidade, do aprimoramento da qualidade de vida<sup>8,9</sup>, bem como contribuem para sua participação social e a garantia do acesso a direitos básicos<sup>10</sup>.

Pretende-se aqui contribuir para essa discussão, relacionando o reconhecimento individual e coletivo sobre o tema. Trata-se, portanto, de um exercício de elucidar a exclusão e o silêncio impostos por relações culturais, sua influência sobre a epidemiologia da deficiência e sua expressão sobre distribuições desiguais de poder<sup>11</sup>.

O presente ensaio utiliza como referencial para a terminologia adotada a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Dessa forma, serão utilizadas as definições e traduções oriundas desse documento, ainda que se compreendam suas limitações e as discordâncias entre as traduções existentes<sup>12</sup>. O termo *disability* é usado como um resultado complexo da interação entre um problema no corpo e um fenômeno essencialmente do contexto social. Assume-se o termo incapacidade como sua tradução. Já ‘deficiência’ é utilizada com o significado de ‘problemas nas funções ou estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda’.

O objetivo deste ensaio é compreender os modelos teóricos da deficiência com maior

presença na literatura, as múltiplas formas de denominação e sua relação com a epidemiologia da deficiência. O reconhecimento dos modelos impostos e do entendimento das palavras utilizadas é necessário para contextualização, compreensão e identificação desses sujeitos, para que possam ser alvo de políticas públicas. Inicia-se apresentando os principais modelos sobre a deficiência no campo da saúde. Em seguida, são abordados os significados dados às palavras utilizadas para referir-se a esse grupo e, por fim, discute-se como os diferentes entendimentos podem influenciar a identificação epidemiológica das pessoas com incapacidade/deficiência.

## Modelos conceituais

Modelos são formas de interpretação concebidas a partir de recursos cognitivos. Dependem de quem os constrói, de suas prerrogativas e sua história. No entanto, estão sempre sujeitos a análises, críticas e testes<sup>5</sup>. Ao longo do século XX, diferentes modelos conceituais sobre a deficiência foram elaborados. Alguns a compreendem como dependente das características do indivíduo (sua patologia e seus atributos físicos), levando à construção de ações condescendentes com dependência da sociedade, segregação e discriminação. Outros atribuem um papel crescente ao ambiente (em seus aspectos físicos) e à participação social, colocando os indivíduos em posição de agentes da sociedade e compartilhando aquilo que esta tem a oferecer. Resulta em escolha, direitos humanos, integração social, entre outras ações participativas<sup>13,14</sup>.

Entre os modelos mais comuns, estão: o modelo proposto por Saad Nagi, o Modelo Médico, Modelo Social e o Modelo Biopsicossocial.

### Contribuições de Saad Nagi

Saad Nagi sistematizou o primeiro modelo da deficiência no Institute of Medicine of

Washington, em 1965. Acreditando que a medicina estava exercendo um forte controle sobre questões ligadas à incapacidade e à deficiência, introduziu uma visão dinâmica da incapacidade e das consequências funcionais de determinadas patologias<sup>15</sup>.

Nagi definiu incapacidade, traduzida do termo inglês *disability*, como a expressão de uma limitação física ou mental em um contexto social, entre as capacidades pessoais, oportunidades e demandas criadas pelo ambiente. Utiliza um modelo de quatro conceitos: Patologia Ativa – estado das defesas e dos mecanismos de enfrentamento do corpo causado por infecções, trauma, desequilíbrio metabólico e processos degenerativos da doença; Deficiência – perda ou anormalidade no nível do tecido, órgão e do sistema corporal; Limitação Funcional – capacidade do indivíduo em executar tarefas e obrigações de seus papéis habituais e atividades diárias normais, ou seja, limitações no desempenho de funções definidas como andar, comunicar-se ou raciocinar; e Incapacidade – expressão de limitações funcionais no contexto social, ou seja, o produto da interação entre o ser humano e o ambiente que é imposto aos indivíduos<sup>15</sup>.

Em revisão do modelo, a concepção de incapacidade passa a ultrapassar o indivíduo, abrangendo a interação social. Afirma que somente parte das deficiências precipitam a incapacidade. Padrões semelhantes de incapacidade podem ser resultado de diferentes formas de comprometimento e limitação na função, concluindo que tipos idênticos de deficiências e de funções podem resultar em padrões diferentes de incapacidade<sup>16</sup>.

Seus modelos representam avanço no pensamento crítico da época. No entanto, apesar de referir-se ao ambiente e seu papel na incapacidade, este foi analisado a partir do ponto de vista das demandas que impõe ao indivíduo, enquanto o processo de incapacitação foi reduzido a uma afecção das características do estado clínico, das deficiências e de suas correspondentes limitações de função<sup>17</sup>.

## Modelo Médico

No Modelo Médico, os problemas são inerentes aos contornos do corpo e reconhecidos como infortúnios, tragédias pessoais, causados diretamente por uma doença, um trauma, ou condição de saúde. Requerem cuidado individualizado por profissionais de saúde especializados<sup>18</sup>.

É ancorado na The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), publicada pela OMS em 1980<sup>19</sup>. O documento tem por objetivo analisar, descrever e classificar as consequências das doenças, assim como apresentar um framework conceitual descrevendo três dimensões: 1) *Impairment* (Deficiência): perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Ocorre no nível do órgão ou da função do sistema, estando preocupada com o desempenho, afetando a pessoa como um todo; 2) *Disability* (Incapacidade): qualquer restrição ou falta da capacidade (resultante de uma deficiência) de realizar uma atividade dentro da faixa considerada normal para um ser humano; e 3) *Handicap* (Desvantagem): trata-se de uma desvantagem, resultante de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou impede a realização de um ‘papel social normal’ (dependendo da idade, do sexo e de fatores sociais e culturais).

Neste modelo, o objetivo a ser alcançado é a cura ou o ajuste do indivíduo para um estado de ‘quase-cura’, fazendo com que este se encaixe nos padrões da sociedade. O cuidado com o corpo é o principal problema a ser enfrentado, gerando, no nível da produção da política pública, respostas que visam a modificar o sistema e os serviços de saúde com foco exclusivamente na cura e no tratamento do indivíduo acometido da deficiência. A interação com o meio em que está inserido é descartada.

A representatividade desse modelo e os termos utilizados por ele não foram bem aceitos pelas pessoas com deficiência, uma vez que a experiência da deficiência é reduzida

ao corpo individual, e o saber médico seria o detentor do conhecimento responsável por curar o indivíduo.

Para Snyder e Michell, o diagnóstico médico está envolvido no processo de resposta sem efeito. Isso significa que o ato de diagnosticar torna-se uma resposta para perguntas, tais como ‘qual é esta doença?’, ‘qual sua origem?’, mas não responde, em muitas ocasiões, sobre como se dará o tratamento ou se existe algum tipo de tratamento. Profissionais que buscam a cura e tratamentos a qualquer custo muitas vezes “subjugam as próprias populações que pretendem resgatar”<sup>20(31)</sup>.

A construção de sistemas e serviços de saúde baseados exclusivamente nessa perspectiva pode levar a situações nas quais os profissionais da saúde tenham poder decisivo sobre os contornos da vida da pessoa com incapacidade/deficiência.

## Modelo Social

A inclusão do olhar das ciências sociais é um dos pontos centrais do Modelo Social. Os aspectos relacionados à deficiência como componentes da diversidade humana, respeitando suas necessidades e afirmações políticas, culturais e institucionais, visando à justiça social, ganham protagonismo<sup>21</sup>. A deficiência é compreendida como uma das muitas variações humanas e não mais uma forma de vida inferior às demais<sup>22</sup>. Esse modelo tem origem nos movimentos sociais das pessoas com deficiência no Reino Unido. Movimento esse que iniciou a discussão sobre a insuficiência e a incoerência do modelo biomédico, especialmente no entendimento das experiências de desigualdade e opressão vivenciadas pelas pessoas com deficiência<sup>23</sup>.

Esse movimento culmina, em 1975, na formação da Upias (Union of the Physically Impaired Against Segregation), que desenvolve o seu próprio modelo sobre a deficiência, conhecido internacionalmente como o Modelo Social da Deficiência. Foi publicado no documento denominado ‘Fundamental

Principles of Disability’, no qual o processo de incapacitação é entendido, também, como responsabilidade da sociedade através das formas como os deficientes são isolados e excluídos da plena participação na sociedade<sup>24</sup>.

Parte do pressuposto de que a incapacidade é um problema criado socialmente através da integração dos indivíduos com a sociedade. A gestão desses problemas envolve a responsabilização coletiva da sociedade visando à realização de modificações ambientais para proporcionar a completa participação de todas as pessoas. É uma perspectiva complexa, pois, ao mesmo tempo que exige que o poder de tomada de decisão seja dado às pessoas com incapacidade/deficiência, necessita que os formuladores de política compreendam o ponto de vista da vida dessas pessoas.

A rejeição ao Modelo Médico e a noção de que a deficiência precisa ser simplesmente ‘corrigida’ ganha força. Uma primeira geração de acadêmicos passa a se ater para a complexidade do conceito que, longe de ser equivalente a um corpo com lesão, também sinaliza a estrutura social que oprime a pessoa que apresenta um corpo atípico<sup>18</sup>.

Mais recentemente, uma segunda geração de estudiosos fomentou diversas revisões das teorias sociais de opressão pelo corpo semelhantes às de outras temáticas, como o feminismo, as teorias de gênero e antirracistas, que também denunciaram construções históricas de opressão<sup>21</sup>. Utilizam a opressão do corpo deficiente de forma análoga ao sexismo. As mulheres são oprimidas por causa do sexo, bem como os deficientes eram oprimidos por causa do corpo com lesões. Sustenta-se, dessa maneira, a tese dos deficientes como minoria social<sup>25</sup>.

Defensores do Modelo Social entendem que gestos e ações com caráter paternalista e benevolente devem ser totalmente desprezados. As limitações impostas na educação, na saúde, no transporte, no trabalho e em outros não são simplesmente produtos de sua condição biológica, mas ocorrem, também, porque o conjunto da sociedade

negligencia tanto as capacidades quanto as necessidades desses indivíduos, criando continuamente estereótipos<sup>26</sup>.

As desvantagens experimentadas se originam na dificuldade de adaptação do ambiente e da estrutura social às suas necessidades. Não decorrem de inabilidades dessas pessoas em se adaptarem às demandas da sociedade<sup>27</sup>. Sendo a origem dessas desvantagens relacionada a falhas da estrutura e do ambiente social, a melhor estratégia para alteração desse padrão seria através de mudanças político-institucionais, ou seja, mudanças nas políticas públicas, nas leis e mudanças de atitudes dos indivíduos endógenos e exógenos a esse contexto. Para tal, são necessários modelos de proteção garantidos por lei, representação e participação no processo político e integração nas políticas sociais, assim como todos os demais cidadãos<sup>28</sup>.

Oliver resume uma versão extrema do Modelo Social ao defender que a incapacidade não tem relação com o corpo, sendo somente uma consequência da opressão social<sup>29</sup>. Solomon discorda dizendo que essa frase é falsa e ilusória, ainda que contenha um desafio válido para se rever o pressuposto contrário predominante de que a deficiência reside toda na mente ou no corpo da pessoa com deficiência. Exemplifica afirmando que “A capacidade é uma tirania da maioria. Se a maioria das pessoas pudesse bater asas e voar, não fazê-lo seria uma incapacidade”<sup>4(43)</sup>.

Barnes não nega a importância de intervenções individuais na vida de pessoas com incapacidade/deficiência, sejam elas medicamentosas, educacionais, focadas na reabilitação cinético-funcional ou intelectuais, mas destaca suas limitações ao promover o empoderamento e a inclusão em uma sociedade construída por ‘pessoas não deficientes’ para ‘pessoas deficientes’. Inclui em seu pensamento não somente os sistemas e serviços de saúde, mas, também, os sistemas de educação, informação e comunicação, ambientes de trabalho, assistência social, transporte inacessível, construções públicas e privadas, a

ocupação do espaço urbano e a desvalorização de pessoas com deficiência através de imagens negativas nas grandes mídias<sup>30</sup>.

Ampliar o foco restrito ao biológico requer ampla mudança social, alterando o status-quo. Assim, oferecer um acesso a direitos básicos igualitário à pessoa com deficiência é um direito que se deve almejar.

## Modelo Biopsicossocial

O Modelo Biopsicossocial foi proposto pela OMS em 2001, a partir de revisão de modelo classificatório da ICIDH, incorporando aspectos do Modelo Médico e do Social. Segundo ele, a pessoa que não pode deslocar-se até seu trabalho pode apresentar diferentes condições associadas a essa tarefa, seja ela pela amputação de um membro (biológico), por não ter transporte público de qualidade (ambiental) ou por não ter condições financeiras de adquirir uma cadeira de rodas (social e ambiental), de modo que a sua participação é afetada<sup>12</sup>.

O exemplo acima expande a questão dos cuidados em saúde, assim como a dos direitos sociais. A visão não é mais restrita ao entendimento hegemônico, como aquele representado pela pessoa com desvio ou perda em alguma função de seu corpo, mas é extrapolada pelo que ela de fato é capaz de realizar em seu meio. Trata-se de um modelo que não dita quem é ‘normal’ e quem é ‘incapaz’, que permite que uma pessoa ou um grupo possa ser identificado como tendo suas ‘capacidades’ e ‘incapacidade’ dentro de cada contexto. A mudança ocorre no referencial. O problema em questão não está mais restrito ao corpo, mas está presente nas interações entre condições de saúde, atividades, participação social, fatores pessoais e ambientais e as funções do corpo.

A partir dessa visão, é criada a CIF, publicada e utilizada em 191 países<sup>12</sup>. Trata-se, também, de um sistema informacional de referência que visa a padronizar a descrição da saúde, a funcionalidade e a incapacidade em todos os níveis da saúde, incluindo educação, social e laboral<sup>31</sup>. É baseada em visão acadêmica,

sendo uma fonte rica de termos, conceitos e relações para terminologias formais. Delimita um ponto de partida para o desenvolvimento do conhecimento do campo<sup>32</sup>.

Segundo a CIF, o termo ‘deficiência’ corresponde somente às alterações nas funções ou estruturas corporais, apenas no corpo. Já o termo ‘incapacidade’ é dado de forma abrangente, incluindo limitações de atividades, restrições à participação e nas estruturas corporais. Indica aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais)<sup>12</sup>.

Reconhece que toda a população é passível de algum grau de deficiência e incapacidade. Assim, não fornece limites para definir quem tem alguma incapacidade ou não. Constituiu-se em uma ferramenta dos profissionais de saúde que trabalham com a funcionalidade humana, de *policy-makers* que visam a moldar os sistemas de saúde em resposta às necessidades funcionais dos indivíduos e de pesquisadores e acadêmicos<sup>31,32</sup>.

Masala e Petretto acreditam que o modelo proposto pela CIF não é claro quando transposto de sua base teórica para a prática, já que não consegue identificar a incapacidade como um processo dinâmico. Os problemas e os limites podem derivar do fato de ela ser resultado de um modelo multidisciplinar em vez de um modelo interdisciplinar. Essa escolha essencial perdeu-se na criação das taxonomias classificatórias, que contêm uma classificação mais detalhada de limitações funcionais e estruturais, mas uma classificação menos detalhada de atividades, participação e fatores ambientais. Por outro lado, apontam que outros modelos têm utilização restrita, enquanto a CIF é atualmente conhecida mundialmente<sup>13</sup>.

Modelos teóricos são construções hipotéticas, formas de explicação de um fenômeno visando à análise de uma realidade. Estão ancorados no local e no momento histórico em que são construídos e na compreensão social do fenômeno. São redutíveis ao trabalhar com

uma porção finita do objeto a ser representado e, diferentemente de teorias, são pontuais, não almejando criar um sistema geral de explicação. Os modelos aqui apresentados são vulneráveis a esses pontos de análise. São construções que representam o momento e o local de onde partem.

Desta forma, os Modelos Médico e Social partem justamente do seu local de origem e buscam compreender a deficiência e o processo de incapacidade. O primeiro, sendo direcionado para o ajuste do corpo; e o segundo, para os aspectos sociais e das relações humanas.

O caminho para a compreensão da deficiência e da incapacidade e para a aplicação prática do Modelo Biopsicossocial é, no entanto, complexo. Estudos têm demonstrado que gestores e profissionais de saúde possuem uma visão tecnicista, focada no ajuste do corpo através de ações curativas e restaurativas, sendo refletida na organização dos serviços de saúde<sup>33,34</sup>.

Os diferentes modelos oferecem subsídios para a construção de relações entre a sociedade e a pessoa com incapacidade/deficiência. O significado das palavras utilizadas é essencial para compreender como estas traduzem tais relações.

## O significado das palavras

O que é ‘deficiência’? Trata-se de um estado, um momento, uma construção, uma condição, uma certeza ou uma incerteza? Quem se considera ‘deficiente’? Trata-se de ser ‘deficiente’ ou estar ‘deficiente’? A ‘deficiência’ significa possuir alguma ‘incapacidade’? A pessoa com ‘deficiência’ terá sempre uma ‘incapacidade’ ou pode ser capaz de realizar suas atividades de vida diária e laborais? Essas questões são complexas e certamente não possuem um único significado tanto para a pessoa com deficiência quanto para pesquisadores, formuladores de políticas e formadores de opinião.

Com o destaque que o tema vem conquistando no mundo, novas palavras e novos conceitos são incorporados ao discurso<sup>35</sup>. Algumas das palavras que passam a ser usadas, além de

‘deficiência’, são: ‘incapacidade’, ‘limitação’ e ‘desvantagem’<sup>12</sup>.

O adjetivo ‘defeituoso’ também já foi muito utilizado para retratar essas pessoas e é carregado de estigma e influência social negativos. É comum que profissionais de saúde, serviço social e educação utilizem termos para se referir à ‘deficiência’ como ‘doença’, ‘síndrome’ e ‘condição’, que fazem parte do vocabulário comum, com pouca diferenciação do seu real significado, tornando-se tão pejorativos quanto.

Sasaki sustenta que a tradução correta da terminologia *disability* (utilizada na língua inglesa para se referir a esse amplo grupo de indivíduos) para o português seria ‘deficiência’, uma vez que a palavra permanece no vocábulo do senso comum dos indivíduos com ‘deficiências’ e dos profissionais de reabilitação. Ao defender o uso de terminologias do senso comum, trata como uma infelicidade o uso da terminologia ‘incapacidade’ pela CIF<sup>35</sup>.

No Brasil, o documento da CIF foi traduzido por especialistas na área, após debate técnico, e utiliza alternativa à tradução usual. Emprega o termo ‘incapacidade’ quando se refere a *disability*, e ‘deficiência’ quando quer referir-se a *impairment*<sup>12</sup>. A CIF, por tratar-se de uma classificação proposta pela OMS para reconhecimento desses indivíduos, toma a dianteira numa nova abordagem quanto ao tema.

Os significados das palavras, ou seja, aquilo que entendemos delas, também são diferentes dependendo da cultura na qual a linguagem é utilizada. O termo *disability* tem como significado, segundo o dicionário ‘The new Oxford American Dictionary’, o seguinte: uma condição física ou mental que limita os movimentos, sentidos ou atividades de uma pessoa<sup>36</sup>. Já o ‘Cambridge Dictionary’ traz como significado: uma doença, lesão ou condição que torna difícil para alguém fazer algo que outras pessoas fazem<sup>37</sup>.

A CIF descreve a *disability* como um fenômeno complexo resultante da interação entre um problema no corpo e um fenômeno essencialmente social. E o termo *impairment* como uma deterioração do funcionamento de uma parte, órgão ou sistema do corpo humano,

que pode ser temporária, permanente e pode resultar em uma doença ou lesão. Já *handicap* é uma condição na qual uma parte do corpo ou da mente foi permanentemente danificada ou não funciona normalmente.

Para Diniz, o uso do termo incapacidade pela CIF ignora as contribuições do Modelo Social. Além disso, afirma que a tradução da versão brasileira deve ser revista, buscando legitimidade e acuidade do campo<sup>22</sup>.

Canguilhem<sup>38</sup>, em sua obra ‘O normal e o patológico’ (1978), afirma que a anomalia é um fato estritamente biológico, do corpo. Pereira utiliza essa proposição para conferir o mesmo significado à deficiência. Trata-se de um fator biológico de diferenciação física, sensorial, orgânica ou intelectual, que produz uma ‘diferença funcional’<sup>39</sup>.

Mesmo utilizando a base conceitual da CIF, o documento ‘World Report on Disability’, produzido pela OMS, em 2011, tem a tradução para a língua portuguesa como descrito por Sasaki<sup>35</sup>. Outras publicações de documentos oficiais brasileiros utilizam nomenclaturas distintas, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – pessoa portadora de deficiência – e o programa Viver Sem Limites, do Governo Federal – pessoa com deficiência. Em 2019, o Senado Federal aprovou proposta de emenda constitucional uniformizando as menções às pessoas com deficiência na Constituição, uma vez que nesta também ocorre a utilização de diferentes nomenclaturas<sup>40,41</sup>.

Em Portugal, a recomendação dada pelo Ministério da Saúde é que o termo ‘deficiência’ não exprime um conceito claro. Defende-se que seja utilizado ‘incapacidade’, englobando os diferentes níveis de limitações funcionais relacionados com a pessoa, o meio social e ambiental. Incapacidade expressa aspectos negativos e positivos da interação entre um indivíduo com problemas de saúde e o seu meio físico e social em substituição ao termo ‘deficiência’, que se configura mais restritivo e distante do Modelo Social. No entanto, o documento reconhece que o termo ‘deficiente’ ainda é referência para a língua portuguesa e

orienta a utilização de forma simultânea das palavras ‘incapacidade e deficiência’, visando a estabelecer uma transição progressiva de nomenclatura, assim como fora realizado na Espanha, onde o termo *minusvalias* foi substituído por *discapacitad*<sup>42</sup>.

Atualmente, deficiência pode apresentar diferentes entendimentos, e os atores participantes dos processos políticos precisam se confrontar com problemas complexos e mal definidos devido ao significado dado à palavra. Podem haver diferentes opiniões sobre causa e efeito, tipos de intervenções ou adequação das soluções propostas, incertezas substanciais quanto às consequências financeiras das mudanças de políticas ou visões e opiniões conflitantes das diferentes partes envolvidas.

Desta forma, o meio e a sociedade são atores centrais para o desempenho das capacidades individuais. Dificuldades de acesso não são meramente resolvidas através de programas de mobilidade urbana, alterações na infraestrutura ou por mudanças na sinalização voltadas para deficiências visuais ou auditivas. Dependem de encadeamento lógico da tomada de decisão política, que visa a construir ‘pontes de informação’ através de versões de letras impressas, sem renunciar à linguagem de sinais ou a outras formas de comunicação.

A definição deve ser capaz de reconhecer os efeitos que o meio socioambiental exerce sobre o indivíduo. Somente quando um problema é bem definido as formas de intervenção política podem ser definidas com maior acurácia e melhores estudos podem ser realizados, visando a resultados que impactem positivamente a vida desses indivíduos<sup>43</sup>.

## Diferentes significados e suas interpretações para a epidemiologia da deficiência

Dificuldades em padronizar conceitos relativos a essa temática geram problemas práticos

em diferentes níveis, desde a pesquisa epidemiológica até a construção de políticas públicas<sup>44</sup>. A identificação desses sujeitos e as estimativas serão dependentes de fatores históricos, culturais e de identidade, que irão moldar, dentro daquela sociedade, o indivíduo que será classificado como incapaz, capaz, deficiente, limitado, entre outros, e o modo como os dados são coletados.

Nesse contexto, deve-se ter o cuidado de distinguir descrições objetivas da experiência e a satisfação do sujeito. Embora igualmente significativas, as informações sobre deficiência são descrições objetivas, enquanto as informações sobre a incapacidade são complexas. Os dados sobre participação social, qualidade de vida, bem-estar e satisfação são úteis para o planejamento de políticas de saúde, mas esses podem ou não ser relevantes a depender da experiência, da deficiência e das capacidades individuais.

Muitos usos estatísticos de dados de deficiência ou incapacidade não requerem o estabelecimento de limites. Por exemplo, estatísticas que resumem a saúde da população podem incorporar elementos relacionados à deficiência ou à incapacidade num *continuum* de estado de saúde. Nesse tipo de abordagem, não existe a necessidade de definição de quem se considera como incapacitado ou deficiente e quem não.

Durante as décadas finais do século XX e início do século XXI, o desafio de se estabelecer um consenso para a terminologia ‘deficiência’ e para a ‘incapacidade’ foi preponderante para a dificuldade de realização de trabalhos epidemiológicos sobre o tema<sup>31</sup>. Por sua abrangência e tradução para diferentes línguas, a CIF acabou se destacando e estabelecendo uma proposta de unidade. Ainda assim, o estado atual da epidemiologia da deficiência tende a confundir duas experiências distintas: problemas que as pessoas experimentam ao realizar ações que dependem inteiramente de seu estado físico de saúde e problemas resultantes da interação entre seu estado de saúde, ambientais e fatores pessoais. Apesar de serem diferentes, ambas as perspectivas

são importantes para estimar a prevalência de incapacidade, bem como para compreender a prática de reabilitação.

O ‘World Report on Disability’ apresenta dois modelos para estimar a população com deficiência e incapacidade: a Pesquisa Mundial de Saúde e a Carga Global de Doenças, ambas com limitações técnicas e conceituais, não devendo ser compreendidas como definitivas para o campo<sup>7</sup>.

A primeira foi realizada em entre 2002 e 2004, em 70 países. O módulo referente ao estado de saúde utilizou questões baseadas na CIF, sendo mensuradas pelas incapacidades relativas à mobilidade, ao autocuidado, à visão, audição e respiração, bem como aquelas que afetam as atividades usuais, a energia, a vitalidade e o sono<sup>44</sup>. O objetivo principal não era observar as incapacidades individuais, mas almejava-se obter substrato abrangente da funcionalidade humana. A taxa média de prevalência na população adulta com dificuldades funcionais significativas foi de 15,6%, com variação entre 11,8% em países de maior renda, e 18,0% nos de renda mais baixa. Para dificuldades muito significativas, foi estimada uma média de 2,2%. A prevalência da incapacidade nos países de renda mais baixa entre pessoas com idades de, ao menos, 60 anos foi de 43,4%, se comparada à de 29,5% nos países com renda mais elevada<sup>7</sup>.

O segundo conjunto de estimativas sobre a prevalência das incapacidades é oriundo do estudo sobre a Carga Global de Doenças. O primeiro estudo sobre a Carga Global de Doenças foi encomendado nos anos 1990 pelo Banco Mundial, com objetivo de avaliar o peso relativo da mortalidade precoce e incapacidade oriundas de diferentes deficiências, lesões e fatores de risco. Esse estudo utiliza como parâmetro de medição os anos de vida ajustados pela incapacidade. Essa é uma medida que se refere aos anos de vida saudáveis perdidos em virtude da mortalidade ou de determinada incapacidade<sup>7</sup>.

Dados de pesquisas e censos nacionais não podem ser comparados entre si

diretamente, bem como não podem ser comparados às estimativas utilizadas pela Carga Global de Doenças ou a Pesquisa Mundial de Saúde devido à falta de padronização dos conceitos e modelos de análise. Países em desenvolvimento tendem a ter taxa de prevalência menor para deficiência e incapacidade, pois utilizam dados fornecidos pelos estudos censitários e medidas baseadas em uma limitada seleção ou conceito de deficiência. Por outro lado, países mais ricos tendem a reportar maiores taxas, pois coletam seus dados através de pesquisas específicas e mensuram as incapacidades e as restrições para realizar atividades. Fatores como esses influenciam estudos de comparabilidade nos níveis internacional, nacional e subnacional<sup>7</sup>.

Taxas de prevalência surgidas em ambas as análises citadas, bem como nos censos nacionais, são influenciadas diretamente pela definição utilizada de incapacidade e deficiência. Diferentes escolhas nos limiares resultam em números diferentes, mesmo utilizando abordagens relativamente similares. A falta de padronização por parte dos autores e dos agentes censitários entre os conceitos utilizados para definir o que seria uma pessoa com deficiências gera dados discrepantes entre cada estudo. Esse é um ponto metodológico que deve ser considerado nessas análises.

Países de maior renda tendem a considerar o Modelo Social sobre o Modelo Médico em suas definições de políticas públicas, enquanto países de média e baixa renda têm preferência pelo Modelo Médico. Esse também é um fator que pode modificar os resultados<sup>7</sup>.

O relatório elaborado pela Universidade de Brunel, do Reino Unido, com foco nas definições para a incapacidade em diferentes países europeus, apresenta dois parâmetros de determinação: o grau de medicalização e a extensão do poder discricionário na tomada de decisões políticas. A incapacidade nesses países pode estar relacionada às características fundamentais subjacentes às tradições de política social de cada Estado, o padrão

de financiamento para a política social (seja centralizado ou descentralizado) e o grau de confiança e *accountability* dos profissionais envolvidos nas políticas sociais<sup>45</sup>.

Palavras utilizadas e os significados atribuídos a elas, assim como os diferentes modelos de concepção da deficiência podem levar a diferentes compreensões do fenômeno. Tais diferenças podem dificultar o reconhecimento dessa população, suas necessidades e, em consequência, a adoção de políticas públicas eficazes.

No Brasil, utiliza-se o termo deficiência tanto para indicar um problema no corpo (*impairment*) como para determinar a interação entre um problema físico com a participação e as tarefas executadas (*disability*). O uso de uma mesma palavra para indicar duas situações diferentes acarreta problemas de entendimento na sociedade, academia e nas políticas públicas.

A duplicidade de conceitos oriundos do termo deficiência provoca problemas para a construção de políticas públicas. O Censo de 2010, com questões baseadas nas utilizadas pelo Grupo de Washington<sup>46</sup>, utiliza perguntas referentes a dificuldades em realizar atividades para identificar o percentual de deficientes, o que é uma lógica que é imprópria e incoerente. O resultado é tornar um problema de interação entre o indivíduo, o meio e sua ação em um problema restrito ao corpo. Por essa classificação, 23,9% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, no entanto, baseado no tipo de pergunta, a resposta deveria ser que 23,9% dos brasileiros têm algum tipo de incapacidade, sendo 18,6% visual, 7,0% motora, 5,1% auditiva e 1,4% intelectual<sup>47</sup>.

Já em 2018, houve a atualização do dado restringindo o problema àquelas pessoas que têm ‘muita dificuldade’ e ‘não conseguem’ fazer algo, o que pode gerar a criação de políticas públicas voltadas somente para os indivíduos com maiores comprometimentos. A formulação política, a partir desse novo olhar, pode ser focalizada somente naqueles indivíduos nos quais a sociedade,

literalmente, enxerga a deficiência, e não naqueles que têm incapacidades funcionais menores, mas que, ainda sim, restringem sua participação em atividades cotidianas.

Essa proposta privilegia o Modelo Médico, afastando-se da perspectiva biopsicossocial ao caracterizar como indivíduo com deficiência somente aquele que relata ter “*muita dificuldade*” ou que “*não consegue de modo algum*” desempenhar uma determinada função.

A partir desse ponto de vista, as ações irão privilegiar somente indivíduos com problemas corporais visíveis ao outro: o sujeito cadeirante, amputado, surdo, cego, o deficiente intelectual. Abre-se espaço para o que Oliver chama de deficiência como Tragédia<sup>29</sup>. As pessoas são tratadas como vítimas das circunstâncias. O conceito de deficiência é reduzido, por profissionais de saúde, a problemas exclusivos do corpo. A predisposição pela concepção médica é compreendida como um sinal de que o prestador de serviços deve focar-se no tratamento e na reabilitação da deficiência, dos problemas inerentes ao corpo<sup>33</sup>. Esse é o caminho mais simples para os profissionais, serviços de saúde e formuladores de políticas, uma vez que é evidente o predomínio de um modelo de cuidado voltado para a doença, centrado nos serviços de saúde e nos procedimentos<sup>34</sup>.

A variabilidade conceitual e de definição não tem apenas impacto imediato nas estimativas de incapacidade, mas pode contribuir em médio e longo prazo para soluções políticas inconsistentes ou insuficientes. Ao ignorar os indivíduos com menos restrições, deixa-se essas pessoas mais vulneráveis para aumentar seu grau de incapacidade. Formuladores de políticas precisam estar cientes de que essas pessoas correm o risco de desenvolver níveis mais altos de incapacidade e que suas necessidades são tão significativas quanto as das pessoas facilmente identificáveis com deficiências graves. As intervenções direcionadas também a esse grupo com níveis leves e moderados de incapacidade teriam, em geral, um impacto populacional maior do que as intervenções apenas para os graves<sup>48</sup>.

Existe uma dificuldade a ser enfrentada pelos institutos de estatística no mundo: a produção mais ampla de informações sobre as pessoas com deficiência. Somente assim, o planejamento e o monitoramento de políticas públicas podem ser realmente efetivos<sup>49</sup>.

Incapacidade é um termo que deveria ser aplicável a todas as pessoas sem segregação e estratificação entre grupos. Deve ser capaz de descrever a experiência da incapacidade através das diferentes áreas da funcionalidade humana<sup>43</sup>. A compreensão da terminologia utilizada para descrever indivíduos sob ação de incapacidades e a adoção de similaridades linguísticas visando à homogeneização do diálogo entre as instâncias formuladoras e implementadoras de políticas, a sociedade e as pessoas são necessidades que poderiam auxiliar nas mudanças de perspectivas de vida ao sugerirem modificações nas políticas públicas e na forma de cuidado.

## Considerações finais

Deficiência é uma palavra que carrega estigma. Ao manter o uso da palavra, mantém-se a lógica centrada na doença, no problema e na restrição. Falar sobre as capacidades e incapacidades de cada pessoa é expandir a visão, é compreender relações sociais, é permitir uma participação mais igualitária e tolerante na sociedade.

Conceitos oriundos dos modelos estudados perpetuam desigualdades e fomentam processos de exclusão. Sem compreender a dinâmica entre o indivíduo, a deficiência e a incapacidade e sem conhecer suas reais dimensões, a elaboração e a implementação de políticas públicas para essa população tornam-se um desafio ainda maior, pois não se compreenderá quem é o foco das ações. Um passo importante a ser dado é a separação entre incapacidade e deficiência, a fim de desvelar as reais necessidades individuais e coletivas, atuando sobre as atividades, a participação social e sobre o corpo.

## Colaboradores

Mota PHS (0000-0003-3507-3958)\* contribuiu para a concepção, o planejamento, a elaboração do rascunho e participou da aprovação

da versão final do manuscrito. Bousquat A (0000-0003-2701-1570)\* contribuiu para a concepção, a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

- Clark L, Marsh S. Patriarchy in the UK: The language of disability. 2002. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Clark-Laurence-language.pdf>
- Bourdieu P. Language and Symbolic Power. Cambridge: Polity Press; 1992.
- Foucault M. A arqueologia do saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
- Solomon A. Longe da árvore – Pais, filhos e a busca da identidade. São Paulo: Companhia das Letras; 2013.
- Outhwaite W, Bottomore T. Dicionário do Pensamento Social do Século XX. Rio de Janeiro: Zahar; 1996.
- Colaboradores de incidência e prevalência de doenças e lesões do GBD 2017. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018; 392(10159):1789-1858.
- World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO; 2011. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/world-report/2011/en/>.
- Secker B, Goldenberg MJ, Gibson BE, et al. Just regionalisation: rehabilitating care for people with disabilities and chronic illnesses. *BMC Med Ethics*. 2006; (7):E9.
- Gallagher E, Alcock D, Diem E, et al. Ethical dilemmas in home care case management. *J Healthc Manag*. 2002; 47(2):85-96.
- Provincial Rehabilitation Reference Group. Managing the seams: Making the rehabilitation system work for people - The Rehabilitation Reform Initiative. [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: [http://www.rehabcarealliance.ca/uploads/File/knowledgeexchange/Managing\\_the\\_Seams\\_sept\\_2000.doc](http://www.rehabcarealliance.ca/uploads/File/knowledgeexchange/Managing_the_Seams_sept_2000.doc).
- Santos BS. Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez; 2017.
- Organização Mundial da Saúde. Como usar a CIF Um Manual Prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Genebra: OMS; 2013.
- Masala C, Petretto DR. From disablement to enablement: Conceptual models of disability in the 20th century. *Disabil Rehabil*. 2008; 30(17):1233-44.
- Amponsah-Bediako K. Relevance of disability models from the perspective of a developing country: An analysis. *Developing Country Studies*. 2013; 3(11):121.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

15. Nagi SZ. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. Washington D.C.: American Sociological Association; 1965.
16. Nagi SZ. Disability concepts revised: Implications for prevention. Washington, D.C.: National Academies Press; 1991.
17. Brandt EN, Pope AM. Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering. Washington, D.C.: The National Academies Press; 1997.
18. Gaudenzi P, Ortega F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(10):3061-70.
19. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps : a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly. Geneva: WHO; 1980.
20. Snyder SL, Mitchell DT. Cultural Locations of Disability. University of Chicago Press. Chicago; 2006.
21. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(10):3007-15.
22. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007; (23):2507-10.
23. Barnes C, Oliver M, Barton L. Disability studies today. Polity Press. 6. ed. Cambridge; 2002.
24. The Union of the Physically Impaired. Fundamental Principles of Disability, Union of the Physically Impaired Against Segregation. [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>.
25. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.
26. Gartner A. Images of the disabled, disabling images. New York: Praeger; 1987.
27. Hahn H. Public Support for Rehabilitation Programs: The Analysis of U.S. Disability Policy. *Disab. Hand. Society.* 1986; (1):121-37.
28. Barnes C. British Council of Organizations of Disabled People. Disabled people in Britain and discrimination: a case for anti-discrimination legislation. London: University of Calgary Press in association with the British Council of Organizations of Disabled People; 1991.
29. Oliver M. Understanding disability: from theory to practice. 2. ed. New York: Palgrave Macmillan; 2009.
30. Barnes C. A history of disability in western culture. In: Disability studies: Past present and future. Leeds: The Disability Press; 1997.
31. European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. Chapter 1. Definitions and concepts of PRM., *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018; 54(2):156-65.
32. Harris MR, Ruggieri AP, Chute CG. From clinical records to regulatory reporting: formal terminologies as foundation. *Health care financing review.* 2003; (24):103-20.
33. Mota PHS. Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2020 .
34. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(117):455-67.
35. Sasaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA; 1997.

36. Stevenson A, Lindberg CA. *New Oxford American dictionary*. Oxford University Press; 2010. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: [oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195392883.001.0001/acref-9780195392883](https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195392883.001.0001/acref-9780195392883).
37. McIntosh C. *Cambridge advanced learner's dictionary*. 4. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.
38. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
39. Pereira R. Diversidade funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. *Hist. Ciênc. Saúde – Manguinhos*. 2009; (16):715-28.
40. Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
41. Brasil. Proposta de Emenda à Constituição nº 25 de 2017. Altera os arts. 7º, 23, 24, 37, 40, 201, 203, 208, 227 e 244 da Constituição Federal para incorporar-lhes a nomenclatura “pessoa com deficiência”, utilizada pela Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência. Brasília, DF: Senado Federal; 2019.
42. Portugal. Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. *1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009*. Lisboa: GSE-AR; SNRIPD; 2006.
43. Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, et al. The definition of disability: what is in a name? *The Lancet*. 2006; (368):1219-21.
44. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. *Rev. Bras. Epid. 2008; 11(supl1):58-66*.
45. Bolderson H, Mabbett D, Hvinden B, et al. *Definitions of disability in Europe: A comparative analysis: Final report*. Brunel: Brunel University; 2002.
46. The Washington Group. *The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS) Brazilian Portuguese Translation*. 2020. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/WG-Short-Set-Brazilian-Portuguese-translation-v2020-June-23.pdf>.
47. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência; Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência*. Brasília, DF: SDHPR; SNPD; CGSIPD; 2012.
48. Sabariego C, Oberhauser C, Posarac A, et al. Measuring Disability: Comparing the Impact of Two Data Collection Approaches on Disability Rates. *Int J Environ Res Saúde Pública*. 2015; 12(9):10329-51.
49. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*. United States. 2009; (99):68-75.

---

Recebido em 22/01/2021

Aprovado em 04/08/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da chamada MS-SCTIE-Decit/CNPq nº 35/2018

# Exposição ‘Zika Vidas que Afetam’: um relato de experiência

## *Exhibition ‘Zika Affecting Lives’: an experience report*

Lenir Silva<sup>1</sup>, Mariana Albuquerque<sup>1</sup>, Marta Fabíola Mayrink<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113022

**RESUMO** A epidemia do vírus Zika, que atingiu o Brasil entre 2015 e 2018, afetou, sobretudo, mulheres e crianças, mobilizando respostas da ciência, sociedade e governos. A Rede Zika Ciências Sociais promoveu a exposição ‘Zika Vidas que Afetam’, mostra inédita para os 120 anos da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O objetivo desse relato foi trazer a experiência da construção da exposição, com destaque para a contribuição das mulheres – mães, gestoras, profissionais de saúde e pesquisadoras. A exposição é um dispositivo de divulgação científica construído coletivamente, entre outubro de 2018 e agosto de 2020. O método envolveu a participação, por meio de entrevistas, oficinas e reuniões, de representantes dos vários grupos e instituições afetados pela epidemia: cientistas, usuários, profissionais e gestores da saúde. Tal participação ocorreu desde a concepção, produção, finalização, validação e readequação da exposição à versão on-line, no contexto da pandemia de Covid-19. Os resultados mostram as potencialidades e os desafios do modo de construção coletiva – uma experiência que pode afetar outras experiências. A narrativa da exposição é feita majoritariamente por mulheres, sob diferentes pontos de vista, a partir das questões que as afetam, e evidencia o seu papel destacado na mobilização e resposta à Zika, na ciência, na política e na sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE** Mulheres. Zika vírus. Emergências em desastres. Participação social. Eventos científicos e de divulgação.

**ABSTRACT** *The Zika virus epidemic in Brazil mainly affected women and children and mobilized responses from science, society, and governments between 2015 and 2018. The Zika Social Sciences Network promoted the exhibition ‘Zika Affecting Lives’, an unprecedented event for Fiocruz 120th anniversary. This narrative aims to report the experience of constructing the exhibition, emphasizing the contribution of women – mothers, managers, health professionals, and researchers. The exhibition is a scientific dissemination device built collectively from October 2018 to August 2020. The method involved the participation of various groups and institutions affected by the epidemic representatives – researchers, users, professionals, and health managers – through interviews, workshops, and meetings. Such participation included the design, production, finalization, validation, and readaptation of the exhibition to an online version format, in the context of the Covid-19 pandemic. The results show the potential and the challenges of collective construction – an experience that could affect other experiences. The exhibition’s narrative is made chiefly by women, from different viewpoints, based on the issues that affect them, and highlights their prominent role in mobilizing and responding to Zika in science, politics, and society.*

**KEYWORDS** *Women. Zika virus. Disaster emergencies. Social participation. Scientific and educational events.*

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

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Casa de Oswaldo Cruz (COC), Museu da Vida – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

A epidemia de vírus Zika (em inglês, *Zika virus*, com abreviatura ZIKV), que atingiu o Brasil entre os anos de 2015 e 2017, afetou, sobretudo, mulheres e crianças e mobilizou diversas respostas da ciência, da sociedade e do Estado<sup>1</sup>.

Muitas mulheres eventualmente posterogam a decisão de engravidar durante a emergência sanitária. As grávidas precisaram se prevenir contra a doença, diante de um quadro de incertezas em relação aos riscos e consequências da contaminação. Aquelas que tiveram seus bebês nascidos com a Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCVZ) buscaram incessantemente informações e respostas para tentar garantir o melhor tratamento e as melhores condições de vida para seus filhos. Em cenários como maternidades e salas de espera de hospitais, essas mulheres se encontraram<sup>2</sup>.

As mães das crianças afetadas pela Zika logo organizaram associações em diferentes regiões do País e vêm contribuindo para a construção do conhecimento acerca da SCVZ, assim como com estratégias para seu enfrentamento. Essas mulheres passaram por uma experiência comum de imprevisibilidade e falta de controle, o que subjugava qualquer projeto individual de futuro e estabelecia histórias de reconstrução, que foram a base para a mobilização da sua união<sup>2</sup>. As narrativas das ações coletivas, que sucederam as suas experiências singulares, logo foram percebidas como causas dos distintos efeitos que sobrevieram a sua organização política. Ao lado de diversos profissionais, famílias passaram a conhecer a síndrome na experiência de construir explicações efetivas para as múltiplas dimensões do adoecimento e do cuidado.

Esses grupos se reuniram para lutar pelos direitos de seus filhos e filhas ao acesso aos serviços públicos, como saúde, assistência social e educação<sup>2</sup>. As associações reivindicam ainda o direito à informação e ao conhecimento produzido sobre o ZIKV, assim como à participação nos processos decisórios das políticas públicas em resposta à epidemia.

Atualmente, existem mais de dez associações e uma Frente Nacional na luta por direitos da pessoa com a SCVZ.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi decisivo para o estabelecimento de respostas ante a epidemia. Gestores e profissionais precisaram reorganizar e reprogramar os sistemas e serviços de saúde diante das novas demandas de atendimento e cuidado às crianças suspeitas e diagnosticadas com a síndrome<sup>3</sup>.

O investimento em pesquisas e inovações foi central para enfrentamento da epidemia, com recursos nacionais e internacionais; além da conformação de rede e grupos de especialistas e instituições, envolvendo pesquisadores de diversas áreas da ciência<sup>3</sup>. Nesse processo, destacamos a ação e a liderança das mulheres nas grandes descobertas reveladoras sobre o vírus e suas consequências.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), como uma das principais instituições científicas de saúde do País, envolveu-se em diversas frentes de resposta à epidemia de vírus Zika. Produziu pesquisas; apoio às políticas e aos sistemas de vigilância; fortalecimento dos serviços de saúde; produção de insumos e tecnologias; comunicação e informação à sociedade; qualificação de profissionais<sup>4</sup>. Nesse contexto, a Rede Zika Ciências Sociais (RZCS), que conta com financiamento e pesquisadores de instituições nacionais e internacionais, foi constituída e liderada por Nísia Trindade Lima e Gustavo Correa Matta. Seu foco principal está nas implicações da epidemia de Zika na ciência, na saúde e na sociedade<sup>5</sup>. Um de seus objetivos é

[...] articular as práticas da educação e da pesquisa com os conhecimentos e estratégias produzidos por movimentos sociais, profissionais de saúde e assistência social, gestores e usuários do sistema de saúde<sup>6(1)</sup>.

Em comemoração de seus 120 anos, a Fiocruz apresenta a Exposição 'Zika Vidas que Afetam' (<https://expozika.fiocruz.br/>). Resultado de um processo de construção coletiva e de ações de pesquisa científica, a mostra

foi concebida pela RZCS, realizada em parceria com o Museu da Vida (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) e inaugurada em março de 2021, data próxima do aniversário de 5 anos da Declaração Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Ela visa promover o envolvimento com os problemas decorrentes da epidemia e provocar reflexões sobre a vida das diversas pessoas afetadas pela Síndrome Congênita, que não podem ser invisibilizadas ou esquecidas.

O objetivo desse relato é mostrar a experiência da construção coletiva e participativa da exposição, com destaque para a importância da contribuição das mulheres – mães, gestoras, profissionais de saúde e pesquisadoras. Tal relato compreende o período de outubro de 2018 a agosto de 2020, no qual as autoras coordenaram o processo de curadoria participativa, que envolveu concepção, produção, finalização, validação e readequação da exposição à versão on-line, no contexto da pandemia de Covid-19.

## Material e métodos

A exposição é um dispositivo de divulgação científica construído coletivamente. O método envolveu a participação, por meio de entrevistas, oficinas e reuniões, de representantes dos vários grupos e instituições afetados pela epidemia: cientistas, usuários, profissionais e gestores da saúde. Tal participação ocorreu em todas as etapas de desenvolvimento da mostra (concepção, produção, finalização, validação), incluindo sua readequação para versão on-line.

Grande parte das informações e do material usado para a exposição foi proveniente dos resultados das pesquisas realizadas no âmbito da RZCS. Das pessoas entrevistadas, mais de 50% eram mulheres.

Outra parcela das informações utilizadas na exposição derivou das discussões realizadas na Oficina de Trabalho, organizada também pela RZCS, no XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em julho de

2018<sup>7</sup>. Naquela ocasião, foi elaborada a 'Carta de Recomendações para o Enfrentamento das Consequências da Epidemia de Zika Vírus no Brasil'<sup>6</sup>. O documento foi chancelado pelo Conselho Deliberativo da Fiocruz e gerou uma Moção de apoio ao enfrentamento da Zika na XVI Conferência Nacional de Saúde, em 2019<sup>8</sup>.

O evento teve uma participação majoritária de mulheres, que se envolveram em estratégias coletivas para tentar mudar o cenário de incertezas, inferir em decisões e políticas públicas, em nome do cuidado e de melhores condições de vida para as crianças e suas famílias. O engajamento dos distintos atores individuais e institucionais borrou as fronteiras entre o desenvolvimento técnico e a dimensão social da epidemia, devolvendo a discussão sobre a produção de respostas ao debate público e à arena política, constituindo uma verdadeira rede sociotécnica<sup>9</sup>.

Esses encontros foram uma oportunidade para articulação das representações da ciência, dos serviços de saúde e das famílias em torno de um compromisso político com a saúde pública e com a vida das crianças. Isso promoveu a ampliação das perspectivas para além das questões ligadas à produção do conhecimento científico. Especialistas e não especialistas, juntos, conseguiram abstrair os seus próprios interesses, colocar-se do ponto de vista do interesse comum, formular questões diversas e produzir recomendações plausíveis.

Os processos de concepção e produção da exposição não foram diferentes, eles evidenciaram que, na pesquisa, existem distintas modalidades de colaboração entre especialistas e não especialistas tanto nas situações em que os especialistas problematizam as questões e definem métodos para seu enfrentamento quanto no momento em que os resultados dos estudos são amplamente divulgados para o público em geral<sup>9</sup>. Nesse sentido, a exposição é fruto do diálogo entre cientistas de diversas áreas, gestores e profissionais de saúde, representantes da sociedade civil, mães

e familiares de crianças diagnosticadas com a SCVZ. O acervo público é proveniente das famílias, de serviços de saúde, das instituições de pesquisa e da RZCS.

Durante o processo de curadoria foram realizados três encontros, entre os meses de outubro de 2018 e agosto de 2020, engajando representantes da ciência, dos serviços de saúde e das famílias. Nessas ocasiões, as coordenadoras expuseram o projeto do roteiro e os resultados preliminares referentes ao conteúdo, organização e *layout* da exposição. Todos tiveram o direito à fala garantido, sem hierarquia, em um processo de coprodução de conhecimento, o que enriqueceu as discussões. Ressaltamos que todas as etapas de construção passaram pelo processo de validação coletiva.

O objetivo pactuado foi divulgar conhecimento embasado em pesquisa científica e construção coletiva; ao mesmo tempo, provocar emoções, empatia e preocupação diante das consequências e do enfrentamento da Zika. Dessa forma, foi planejada uma linguagem simples, assim como uma narrativa feita por meio de textos curtos, fotos, vídeos e jogos.

A exposição estava prevista tanto para ser inaugurada presencialmente no Centro Cultural dos Correios, no município do Rio de Janeiro, em abril de 2020, quanto para itinerância nacional e internacional. Contudo, no contexto da pandemia de Covid-19, houve necessidade de suspensão da mostra presencial e readequação para a versão on-line. Esse formato permite, inclusive, ampliar o acesso ao seu conteúdo.

Na exposição virtual, a linguagem incorpora elementos digitais que devem proporcionar dinamismo ao conteúdo. O maior desafio da etapa de concepção foi se aproximar ao máximo de uma experiência de visita que não fosse simplesmente acesso a um *site*. O modelo on-line demandou a revisão dos vídeos que haviam sido produzidos para a versão presencial, no sentido de garantir mais leveza e agilidade dos conteúdos e do tempo de visitação. Assim, após uma pequena introdução geral, o visitante pode ‘caminhar’ na exposição e visualizar os

conteúdos dos quatro módulos, na ordem em que preferir. Em consequência, houve uma demanda de maior integração entre alguns elementos-chaves dos conteúdos dos vídeos.

Uma das questões fundamentais foi garantir inclusão, tomada aqui como uma ação pela qual os grupos de pessoas têm as suas distinções valorizadas e reconhecidas<sup>10</sup>. Justamente durante a epidemia de Zika, o tema das deficiências ganhou maior visibilidade por causa dos possíveis efeitos da SCZV na vida das crianças. Nesse sentido, o projeto da exposição previu recursos de acessibilidade (contraste de cores, alternância de tamanho da fonte e audiodescrição), visando oferecer condições semelhantes de acesso a qualquer pessoa<sup>11</sup>. Foram integradas ferramentas digitais para remover barreiras na comunicação. Além da Língua Brasileira de Sinais (Libras), o conteúdo tem tradução para inglês e espanhol.

Considerando que a maioria da população brasileira acessa conteúdos de internet exclusivamente via celulares e *smartphones*, e que as redes sociais foram meios importantes de mobilização social desde o início da epidemia de Zika, a exposição on-line prioriza o acesso por meio desses dispositivos.

Sobretudo, o método de construção coletiva e os recursos utilizados para ampliação do acesso à exposição respondem à necessidade de produção de

[...] ambientes e instrumentos que permitam à população brasileira participar de forma mais democrática e cidadã nos debates que envolvem a ciência e tecnologia, em particular no campo da saúde<sup>12</sup>.

A pesquisa que originou o presente artigo seguiu as Resoluções CNS/MS nº 510, de 7 de abril de 2016, e CNS/MS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, CAAE 67311617.8.0000.5240.

## Resultados e discussão

### Concepção e roteiro: narrativa, símbolos e afeto

A exposição busca contar a história do presente da epidemia de Zika no Brasil, ampliando a divulgação dos conhecimentos sobre como se construíram as respostas e sobre o seu impacto na vida das pessoas. Ela mostra a ameaça global representada pelo vírus Zika, e por suas consequências atuais, a partir do Brasil. Além disso, aponta desafios e caminhos que envolvem o cotidiano da vida das crianças afetadas, seus familiares e cuidadores. A mostra também é resultado de um trabalho que marca a história dos 120 anos da Fiocruz e reflete o compromisso institucional com a ciência, a vida, a saúde pública e os seus desafios atuais<sup>13</sup>.

O mosquito *Aedes aegypti* e as imagens de cabeças de bebês com microcefalia foram as principais representações visuais durante a epidemia de Zika no mundo<sup>14</sup>. Já a exposição tem como símbolo as mãos adultas e infantis entrelaçadas. Mãos dadas que remetem ao cuidado, ao carinho, ao amor e à preocupação com o outro. Simbolizam o sentido de acolher e proteger, assim como de solidariedade, parceria e cooperação para superação da epidemia de Zika e suas consequências. Representam a ampla mobilização social e política requerida nas diversas frentes de atuação sobre as questões que afetam, sobretudo, mulheres e crianças.

O nome 'Zika Vidas que Afetam' foi escolhido com a participação de mulheres representantes das associações das famílias. Surgiu da compreensão da pluralidade da noção de afeto, que diz respeito aos encontros que podem mobilizar a capacidade de agir<sup>15</sup>. Ele denota que, de algum modo, todos fomos afetados pela epidemia de Zika no Brasil, não apenas as famílias e as crianças com SCZV.

A ideia de 'vidas que afetam' remete particularmente às pessoas que se sensibilizaram, se interessaram e se mobilizaram, e cujo agir implicado foi o caminho para a busca de

respostas e soluções para o enfrentamento da epidemia. Por esse ângulo, tal ideia tem relação com a continuidade da luta pelos direitos das crianças e famílias e pela efetivação do acesso aos diferentes setores e serviços necessários. Do mesmo modo, diz respeito ao apoio às pesquisas científicas sobre o ZIKV em diversos campos do conhecimento. Acima de tudo, afetar pessoas significa não permitir que a Zika e suas consequências caiam no esquecimento.

Sob esse aspecto, a exposição é uma produção que envolve o retorno da pesquisa colaborativa ao mundo. Ela se constitui em um dispositivo de divulgação científica com curadoria participativa, cuja construção promove a interação e a legitimação de discursos entre especialistas e não especialistas. Um cenário de expressão dos diversos pontos de vista e da autoridade pública sobre política<sup>16</sup>. O resultado pode ser visto como uma dinâmica entre 'cidadania' e 'literacia' científica<sup>16</sup>.

A linha narrativa da exposição parte do caráter inesperado do evento da Zika no mundo, passando pelas incertezas ligadas à epidemia de microcefalia no Brasil, o enfrentamento por diferentes atores e instituições, até as necessidades de respostas e conhecimentos. O roteiro foi elaborado de forma a destacar o papel da ciência brasileira, das famílias e do SUS no contexto de enfrentamento da epidemia. A exposição se divide em quatro módulos descritos a seguir.

O primeiro módulo aborda o aumento do número de casos de Zika e de bebês com microcefalia no Brasil. São evidenciadas as relações estabelecidas entre pesquisadores e instituições de pesquisa na problematização do evento sanitário e do nexos causal com casos de alterações neurológicas, principalmente de malformações congênitas em recém-nascidos. Destaca-se a grande contribuição de mulheres nesse momento: Patrícia Brasil, Celina Turchi, Maria Elizabeth Lopes, Débora Diniz, Cláudia dos Santos. Pesquisadoras que se debruçaram para tentar sanar as dúvidas, produzir cuidado, desvendar causas e efeitos sobre as condições de vida dos afetados.

O segundo módulo trata das incertezas sobre as consequências da epidemia de ZIKV para a saúde das pessoas, da Declaração de Emergência Sanitária, pelo Brasil e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), até a confirmação da existência da SCVZ. São narradas as condições de ocorrência dos casos de malformação congênita, as dificuldades enfrentadas pelas famílias afetadas e o seu empobrecimento. Apresentam-se novamente as interações entre pesquisadores, profissionais de saúde e famílias, além do apoio de redes e financiamentos nacionais e internacionais, que permitiu a descoberta inédita da SCVZ, pela ciência brasileira e pelo SUS. Nas instâncias internacionais, ressalta-se que tanto a OMS quanto a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) eram dirigidas por mulheres naquela ocasião: Margaret Chan e Carissa Etienne respectivamente. Na ciência brasileira, distingue-se a atuação de Adriana de Oliveira Melo, Ana Bispo, Vanessa van der Linden, Tereza Maciel Lyra, Consuelo Silva de Oliveira, Thalia Velho Barreto Araújo, entre outras mulheres.

O terceiro módulo apresenta a mobilização e as respostas geradas no contexto da epidemia de SCVZ. A ação conjunta da Fiocruz, dos institutos de pesquisa e das universidades permitiu a produção de inovações, conhecimentos e orientações para as políticas. Destacam-se o papel do SUS, seu caráter público e universal, e a organização das mulheres na luta por direitos. Nas associações de famílias afetadas, evidenciam-se as mulheres que participaram ativamente das pesquisas realizadas no âmbito da RZCS: Germana Soares, Joana Passos, Amanda Mota, Vanessa Aguiar e Vanessa Godoy Caldas.

O quarto módulo apresenta reflexões e apontamentos sobre o que ainda precisamos fazer em relação à ocorrência e às consequências do ZIKV no Brasil. São reiteradas as orientações de que os caminhos para garantir os direitos das pessoas afetadas devem passar pela proteção e pelo cuidado com a criança e com a mulher. São evidenciados os modos

como as consequências da Zika retratam as desigualdades brasileiras e a mensagem de que essa e outras doenças podem ser mais bem respondidas quando ciência, movimentos sociais, saúde e políticas públicas caminham lado a lado. Nesse módulo, o visitante pode acessar a Carta de Recomendações, construída por pesquisadores, gestores e movimentos sociais, com indicações sobre o que ainda falta fazer.

### **A narrativa da exposição sob o olhar de diferentes mulheres**

A construção coletiva da exposição sob diferentes olhares é sua maior riqueza, mas, também, seu maior desafio. Não é simples trazer a diversidade, o embate de ideias e experiências, integrando-os na busca de sentidos comuns.

Os encontros foram cenários de negociações e tensões. Nessas ocasiões, as representantes das associações das famílias afetadas puderam expressar as ameaças a que estavam submetidas. Os dilemas derivavam dos afetos, da disposição de prosseguir no debate e da vontade de dar visibilidade a temas não pautados pelo Estado<sup>17</sup>.

A narrativa da exposição foi feita majoritariamente por mulheres, que mostraram desde as incertezas e medos iniciais até as respostas e necessidades atuais. Elas foram afetadas de diversas formas pela epidemia de Zika, trazendo consigo suas experiências, interpretações, concepções e questões. Apontaram que a produção do conhecimento, das propostas e ações podem ser permeadas por embates de ideias e contradições nos processos de enfrentamento, mesmo quando as necessidades ou campos de ação são comuns, seja na ciência, na gestão de serviços de saúde, no cuidado ou na luta por direitos.

É importante ressaltar que, ao refletirmos sobre o ser mulher, não consideramos possível defini-lo de uma única forma<sup>18</sup>. As mulheres que contribuíram para a produção de conhecimentos e respostas à epidemia de Zika trazem olhares diferenciados e afetados por suas experiências enquanto cientistas, mães, gestoras e profissionais de serviços de saúde.

Destacam-se dois temas que geraram tensão nos debates durante o processo de curadoria participativa, construção e validação do roteiro da exposição: aborto e abandono. O aborto é um tema que causa polêmica, particularmente em razão das questões morais que desperta. O desconforto latente nos fóruns de discussão colocava em cena, por um lado, a religiosidade que embasa o discurso de algumas associações de famílias, sobretudo de suas porta-vozes; por outro, toda uma enunciação de militantes e especialistas sobre os direitos da mulher, que norteia as preocupações da saúde coletiva. Ressaltamos que havia ainda o grupo que argumentava ser controverso associar a discussão do aborto às questões sobre a deficiência.

As polêmicas em torno do abandono tencionaram as representantes das famílias. O abandono parental, tão divulgado pela mídia e pelas narrativas de algumas associações, foi visto de forma antagônica por outras. Para certas representantes, ressaltar o abandono dos pais era deixar de reconhecer tanto a importância da participação masculina nas questões do cuidado das crianças quanto o fato de que o abandono não aconteceu de forma generalizada.

As inquietações que cercavam os temas do aborto e do abandono foram agravadas por discussões polarizadas que sinalizavam as preocupações específicas de alguns grupos. Os fóruns não contavam com um público sem vínculo direto com aquelas questões, que pudesse delas se distanciar, para poder fazer a mediação entre os interesses singulares e coletivos. Na impossibilidade de produzir uma vontade geral a partir de desejos particulares<sup>9</sup>, ambos os tópicos foram considerados de extrema sensibilidade; e, por essa razão, foi acordada a sua não inclusão na narrativa da exposição. Abrangê-los de forma célere constituía um risco desnecessário diante de tantos outros enunciados possíveis e indispensáveis de serem colocados em cena. Embora, na condição de profissionais da saúde coletiva, mantivéssemos nossas opiniões, o objetivo do nosso exercício ao construir o roteiro era evidenciar certezas, incertezas, controvérsias,

assentimentos, e não suscitar interesses inconciliáveis naquela ocasião.

Havia consonância de que o poder público não considerou as diversas dimensões nas quais a vida dessas famílias foi afetada. A insuficiência de serviços públicos e de medidas governamentais que atendessem às necessidades em diferentes contextos e situações foi qualificada, de modo geral, abandono do Estado. Do mesmo modo, as dificuldades de transporte, de renda, inclusão escolar, informação, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. O tema foi tratado de forma transversal na narrativa.

A mostra evidencia o que foi priorizado como resposta, em termos científicos, nas pautas dos movimentos sociais e das políticas públicas de saúde. A construção dessas respostas demonstra as experiências das diversas mulheres em seus campos de ação. A mensagem final é de que a Zika não acabou e de que ainda há muitas coisas a serem feitas, de forma conjunta, articulada entre sociedade, ciência e poder público.

A exposição convoca a pensar: o cenário sanitário nacional que remete à fantasmagoria de uma nova epidemia de SCVZ; as necessidades progressivas das famílias que continuam sendo afetadas; os cortes crescentes em importantes orçamentos para operacionalização de políticas públicas.

## Considerações finais

A exposição acontece quando muitos acreditam que a Zika seja uma página virada da história, em virtude do desaparecimento das notícias sobre a doença. Mudar essa crença é um dos principais desafios evidenciados neste trabalho, pois a SCVZ continua a afetar a vida de diversas pessoas, sobretudo, das mulheres. As consequências têm sido cada vez menos priorizadas com o final da epidemia e das Declarações de Emergência Sanitária. Porém, em 2018 e 2019, foram registrados, respectivamente, 178 e 55 novos casos de Síndrome

Congênita<sup>19</sup>. Dos casos confirmados de Zika em 2019, aproximadamente 24% foram em gestantes<sup>20</sup>. Além disso, as crianças com SCVZ estão crescendo, e novas demandas continuam surgindo. Apesar da queda do número de casos da doença, o ZIKV se mantém circulando, inclusive com estudos mostrando a existência de mais de uma linhagem viral no País<sup>21</sup>.

Estamos longe de produzir soluções definitivas e permanentes. O cenário plural e conturbado da Zika representa, ainda hoje, impacto e medo. Por outro lado, enfatizamos que ele gerou um processo de compartilhamento de saberes e construção coletiva de conhecimento, criando tentativas de enfrentamento com grande potencial transformador das relações entre a sociedade e as instituições de pesquisa. Uma história que não acabou, marcada não somente por incertezas, mas também por união e ação coletiva. Essa história é contada na exposição.

A participação pública no processo de curadoria aconteceu desde o início do trabalho e é uma perspectiva que vem sendo valorizada como metodologia de construção de dispositivos de divulgação científica. Os desafios desse modo de operar envolvem lidar com os diferentes olhares, compreensões, linguagens, experiências e, sobretudo, distintas expectativas quanto ao resultado. Exige capacidade de incorporar questões atravessadas por disputas de narrativas, interesses e contradições advindas das experiências e demandas dos diversos participantes. Outro desafio se refere à própria abordagem de temas tão delicados quanto a deficiência e as repercussões da epidemia para as famílias afetadas. Por isso, também a importância de a exposição ter tido sua narrativa construída majoritariamente por mulheres, que não apenas foram as mais afetadas, como igualmente foram as protagonistas nas respostas à epidemia, em várias frentes de atuação.

O êxito dessa construção mostra que é possível criar coletivamente uma narrativa sobre um tema, em uma linguagem que combina arte e ciência. Reforça também as inúmeras potencialidades das novas formas de produção e divulgação do conhecimento, com base

em diálogo amplo e sistemático. A busca pela criação de sentidos comuns, com sinergia de saberes, narrativas e experiências das mais diversas, potencializa a constituição de outros olhares e modos de tratar de questões contemporâneos, tal como foi feito na exposição. Esse modo de operar favorece que os resultados possam ser mais bem incorporados por diversos tipos de pessoas e grupos interessados em usar as informações para produzir respostas e avanços em determinados temas e setores. Isso amplia as formas, os usos e as apropriações dos produtos de divulgação científica.

Nesse sentido, é possível que essa experiência seja reproduzida em outros contextos, com as devidas limitações. Os inúmeros eventos e materiais de pesquisa que subsidiaram a exposição vão além dos resultados das pesquisas propriamente ditas. Demandam um diálogo permanente com a sociedade, os pesquisadores e os governos, não sem conflitos e contradições. Prática, aliás, que sempre foi necessária e presente nas ações sociais, políticas e científicas no campo da saúde pública e em defesa da vida.

Mesmo não havendo perspectiva de generalização de resultados em contextos distintos, acreditamos que o presente relato possa servir de inspiração para aqueles que compreendem a concepção dialógica como uma reunião extraordinária de pessoas implicadas com a constituição de sentidos de bem comum.

Este trabalho evidencia o papel destacado das mulheres na mobilização e resposta à Zika, na ciência, na política e na sociedade. A mensagem deve afetar as pessoas de modo que a doença e suas consequências não caiam no esquecimento e que as crianças e famílias acometidas pela SCVZ não sejam invisibilizadas.

## Agradecimentos

As autoras desse artigo agradecem ao projeto 'Fiocruz 120 anos: os novos desafios da Saúde Pública e da Ciência, Tecnologia e Inovação no cenário Nacional e Global', ao Newton Fund

(Fundo Newton) e à União Europeia, por meio do Consórcio ZIKAlliance, pelo financiamento do projeto de pesquisa. As autoras também agradecem aos pesquisadores e colaboradores da Rede Zika Ciências Sociais e a todas as instituições de pesquisa, serviços de saúde e associações representantes das famílias afetadas pela Zika, que contribuíram com a construção da Exposição.

## Colaboradoras

Silva L (000-0002-9483-2873)\*, Albuquerque M (0000-0002-0763-6357)\* e Mayrink MF (0000-0002-2057-5288)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

- Costa JMBS, Reis YAC, Cazarin G, et al. Painel estadual de monitoramento da infecção pelo vírus zika e suas complicações: caracterização e uso pela Vigilância em Saúde. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2019 nov 16]; 41(esp3):316-328. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0316.pdf>.
- União de Mães de Anjos. Sobre. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: [https://pt-br.facebook.com/pg/uniaodemaesdeanjos/about/?ref=page\\_internal](https://pt-br.facebook.com/pg/uniaodemaesdeanjos/about/?ref=page_internal).
- Albuquerque MFPM, Souza WV, Araújo TVB, et al. Epidemia de microcefalia e vírus Zika: a construção do conhecimento em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2019 nov 16]; 34(10):1-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n10/1678-4464-csp-34-10-e00069018.pdf>.
- Fundação Oswaldo Cruz. Zika. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/zika>.
- Fundação Oswaldo Cruz. Rede Zika Ciências Sociais. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://fiocruz.tghn.org/zikanetwork/>.
- Rede Zika Ciências Sociais. Epidemia de Zika no Brasil Lições Aprendidas e Recomendações. Rio de Janeiro: Rede Zika Ciências Sociais; 2019.
- Rangel D. Fiocruz debate como enfrentar nova epidemia de zika. Agência Fiocruz de Notícias. 24 jul 2018. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-debate-como-enfrentar-nova-epidemia-de-zika>.
- Conselho Nacional de Saúde. Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio\\_16CNS.pdf](https://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf).
- Callon M, Lascoumes P, Barthe Y. *Agir dans un Monde Incertain: Essai sur la Démocratie Technique*. Paris: Éditions du Seuil; 2001.
- Camargo EP. Inclusão social, educação inclusiva e educação especial: enlases e desenlases. *Ciênc. Educ.*, Bauru. 2017 [acesso em 2019 nov 16]; 23(01):1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ciedu/v23n1/1516-7313-ciedu-23-01-0001.pdf>.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Lazzarin FA, Sousa MRF. Aspectos que interferem no acesso à informação e interação dos usuários cegos com o OPAC em bibliotecas universitárias. *Perspect. Ciênc. Inf.* 2015 [acesso em 2019 nov 16]; 20(01):75-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pci/v20n1/1981-5344-pci-20-01-00075.pdf>.
12. Fundação Oswaldo Cruz. Política de divulgação científica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. [acesso em 2021 abr 30]. Disponível em: [www.arca.fiocruz.br](http://www.arca.fiocruz.br).
13. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz 120 anos Em Defesa da Vida. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=1&v=BCSyR0Lhxs0&feature=emb\\_title](https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=BCSyR0Lhxs0&feature=emb_title).
14. Rabello ET, Matta GC. Visualising engagement on Zika epidemic: public health and social insights from platform data analysis. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://smart.inovamedialab.org/smart-2018/project-reports/visualising-engagement-on-zika-epidemic/>.
15. Spinoza B. Ética. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
16. Brossard D, Lewenstein BV. A Critical Appraisal of Models of Public Understanding of Science: Using Practice to Inform Theory. In: Kahlor LA, Stout P, organizadores. *Communicating Science: New Agendas in Communication*. New York: Routledge; 2009.
17. Bahia L. Participação social na saúde: ‘muito melhor com ela’. *Saúde debate*. 2010 [acesso em 2019 nov 16]; 34(84):33-40. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341770004.pdf>.
18. Conceição ACL. Teorias feministas: da “questão da mulher” ao enfoque de gênero. *RBSE*. 2009 [acesso em 2019 nov 16]; 8(24):738-757. Disponível em: [http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Conceicao\\_art.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Conceicao_art.pdf).
19. Brasil. Boletim Epidemiológico Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika: situação epidemiológica, ações desenvolvidas e desafios de 2015 a 2019. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/be-sindrome-congenita-vfinal.pdf>.
20. Brasil. Boletim Epidemiológico Vigilância em Saúde no Brasil 2003/2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. [acesso em 2020 jul 2]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf?fbclid=IwAR3qTQYyo5tG7dYLNxWfj4ymtmIAoJtlobTnwToAPConwrDn0Vpv0kyzvo>.
21. Kasprzykowski JI, Fukutani KF, Fabio H, et al. A recursive sub-typing screening surveillance system detects the appearance of the ZIKV African lineage in Brazil: Is there a risk of a new epidemic? *Inter. J. Infectious Diseases*. 2020 [acesso em 2020 ago 24]; (96):579-581. Disponível em: <https://www.ijidonline.com/action/showPdf?pii=S1201-9712%2820%2930397-0>.

---

Recebido em 20/08/2020

Aprovado em 18/05/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho é fruto de uma pesquisa interinstitucional e recebeu apoio da Fundação Oswaldo Cruz/ Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas/Programa de Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão de Sistema e Serviços de Saúde - Fiocruz/VPPCB/PMA e do Fundo Newton/British Council. This study was supported by the European Union's Horizon 2020 Research and Innovation Programme under ZIKAlliance Grant Agreement no. 734548

# Características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19: revisão integrativa da literatura

## *Characteristics of health professionals affected by Covid-19: an integrative literature review*

Roseany Patrícia da Silva Rocha<sup>1</sup>, João Lucas Campos de Oliveira<sup>2</sup>, Ariana Rodrigues da Silva Carvalho<sup>3</sup>, Bruno Augusto Barros e Matos<sup>4</sup>, Leandro Felipe Mufato<sup>5</sup>, Antônio Cesar Ribeiro<sup>6</sup>, Gleicy Kelly Teles da Silva<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113023

**RESUMO** O objetivo do estudo consistiu em identificar as características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura guiada por seis etapas e que pesquisou cinco fontes de dados. Após o estabelecimento do fluxo de seleção do material levantado (N=5.522), determinou-se a amostra de artigos analisada (n=30). Desta, foram sintetizadas informações a respeito das características dos trabalhadores e relativas ao acometimento por Covid-19. Entre os estudos selecionados, foram compilados dados de 10.760 trabalhadores de saúde, predominantemente da equipe de enfermagem (27,3%) e médicos (13,2%). A maior parte (n=20; 66,6%) dos estudos atestou que os profissionais de saúde foram contaminados no ambiente de trabalho, principalmente hospitalar. A testagem por RT-PCR foi o principal método diagnóstico. Alguns estudos (n=16; 53,3%) relataram comorbidades prévias entre os trabalhadores. Os principais sintomas da Covid-19 nos profissionais de saúde acometidos foram: febre, tosse, fadiga e mialgia. Constataram-se características que remontam em perfil concentrado de enfermeiras e médicos contaminados no hospital. Essa realidade foi focalizada entre pesquisas transversais chinesas, italianas e estadunidenses.

**PALAVRAS-CHAVE** Covid-19. Pessoal de saúde. Sars-CoV-2. Saúde do trabalhador.

**ABSTRACT** *The objective of the study was to identify the characteristics of health professionals affected by Covid-19. It is an integrative literature review guided by six steps and which researched five data sources. After establishing the selected material flow (N=5,522), the analyzed sample of articles was determined (n=30). From this, information was summarized regarding the characteristics of the workers and related to getting sick by Covid-19. Among the selected studies, data from 10,760 health workers were compiled, predominantly nursing team (27.3%) and physicians (13.2%). Most (n=20; 66.6%) of the studies attested that health professionals were contaminated in the work environment, mainly in hospitals. RT-PCR testing was the main diagnostic method. Some studies (n=16; 53.3%) reported previous comorbidities among workers. The main symptoms of Covid-19 in affected health professionals were: fever, coughing, fatigue, and myalgia. Characteristics that go back to a concentrated profile of nurses and doctors contaminated in the hospital were found. This reality was focused on Chinese, Italian and North American cross-sectional research.*

**KEYWORDS** Covid-19. Health personnel. Sars-CoV-2. Occupational health.

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat) - Diamantino (MT), Brasil. [roseanyrocha1@gmail.com](mailto:roseanyrocha1@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil.

<sup>4</sup>Hospital Universitário Júlio Müller (HJUM-UFMT) - Cuiabá (MT), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat) - Tangará da Serra (MT), Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Cuiabá (MT), Brasil.



## Introdução

A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), declarada como pandemia em março de 2020<sup>1</sup>. O Sars-CoV-2 é um tipo de coronavírus que surgiu pela primeira vez no interior da China, pertencente a uma grande família viral e principal causa de doenças respiratórias leves, moderadas, e/ou até doença respiratória aguda grave<sup>1</sup>.

Apesar de ser uma doença que acomete predominantemente o trato respiratório, outros sintomas como diarreia, dor abdominal, náuseas e vômitos também já foram atribuídos à Covid-19<sup>2,3</sup>. Em Wuhan, China, epicentro primário da doença, os pacientes apresentaram sintomas como febre, tosse produtiva, dispnéia, mialgia, fadiga, contagem reduzida do número de leucócitos e evidências radiográficas de pneumonia<sup>4</sup>. Isso foi sendo paulatinamente verificado em outros locais com a disseminação mundial progressiva do vírus<sup>4</sup>.

Os números da Covid-19 são atualizados dia a dia, consternando a população e trazendo evidente preocupação sanitária e socioeconômica no mundo todo. Atualmente, no mês de junho de 2021, contam-se mais de 178.2021.610 de casos confirmados em todo o planeta, em um total de 3.865.738 de mortes e mais de 70 mil casos confirmados novos em um único dia<sup>5</sup>. Em termos de número de casos e de mortes, os países de maior preocupação atual são o Brasil, os Estados Unidos da América (EUA) e a Rússia, já que a situação na Itália, na Espanha, na França e na China – antes considerados epicentros alarmantes da doença – parece ter chegado a melhor controle sanitário, apesar das novas ondas do vírus ainda assustarem esses e outros locais<sup>6</sup>. Somado a isso, o Brasil tem sido frequentemente questionado, inclusive na mídia, no que diz respeito à efetividade gerencial sobre a imunização da população contra a Covid-19, em comparação proporcional a diversos outros países pontuados como mais assertivos nesse quesito.

A taxa de agravamento da Covid-19, que leva à necessidade de hospitalização, é estimada

entre 5% e 15% dos casos. Entre os casos mais graves, a necessidade de assistência avançada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é calculada em torno de 50% a 80%<sup>1</sup>. Nesse sentido, considerando que a demanda dos serviços de saúde aumentou expressivamente com a pandemia e que a carga de atendimento a doenças persistentes e emergentes é ininterrupta, o cenário é de tendência ou realidade de colapso em muitos sistemas de saúde<sup>7</sup>.

Diante do potencial ou real colapso de sistemas de saúde, emerge a preocupação com os profissionais dessa área que atuam diretamente no combate à pandemia de Covid-19, dada a sua evidente exposição ao Sars-CoV-2, aliada a um panorama comum de condições de trabalho precárias ou precarizadas pela situação sanitária<sup>7,8</sup>. Estudos<sup>9,10</sup> apontam que a falta de materiais como luva, máscara, seringa e outros equipamentos adequados representa 46,8% dos motivos que determinam maior vulnerabilidade no trabalho em saúde, principalmente para a enfermagem; e que o ritmo e a pressão do volume das atividades laborais respondem por 51,2% desses motivos. Esse cenário tende a ser agravado no contexto pandêmico vigente pela sobrecarga de trabalho, elevada transmissibilidade desse vírus e pela necessidade de uso constante de equipamentos específicos de proteção individual<sup>7</sup>.

É fato que os profissionais de saúde têm sentido o impacto da contaminação pelo Sars-CoV-2, seja pela demanda de trabalho, estigma social, carga emocional ou mesmo por sua saúde individual comprometida<sup>11</sup>. Essa alusão é ratificada por dados atuais de dois estudos chineses que evidenciaram que 29% (n=138)<sup>4</sup> e 35% (n=1099)<sup>12</sup> de pacientes com Covid-19 eram profissionais de saúde, com predomínio de homens que necessitaram de internação hospitalar.

Enfatiza-se a necessidade de analisar de forma mais ampliada as informações científicas sobre o adoecimento dos profissionais de saúde contaminados pelo novo coronavírus, pois, empiricamente e de acordo com veiculações midiáticas, sabe-se que existem muitos trabalhadores contaminados e profissionais

que morreram em decorrência da Covid-19, o que reforça a necessidade de estudos que compilem dados sobre o adoecimento desses trabalhadores. Ainda, faz-se premente investigar sobre o adoecimento desses profissionais porque isso corresponde a uma resposta social que pode auxiliar no enfrentamento da pandemia, bem como fomentar discussões a respeito de condições de trabalho em saúde no esperado período pós-crise. Assim, objetivou-se identificar as características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19.

## Material e métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura guiada por referencial<sup>12</sup> que prevê a execução do estudo em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão e busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) síntese do conhecimento.

A questão que norteou a realização do estudo foi estruturada por meio da estratégia PICO<sup>12</sup>, acrônimo para População, Interesse e Contexto. Assim, a elaboração se deu da seguinte forma: P – Profissionais da saúde, I – Características/perfil; e Co – Acometidos pela Covid-19. Isso resultou na questão de pesquisa: quais são as características de profissionais de saúde acometidos por Covid-19 disponíveis na literatura científica?

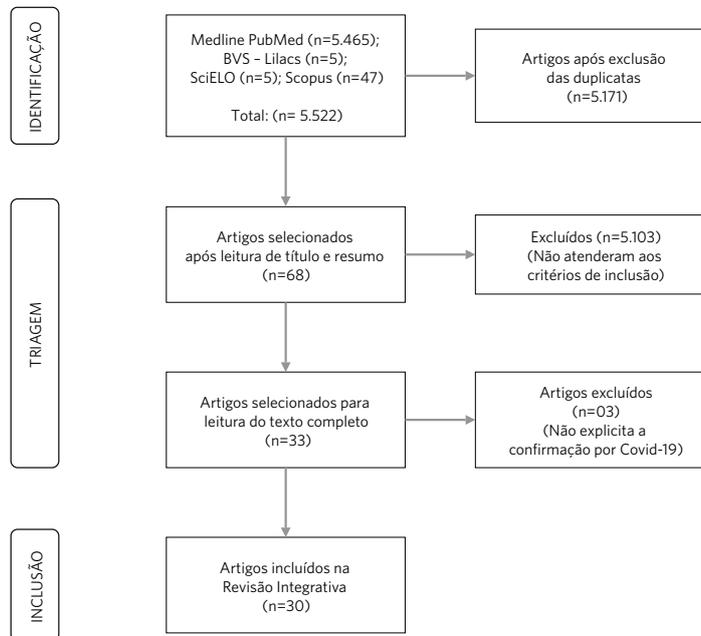
Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos on-line disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; que apresentassem dados de profissionais de saúde com Covid-19 confirmada. Excluíram-se os artigos publicados em mais de uma base de dados, aqueles que não respondessem à pergunta de pesquisa após a leitura do resumo e/ou texto na íntegra, além das duplicatas.

A busca foi realizada nas seguintes fontes: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline via PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus. Foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do United State National Library of Medicine (MeSH): Profissional de saúde, Coronavírus, Covid-19 vírus, Sars-CoV-2, 2019-nCoV, coronavírus disease 2019. Ademais, seus descritores correspondentes em inglês foram: *Health Personnel, Coronavirus, Covid-19 virus, Sars-CoV-2, 2019-nCoV, coronavirus disease 2019*.

Os termos foram cruzados entre si por meio de estratégias de busca utilizando-se o operador booleano AND. Foram realizadas as estruturas específicas, conforme as características de cada banco de dados eletrônico. A seguinte estratégia de busca foi aplicada: “Coronavírus” AND “Covid-19 vírus” AND “Sars-CoV-2” AND “2019-nCoV” AND “coronavirus disease 2019” AND “Health Personnel”; e a estratégia de busca: Coronavírus AND Covid-19 vírus AND Sars-CoV-2 AND 2019-nCoV AND coronavírus disease 2019 AND Profissional de saúde.

A busca foi realizada preliminarmente em junho de 2020 e foi atualizada em junho de 2021, por duas pesquisadoras. A primeira etapa de seleção dos artigos foi realizada mediante a leitura e a análise dos títulos e dos resumos de todas as referências levantadas (N=5.522) para verificação prévia da potencial inclusão de cada estudo na revisão, além da exclusão de textos duplicados. Após essa triagem preliminar, na segunda etapa, procedeu-se à leitura na íntegra dos estudos recrutados, a qual possibilitou que outros textos também fossem excluídos, por não atenderem à proposta dessa revisão. A *figura 1* demonstra o fluxo de seleção dos artigos, adaptado conforme recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos, 2021



Fonte: Elaboração própria.

Dos estudos selecionados, foram extraídas as seguintes variáveis: autores, ano, país de origem, delineamento do estudo, amostra de profissionais de saúde estudados, características/perfil dos trabalhadores de saúde (sexo, idade, categoria profissional, local de trabalho e comorbidades), manifestações clínicas dos profissionais de saúde quanto à infecção pela Covid-19, provável forma contaminação e forma/teste de diagnóstico de Covid-19 utilizado. As informações foram sumarizadas em quadros sinópticos para síntese do conhecimento. Ressalta-se que a variável 'idade', de teor quantitativo, foi apresentada na forma como se encontrava descrita em cada estudo, seja ele na forma categórica ou contínua; portanto, nem sempre apresentando a média.

Destaca-se que, por se tratar de pesquisa secundária com base em dados de acesso irrestrito, o presente estudo não fere os princípios

éticos que tratam dos estudos envolvendo seres humanos, dispensando trâmite ético institucionalizado.

## Resultados

Entre os artigos selecionados para o estudo (n=30), houve a predominância de estudos realizados na China (n=13; 43,3%), na Itália (n=4; 13,3%) e nos EUA (n=3; 10%), sendo que o delineamento de estudo do tipo transversal foi o mais frequente (n=18; 60%), seguido por estudos de coorte (n=9; 30%) (*quadro 1*).

Do total de artigos analisados, foram computados dados de 10.760 profissionais de saúde que foram contaminados e tiveram testagem positiva para Covid-19. Dos 30 estudos da amostra, 26 (86,6%) afirmaram que os profissionais foram diagnosticados conforme o teste

RT-PCR (Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction). Um (3,3%) estudo afirmou ter usado teste sorológico para diagnóstico, e em três artigos (10%) não foi verificado o mecanismo diagnóstico empregado.

O quadro 1 apresenta as características dos estudos analisados, de acordo com seus autores, ano, país de origem, delineamento de estudo e número de profissionais contaminados por Covid-19.

Quadro 1. Características dos estudos analisados, de acordo com autores, ano, país de realização, delineamento de estudo e número de profissionais contaminados por Covid-19, 2021

<b>Autores/Ano</b>	<b>País do Estudo</b>	<b>Delineamento de Estudo</b>	<b>Amostra de Profissionais de Saúde</b>
Alma T et al., 2020 <sup>13</sup>	Holanda	Coorte	90
Chen et al., 2020 <sup>14</sup>	China	Exploratório/Transversal	15
Eric J et al., 2020 <sup>15</sup>	EUA	Coorte	48
Guan et al., 2020 <sup>16</sup>	China	Coorte	38
Guo X et al., 2020 <sup>17</sup>	China	Exploratório/Transversal	24
Heinzerling et al., 2020 <sup>18</sup>	EUA	Coorte	121
Jiaojiao C et al., 2020 <sup>19</sup>	China	Coorte	54
Keeley et al., 2020 <sup>20</sup>	Reino Unido	Exploratório/Transversal	52
Li Q et al., 2020 <sup>21</sup>	China	Exploratório/Transversal	15
Liu, M et al., 2020 <sup>22</sup>	China	Exploratório/Transversal	30
McMichael et al., 2020 <sup>23</sup>	EUA	Exploratório/Transversal	151
Qi Z et al., 2020 <sup>24</sup>	China	Coorte	44
Sun H et al., 2020 <sup>25</sup>	China	Exploratório/Transversal	32
Wang F et al., 2020 <sup>26</sup>	China	Coorte	6
Reusken et al., 2020 <sup>27</sup>	Holanda	Exploratório/Transversal	85
Ying-Hui et al., 2020 <sup>28</sup>	China	Exploratório/Transversal	103
Yu X et al., 2020 <sup>29</sup>	China	Exploratório/Transversal	4
Escribese M et al., 2020 <sup>30</sup>	Espanha	Exploratório/Transversal	50
Marra M et al., 2021 <sup>31</sup>	Itália	Coorte	105
Ying- Hui J et al., 2020 <sup>32</sup>	China	Exploratório/Transversal	105
Fwoloshi S et al., 2020 <sup>33</sup>	África	Exploratório/Transversal	660
Lombardi A et al., 2020 <sup>34</sup>	Itália	NE	139
Lahner E et al., 2020 <sup>35</sup>	Itália	Exploratório/Transversal	58
Al-Kuwari MG et al., 2021 <sup>36</sup>	Ásia Ocidental	Exploratório/Transversal	1.199
Liu J et al., 2021 <sup>37</sup>	China	Coorte	101
Abdelmoniem R et al., 2020 <sup>38</sup>	Egito	NE	29
Rodríguez A et al., 2021 <sup>39</sup>	Espanha	NE	61
Alkurt G et al., 2021 <sup>40</sup>	Turquia	Exploratório/Transversal	119
S. Mandić R et al., 2020 <sup>41</sup>	Itália	Exploratório/Transversal	172
Schwartz K et al., 2020 <sup>42</sup>	Canadá	Exploratório/Transversal	7.050

Fonte: Elaboração própria, 2021.

NE = Não especificado.

Em relação à idade dos profissionais de saúde envolvidos nos estudos, destaca-se que nem todos citaram essa informação. Entre os que informaram a idade dos profissionais (n=26; 86,6%), houve predominância da faixa etária acima de 40 anos (n=13; 43,3%). Em relação ao sexo, destacou-se o sexo feminino, em 21 pesquisas (70%), seguido de 3 (10%) em que preponderaram participantes do sexo masculino, e 6 (20%) que não delimitaram essa informação.

Quanto ao local de trabalho, 27 (90%) estudos apresentaram que os profissionais contaminados pela Covid-19 trabalhavam no ambiente hospitalar. Do total de manuscritos, 20 (66,6%) declararam que os profissionais de saúde se contaminaram no ambiente de trabalho, 4 estudos (13,3%) afirmaram que a contaminação foi extra-hospitalar, e outros 6 (20%) não especificaram a forma de contaminação (*quadro 2*).

Quadro 2. Características dos profissionais de saúde acometidos por Covid-19 entre os estudos selecionados, de acordo com idade, sexo, local de trabalho e possível local de contaminação. Brasil, 2021

Estudo	Idade (anos)	Sexo (M/F)	Local de Trabalho	Provável Contaminação
Alma T et al., 2020 <sup>13</sup>	41 a 50	21/79	Hospital	NE
Chen et al., 2020 <sup>14</sup>	Média 55	NE	Hospital	Extra-hospitalar
Eric J et al., 2020 <sup>15</sup>	Média 43	11/37	Hospital	Ambiente de trabalho
Guan et al., 2020 <sup>16</sup>	Média 47	NE	Hospital	Extra-hospitalar
Guo X et al., 2020 <sup>17</sup>	Média 36	23/1	Hospital	Ambiente de trabalho
Heinzerling et al., 2020 <sup>18</sup>	NE	20/101	Hospital	Ambiente de trabalho
Jiaojiao C et al., 2020 <sup>19</sup>	Média 47	36/18	Hospital	NE
Keeley et al., 2020 <sup>20</sup>	NE	NE	Hospital	NE
Li Q et al., 2020 <sup>21</sup>	Média 59	15/0	NE	Extra-hospitalar
Liu, M et al., 2020 <sup>22</sup>	Média 35	10/20	Hospital	Ambiente de trabalho
McMichael et al., 2020 <sup>23</sup>	43 a 62	39/112	Hospital	Ambiente de trabalho
Qi Z et al., 2020 <sup>24</sup>	NE	14/30	Hospital	Ambiente de trabalho
Sun H et al., 2020 <sup>25</sup>	22 a 56	4/28	Hospital	Ambiente de trabalho
Wang F et al., 2020 <sup>26</sup>	Média 33	F	Hospital	Ambiente de trabalho
Reusken et al., 2020 <sup>27</sup>	Média 56	NE	Hospital	Ambiente de trabalho
Ying-Hui et al., 2020 <sup>28</sup>	Média 35	39/64	Hospital	Ambiente de trabalho
Yu X et al., 2020 <sup>29</sup>	Média 50	M	Hospital	Ambiente de trabalho
Escribese M et al., 2020 <sup>30</sup>	NE	21/29	Hospital	Ambiente de trabalho
Marra M et al., 2021 <sup>31</sup>	Média 46	29/76	Hospital	Ambiente de trabalho
Ying- Hui J et al., 2020 <sup>32</sup>	Média 35	39/64	Hospital	Ambiente de trabalho
Fwoloshi S et al., 2020 <sup>33</sup>	20 a 39	222/438	Hospital	NE
Lombardi A et al., 2020 <sup>34</sup>	30 a 60	57/82	Hospital	Ambiente de trabalho
Lahner E et al., 2020 <sup>35</sup>	Média 41	F	Hospital	Ambiente de trabalho e Extra-hospitalar
Al-Kuwari MG et al., 2021 <sup>36</sup>	Média 36	711/488	Atenção primária	NE
Liu J et al., 2021 <sup>37</sup>	Média 33	32/69	Hospital	Ambiente de trabalho
Abdelmoniem R et al., 2020 <sup>38</sup>	Média 31,7	13/16	Hospital	Ambiente de trabalho
Rodríguez A et al., 2021 <sup>39</sup>	Média 42	F	Hospital	Ambiente de trabalho

Quadro 2. (cont.)

Estudo	Idade (anos)	Sexo (M/F)	Local de Trabalho	Provável Contaminação
Alkurt G et al., 2021 <sup>40</sup>	Média 36,2	39/80	Hospital	NE
S. Mandić R et al., 2020 <sup>41</sup>	Média 44	73/99	Hospital	Ambiente de trabalho
Schwartz K et al., 2020 <sup>42</sup>	30 a 70	F	NE	NE

Fonte: Elaboração própria, 2021.

M = Masculino, F = Feminino, NE = Não especificado.

Em relação à categoria profissional dos trabalhadores acometidos por Covid-19, evidenciou-se que os enfermeiros e médicos foram os mais expostos à doença, conforme ilustra a *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais de saúde acometidos pela Covid-19, investigados nos estudos selecionados, por categoria profissional (N=10.760). Brasil, 2021

Categoria Profissional	n	%
Profissionais de enfermagem*	2.939	27,3
Médicos**	1.422	13,2
Outros profissionais de saúde***	582	5,4
Não identificado	5.817	54,1
Total	10.760	100

Fonte: Elaboração própria, 2021.

\*Inclui trabalhadores de enfermagem não separados por categoria/hierarquia profissional, como *nurses* e *registered nurses*, nomenclatura usual nos EUA.

\*\*Inclui médicos e médicos residentes.

\*\*\*Inclui fisioterapeutas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentistas e trabalhadores de apoio.

Quanto às doenças preexistentes entre os profissionais de saúde acometidos pela Covid-19, estudos (n=16; 53,3%) evidenciaram que, antes de serem contaminados, apresentavam comorbidades como a Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e obesidade. Sobre as características clínicas de manifestação da Covid-19, 18 (60%) estudos afirmaram que os sintomas mais recorrentes entre os trabalhadores de saúde foram febre, tosse, fadiga, mialgia, diarreia e dor de garganta. Os estudos demonstraram que os profissionais de saúde tiveram algum tipo de gravidade referente à doença (n=4; 13,3%) e (n=3; 10%) relataram que os profissionais precisaram de terapia intensiva.

## Discussão

A quantidade de profissionais de saúde adoecidos tem se avolumado durante a pandemia. A transmissão é favorecida pelo contato próximo e desprotegido com secreções ou excreções de pacientes infectados, principalmente por meio de gotículas salivares. Outros fluidos corporais não estão claramente implicados na transmissão do novo coronavírus, mas considera-se que o contato desprotegido com sangue, fezes, vômitos e urina pode colocar o profissional em risco de contaminação<sup>1</sup>.

Foi observado nesta revisão que houve predominância de estudos realizados na China. Isso, provavelmente, guarda relação com o fato de que esse país foi considerado o primeiro epicentro da doença, onde se originaram os casos.

Ainda, por serem os precursores da doença, em dezembro de 2019, houve mais tempo para organizar tais informações e divulgá-las para a comunidade científica, assim como vem acontecendo com os países da Europa e dos EUA; e, mais contemporaneamente, o Brasil e outros países da América Latina.

Apesar da temporalidade da doença, também é prudente conjecturar que houve maior rapidez na produção e na divulgação do conhecimento provenientes da China e dos EUA, por se tratar de reconhecidas potências mundiais, com destaque científico global. Mais estudos latino-americanos devem ser produzidos, conforme a pandemia avança sobre essas localidades, demandando registros epidemiológicos, bem como outras investigações que possam explicar essa condição de interesse à saúde pública global.

O delineamento transversal prevalente entre as pesquisas recrutadas nesta revisão já era esperado, em virtude da sua característica seccional momentânea (portanto, de execução mais rápida) de uma dada realidade, o que emerge como necessário e/ou pertinente neste cenário de crise, inclusive, para descrição dos fenômenos e, também, maior explicação dos fatores associados à Covid-19. Nesses *surveys* e nos demais estudos, o método diagnóstico RT-PCR também foi uma evidência de pouca surpresa porque tem sido aquele considerado padrão confiável para o diagnóstico da Covid-19<sup>1</sup>.

Apenas no Brasil, até o mês de junho de 2021, já foram registrados mais de 200 mil casos de trabalhadores da saúde acometidos pela Covid-19, os quais ocasionaram em torno de 17 mil mortes<sup>5,46</sup>. Essa alusão remete à evidente ponderação de que o número total de trabalhadores acometidos por Covid-19 compilado nesta revisão (n=10.760) é drasticamente subestimado ante a realidade da pandemia. Por outro lado, é também prudente a reflexão de que esse número representa uma aproximação àquilo que permeia a literatura científica, e, por isso, tem sua importância em termos de adensar e salientar o conhecimento produzido.

A contaminação e o adoecimento dos profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes infectados é uma realidade preocupante. É importante destacar que os dados são atualizados diariamente, e que existem profissionais da saúde que foram contaminados, mas que não desenvolveram os sintomas e, ainda, os que não foram testados. Sugere-se que tais profissionais devam ser rastreados para a Covid-19 o mais rápido possível a fim de proteger a sua saúde, bem como contribuir para contenção da pandemia<sup>10</sup>.

Diante do panorama de categorias profissionais contaminadas pela Covid-19 verificado por esta revisão de literatura, fica evidente a maior exposição da equipe de enfermagem (27,3%) e médicos (13,2%), o que se assemelha com resultados recentes que apresentaram um quantitativo de presença de profissionais contaminados<sup>47</sup>. Essa constatação provavelmente ancora-se ao fato de serem categorias de contato ininterrupto (em especial, a enfermagem) e direto com os pacientes contaminados.

Mesmo que tenham correspondido a uma junção de várias profissões e em uma concentração inferior, as demais categorias profissionais, como fisioterapeutas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, dentistas e trabalhadores de apoio, também estavam expostas à doença, o que demonstra que todos os trabalhadores estavam suscetíveis à contaminação pela Covid-19. Isso remete à alta transmissibilidade deste novo coronavírus, bem como à importância de medidas sistêmicas para sua contenção nos serviços de saúde.

No cenário da pandemia de Covid-19, a equipe de enfermagem tem sido frequentemente referida como altamente exposta aos seus efeitos, contudo, protagonista no seu enfrentamento. Essa marca da profissão calcada no cuidado humano reflete a necessidade e a importância de incremento substancial nas condições laborais para o desempenho da sua função indispensável. Todavia, a Covid-19 parece ter escancarado muitas mazelas na dinâmica de organização, gestão e valorização dessa categoria

profissional, permeando um desafio à sustentabilidade dos sistemas de saúde<sup>7</sup>.

Os resultados deste estudo e os achados da literatura mostram que tanto o exercício das atividades laborais quanto as condições de trabalho podem ser fontes potenciais de exposição ao vírus. Por sua vez, essa situação de trabalho é território de disseminação da Covid-19. É importante entender, portanto, de que maneira as atividades e as condições de trabalho podem contribuir para a disseminação e, sobretudo, para o estabelecimento de estratégias para o enfrentamento da pandemia<sup>19-24</sup>.

No que se refere ao local de trabalho e à possível contaminação, 27 (90%) estudos apresentaram que os profissionais contaminados pela Covid-19 trabalhavam em ambiente hospitalar, sendo que 20 (66,6%) declararam que a contaminação ocorreu durante o contato com pacientes acometidos pelo vírus, ou seja, no ambiente laboral. A probabilidade de um profissional de saúde testado positivo para Covid-19 ter se contaminado em ambiente hospitalar é alta, pois, nesses espaços, o cuidado ao paciente ocorre 24 horas, em especial a vigília ininterrupta dos trabalhadores de enfermagem<sup>48</sup>.

A contaminação dos profissionais durante o trabalho assistencial a pacientes confirmados com Sars-CoV-2 também foi verificada em outras investigações científicas<sup>18,22,26</sup>. Para tanto, gestores governamentais e líderes de entidades sanitárias devem fortalecer estratégias de prevenção e mitigação direcionadas à transmissão da Covid-19 e outros patógenos nos serviços de saúde, bem como nos locais de instalação de cuidados prolongados, que incluem triagem e políticas de acesso restrito para visitantes e pessoal não essencial<sup>48</sup>.

A superlotação das unidades de saúde, a falta de leitos para internação e de equipamentos para cuidados, como os respiradores mecânicos; a exposição frequente e prolongada a pacientes potencialmente contaminados; a intensificação da jornada e a maior complexidade das tarefas de trabalho, além da

redução das pausas para descanso, são problemas na organização do trabalho que vêm impactando na saúde dos profissionais que atuam no enfrentamento da pandemia. Além dessas questões, é urgente chamar atenção para falhas na proteção dos trabalhadores e para a escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que têm sido uma realidade observada em ambientes de trabalho no cenário pandêmico<sup>49,50</sup>.

Na assistência à saúde, a higiene das mãos de todos os profissionais deve ser realizada imediatamente antes e após o toque em máscaras e demais proteções faciais, além de outras ocasiões em que essa atitude se faz necessária para a proteção do paciente e do trabalhador. As máscaras devem ser trocadas sempre que fiquem sujas, úmidas ou dificultarem a respiração. Essa frequente troca de EPI e o potencial desconforto pelo seu uso prolongado podem corresponder a fatores que contribuam para o elevado número de trabalhadores contaminados pela Covid-19 no seu ambiente laboral verificado neste levantamento bibliográfico, além de, é claro, a comum deficiência na provisão desses meios de proteção e a própria virulência do novo coronavírus, que já são elementos previamente declarados<sup>47,50</sup>.

Todos os profissionais de saúde que entram no quarto de um paciente com suspeita ou confirmação de Covid-19 devem usar EPI para reduzir o risco de exposição. Os EPI padrão para pacientes com suspeita ou confirmação de Covid-19 incluem o uso de avental, luvas, máscara N95/PFF2 ou máscara cirúrgica, além de proteção ocular ou facial (*face shield*)<sup>50</sup>. No ambiente da UTI, os integrantes da equipe multiprofissional devem ainda retirar suas roupas pessoais e usar apenas roupas disponibilizadas pela instituição. Ademais, recomenda-se que os profissionais tomem banho no hospital ao término do plantão<sup>50,51</sup>.

No conjunto de dados elencados por meio desta revisão, dentre os profissionais de saúde com Covid-19, predominou o sexo feminino, o que se assemelha às outras pesquisas realizadas nessa área. Esse evento está relacionado

com o fator histórico dessas profissões e com a crescente representação da mulher no mercado de trabalho e na sociedade, além de a enfermagem ser uma profissão eminentemente feminina<sup>18,25,26</sup> e a segunda com maior número de trabalhadores recrutados, por segmentação, nesta revisão.

No que tange às comorbidades, ressalta-se que as doenças crônicas são multifatoriais, podendo ocorrer ao longo da vida e ter duração prolongada ou até mesmo não ter cura. Em alguns estudos (n=16; 53,3%), foi evidenciado que os profissionais já apresentavam comorbidades crônicas antes do acometimento pela Covid-19, o que reforça a suscetibilidade dessa população a agravos comuns na contemporaneidade. Vale lembrar a importância de os profissionais de saúde tomarem as medidas de prevenção às doenças crônicas mais comuns, bem como mudanças no estilo de vida que sejam compatíveis à promoção da sua saúde<sup>52,53</sup>, e isso, inegavelmente, também é um paralelo às medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, visto que esse corresponde a parte importante da vida do ser humano.

Considera-se que o presente estudo representa um avanço no conhecimento necessário para o enfrentamento da pandemia porque, ao passo que define o panorama do adoecimento dos trabalhadores, também tensiona discussões a respeito de condições de trabalho precarizadas na saúde. Tais condições parecem ser permanentes no setor (em especial, o público brasileiro) e se agravam em situações de crise sanitária, o que determina a necessidade de continuamente rever o planejamento e a gestão do trabalho no segmento.

Por fim, cumpre ponderar que, momentaneamente, vive-se um cenário mais promissor a respeito da pandemia em virtude, principalmente, do processo ascendente de imunização massificada. No entanto, o legado deletério da Covid-19 aos sistemas, serviços e trabalhadores de saúde é evidente e merece ser lembrado. Nesse sentido, o estudo ora descrito pode contribuir para isso.

## Considerações finais

Conclui-se que as características de trabalhadores de saúde acometidos pela Covid-19, pela literatura científica, direcionam a um perfil concentrado pela equipe de enfermagem e médicas atuantes no ambiente hospitalar, que se contaminaram no trabalho. A testagem por RT-PCR foi o principal método diagnóstico. Alguns estudos relataram comorbidades prévias entre os trabalhadores, e os principais sintomas da Covid-19 foram febre, tosse, fadiga, mialgia e diarreia. Esse panorama foi construído especialmente por pesquisas transversais realizadas na China, nos EUA e na Itália.

As estratégias de busca conduzidas apenas por operador booleano restritivo permeiam uma limitação deste estudo. É também prudente salientar com clareza que o total de trabalhadores de saúde acometidos por Covid-19 extraído pela revisão integrativa não representa a realidade de infecção dessa população, todavia, é uma aproximação refletida pela literatura científica produzida no cenário pandêmico. Dito isso, acredita-se que o estudo contribui para a reflexão sobre a importância de investimentos nas condições de trabalho em saúde, haja vista o expressivo número de profissionais que tem se contaminado no ambiente hospitalar, por exemplo, e pela possibilidade de se firmar como registro técnico-científico da historicidade da pandemia de Covid-19 no contexto da saúde do trabalhador da área da saúde.

## Agradecimentos

Agradecemos o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

## Colaboradores

Rocha RPS (0000-0002-2295-5321)\*, Oliveira JLC (0000-0002-1822-2360)\* e Carvalho ARS (0000-0002-2300-5096)\* contribuíram para

planejamento, concepção, análise, interpretação dos dados, redação, revisão crítica relevante e aprovação final da versão a ser publicada. Silva GKT (0000-0001-7988-7553)\* contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados e aprovação

final da versão a ser publicada. Matos BAB (0000-0003-1987-9687)\*, Mufato LF (0000-0002-8693-5637)\* e Ribeiro AC (0000-0003-1607-3215)\* contribuíram para revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19: versão 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
2. Ferreira CT, Tófoli MHC, Carvalho E, et al. COVID-19 e manifestações gastrointestinais: transmissão fecal-oral, há evidências? Nota de alerta. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2020.
3. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020; 382(18):1708-20.
4. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395(10223):497-506.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portal de vacinação Covid-19. [acesso em 2021 maio 12]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao?utm\\_source=google&utm\\_medium=search&utm\\_campaign=MS\\_VacinacaoCovid&utm\\_term=vacinacao\\_coronavirus\\_googleads&utm\\_content=gads002](https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao?utm_source=google&utm_medium=search&utm_campaign=MS_VacinacaoCovid&utm_term=vacinacao_coronavirus_googleads&utm_content=gads002).
6. World Health Organization. Go back to all Coronavi-
- rus disease 2019. [acesso em 2020 jun 20]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses#:~:text=symptoms>.
7. Miranda FMD, Santana LL, Pizzolato AC, et al. Working conditions and the impact on the health of the nursing professionals in the context of covid-19. *Cogitare enferm*. 2020; (25):e72702.
8. Jackson Filho MJ, Assunção AÁ, Algranti E, et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev bras saúde ocupacional*. 2020; (45):17.
9. Santos TA, Santos HS, Silva MN, et al. Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. *Rev esc enferm USP*. 2018; (52):e03411.
10. Machado MH, Santos MR, Oliveira E, et al. Condições de trabalho da Enfermagem. *Enferm Foco*. 2015; 6(1/4):79-90.
11. Medeiros EAS. Health professionals fight against COVID-19. *Acta Paul Enferm*. 2020; 33.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
13. Alma T, Bradley J, Bousema T, et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among health-care workers, the Netherlands March 2020. *Euro Surveill.* 2020; (16):2000508.
14. Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020; 395(10223):507-13.
15. Eric J, Chow MD, Noah G, et al. Symptom Screening at Illness Onset of Health Care Personnel With SARS-CoV-2 Infection in King County, Washington. *JAMA.* 2020; 323(20):2087-2089.
16. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020; 382(18):1708-20.
17. Guo X, Wang J, Hu D, et al. Survey of COVID-19 Disease Among Orthopaedic Surgeons in Wuhan, People's Republic of China. *J Bone Joint Surg Am.* 2020; 102(10):847-854.
18. Heinzerling A. Transmission of COVID-19 to Health Care Personnel During Exposures to a Hospitalized Patient – Solano County, California, February 2020. *MMWR.* 2020; 69(15):472-476.
19. Jiaojiao C, Yang N, Wei Y, et al. Clinical Characteristics of 54 Medical Staff With COVID-19: A Retrospective Study in a Single Center in Wuhan, China. *J Med Virol.* 2020; 92(7):807-813.
20. Keeley AJ, Evans C, Colton H, et al. Roll-out of SARS-CoV-2 testing for healthcare workers at a large NHS Foundation Trust in the United Kingdom, March 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25(14):2000433.
21. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *N Engl J Med.* 2020; 382(13):1199-207.
22. Liu M, He P, Liu HG, et al. Clinical characteristics of 30 medical workers infected with new coronavirus pneumonia. *ResearchGate.* 2020; 43(3):209-214.
23. McMichael TM, Currie DW, Clark S, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County Washington. *N Engl J Med.* 2020; 382(21):2005-11.
24. Qi Z, Yin YL, Qiong L, et al. Spinal Anaesthesia for Patients With Coronavirus Disease 2019 and Possible Transmission Rates in Anaesthetists: Retrospective, Single-Centre, Observational Cohort Study. *BJA.* 2020; 124(6):670-675.
25. Sun H, Lu M, Chen S, et al. Nosocomial SARS-CoV-2 infection among nurses in Wuhan at a single centre. *J Infect.* 2020; 80(6):e41-2.
26. Wang FD, Chen YY, Lee YM, et al. Positive Rate of Serum SARS-CoV Immunoglobulin G Antibody Among Healthcare Workers. *Scand J Infect Dis.* 2007; 39(92):152-156.
27. Reusken CB, Buiting A, Bleeker-Rovers C, et al. Rapid assessment of regional SARS-CoV-2 community transmission through a convenience sample of healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Euro Surveill.* 2020; 25(12).
28. Ying-Hui J, Huang Q, Wang YY, et al. Perceived Infection Transmission Routes, Infection Control Practices, Psychosocial Changes, and Management of COVID-19 Infected Healthcare Workers in a Tertiary Acute Care Hospital in Wuhan: A Cross-Sectional Survey. *Mil Med Res.* 2020; 11:7(1):24.
29. Yu X, Sun X, Cui P, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 333 confirmed cases with coronavirus disease 2019 in Shanghai, China. *Transbound Emerg Dis.* 2020; 67(4):697-1707.
30. Escribese MM, Nistal-Villan E, Fernandez P, et al. Cross-sectional pilot study exploring the feasibility

- of a rapid SARS-CoV-2 immunization test in health and nonhealthcare workers. *Allergy*. 2020; 76(3):896-899.
31. Marra A, Generali D, Zagami P, et al. Seroconversion in patients with cancer and oncology health care workers infected by SARS-CoV-2. *Ann Oncol*. 2021; 32(1):113-19.
  32. Jin YH, Huang Q, Wang YY, et al. Perceived infection transmission routes, infection control practices, psychosocial changes, and management of COVID-19 infected healthcare workers in a tertiary acute care hospital in Wuhan: a cross-sectional survey. *Mil Med Res*. 2020; 7(1):24.
  33. Fwoloshi S, Hines JZ, Barradas DT, et al. Prevalence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) among Health Care Workers—Zambia, July 2020. *Clin Infect Dis*. 2021 [acesso em 2021 jun 24]; ciab273. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8083617/pdf/ciab273.pdf>.
  34. Lombardi A, Consonni D, Carugno M, et al. Characteristics of 1573 healthcare workers who underwent nasopharyngeal swab testing for SARS-CoV-2 in Milan, Lombardy, Italy. *Clin Microbiol Infect*. 2020; 26:1413:e9e1413.e13.
  35. Lahner E, Dilaghi E, Prestigiacomo C, et al. Prevalence of Sars-Cov-2 infection in health workers (HWs) and diagnostic test performance: the experience of a teaching hospital in central Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(12):4417.
  36. Al-Kuwari MG, AbdulMalik MA, Al-Nuaimi AA, et al. Epidemiology Characteristics of COVID-19 Infection Amongst Primary Health Care Workers in Qatar: March-October 2020. *Front Public Health*. 2021; (9):1-6.
  37. Liu J, Ouyang L, Yang D, et al. Epidemiological, clinical, radiological characteristics and outcomes of medical staff with COVID-19 in Wuhan, China: Analysis of 101 cases. *Int J Med Sci*. 2021; 18(6):1492-1501.
  38. Abdelmoniem R, Fouad R, Shawky S, et al. SARS-CoV-2 infection among asymptomatic healthcare workers of the emergency department in a tertiary care facility. *J Clin Virol*. 2021; (134):104710.
  39. Rodriguez A, Arrizabalaga-Asenjo M, Fernandez-Baca V. Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibody among healthcare workers in a university hospital in Mallorca, Spain, during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Int J Infect Dis*. 2021; (105):482-486.
  40. Alkurt G, Murt A, Aydin Z, et al. Seroprevalence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among health care workers from three pandemic hospitals of Turkey. *PLoS One*. 2021; 16(3):1-11.
  41. Mandić-Rajčević S, Masci F, Crespi E, et al. Source and symptoms of COVID-19 among hospital workers in Milan. *Occup Med (Lond)*. 2020 [acesso em 2020 maio 8]; 70(9):672-679. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7798912/pdf/kqaa201.pdf>.
  42. Schwartz KL, Achonu C, Buchan SA, et al. Epidemiology, clinical characteristics, household transmission, and lethality of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 infection among healthcare workers in Ontario, Canada. *PLoS One*. 2020; 15(12):1-12.
  43. Al-Kuwari MG, Achonu C, Buchan AS, et al. Epidemiology Characteristics of COVID-19 Infection Amongst Primary Health Care Workers in Qatar: March-October 2020. *Front Public Health*. 2021; (9):1-6.
  44. Barrett ES, Horton DB, Roy J, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 infection in previously undiagnosed health care workers in New Jersey, at the onset of the U.S. COVID-19 pandemic. *BMC Infect Dis*. 2020; 20(1):1-10.
  45. Molvik M, Danielsen AS, Grosland M, et al. SARS-CoV-2 in health and care staff in Norway 2020. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2021; 141(3).
  46. Painel Coronavírus. Brasil. 2021. [acesso em 2021 jun 1]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

47. Yong L, Jinxiu L, Yongwen F. Critical care response to a hospital outbreak of the 2019-nCoV infection in Shenzhen, China. *Crit Care*. 2020; 24(1):56.
48. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Rev enferm UERJ*. 2020; (28):e49596.
49. The Lancet. COVID-19: protegendo os profissionais de saúde. *Lancet*. 2020 [acesso em 2020 abr 29]; 395(10228):922. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673620306449>.
50. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira para a abordagem do COVID-19 em medicina intensiva. 2020. [acesso em 2020 maio 1]. Disponível em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes\\_AMIB-3a\\_atual.-10.06.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/junho/10/Recomendacoes_AMIB-3a_atual.-10.06.pdf).
51. McIntoh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention. UpToDate. 2019. [acesso em 2021 jun 3]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>.
52. Palmore TN. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Infection control in health care and home settings. UpToDate. 2021. [acesso em 2021 maio 17]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-infection-control-for-persons-with-sars-cov-2-infection>.
53. Malta DC, Moura L, Prado RR, et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014; 23(4):599-608.

---

Recebido em 20/08/2020  
Aprovado em 13/07/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura

## *Mental health and Covid-19: an integrative literature review*

Larissa Aline Carneiro Lobo<sup>1</sup>, Carmen Esther Rieth<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113024

**RESUMO** A pandemia do novo coronavírus (Covid-19) é uma realidade no Brasil e no mundo com potencial para desencadear sintomas psicológicos. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre saúde mental e pandemias. Foram cruzados os unitermos “saúde mental AND Covid-19 OR coronavírus OR pandemias AND intervenções em saúde mental OR psicotrópicos OR sintomatologia psiquiátrica OR psicopatologias OR fator de proteção em saúde mental” nas bases Scientific Electronic Library Online, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e National Library of Medicine (PubMed), resultando em 1.642 artigos publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2015 a 2020. Foram selecionados 43 artigos, de acordo com critérios de inclusão e exclusão, e todos foram publicados em 2020, referindo-se ao primeiro ano da pandemia de Covid-19. Sintomas depressivos e ansiosos, estresse e insônia foram frequentemente relatados e estiveram relacionados a ser profissional da saúde, adulto jovem, mulher; ter menor escolaridade e renda, histórico de doença crônica ou transtorno psiquiátrico e maior exposição nas mídias. Algumas intervenções psicológicas podem ser utilizadas para minimizar os impactos negativos da pandemia de Covid-19. Além disto, fatores de proteção podem ser explorados para reduzir os prejuízos na saúde mental dos indivíduos e das coletividades.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Covid-19. Coronavírus.

**ABSTRACT** *The new coronavirus pandemic (Covid-19) is a reality in Brazil and worldwide, with potential to generate psychological symptoms. The aim of this study was to carry out an integrative literature review of mental health and pandemics. We used the crossing of the keywords: “mental health AND Covid-19 OR coronavirus OR pandemics AND mental health interventions OR psychotropics OR psychiatric symptoms OR psychopathologies OR protective factor in mental health” in Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information and National Library of Medicine – PubMed databases, with 1.642 articles published in Portuguese, English and Spanish. After reading the titles, the pre-selection abstracts and following inclusion and exclusion criteria, 43 studies were included in this review. All articles were from 2020 and referred to the first year of the Covid-19 pandemic. Several reports of depression and anxiety symptoms, stress and insomnia were found and were related to being a health professional, young adult, woman, low level of education and income, history of chronic illness or psychiatric disorder and high media exposure. Some psychological interventions can minimize the negative impacts of the Covid-19 pandemic and protective factors can reduce damage to mental health of individuals and communities.*

**KEYWORDS** *Mental health. Covid-19. Coronavirus.*

<sup>1</sup>Universidade Feevale  
(Feevale) – Novo  
Hamburgo (RS), Brasil.  
lalilobo@yahoo.com.br



## Introdução

A pandemia do novo coronavírus (Covid-19) é uma realidade no Brasil e no mundo, e representa uma situação de crise com reflexos sociais, econômicos e na saúde das populações. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou como emergência de saúde pública o surto do novo coronavírus e, em março do mesmo ano, finalmente, classificou a Covid-19 como uma pandemia. Desde então, a OMS e organizações de saúde pública de todo o mundo vêm buscando conter sua disseminação<sup>1</sup>.

Pandemias como a de Covid-19 afetam pessoas no mundo inteiro, sem distinção de etnia, cultura, gênero ou nacionalidade, e momentos críticos como este têm grande potencial para desencadear sintomas psicológicos na população. Em situações de pandemia, os indivíduos sentem-se preocupados e estressados, especialmente as populações mais vulneráveis e os profissionais de serviços essenciais, como profissionais da saúde, comércio e manutenção, transporte e logística, segurança e defesa, entre outros, que garantem os serviços indispensáveis à comunidade. O medo, o estresse e as incertezas podem levar a consequências em longo prazo, acarretando problemas relacionados à saúde mental<sup>1</sup>.

Os problemas de saúde mental podem surgir em vista do temor da exposição e do contágio, do confinamento e do isolamento, e pelas medidas de quarentena, que implicam em mudanças na rotina de vida das pessoas<sup>2</sup>.

As reações de medo e as preocupações da população podem ser acentuadas pelo excesso de informações, muitas vezes oriundas de fontes não confiáveis, pelas *fake news* e especulações da mídia e redes sociais. Dispor de informações fidedignas, transparentes e oportunas é vital para a adequada saúde mental da população<sup>3,4</sup>.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre saúde mental e pandemias. Esta proposta se deu em virtude do pouco conhecimento sobre o

impacto de uma pandemia no adoecimento mental, em meio ao cenário da Covid-19, no primeiro ano da pandemia. Considerou-se relevante investigar quais as principais psicopatologias/sintomas psiquiátricos que se manifestam, de que forma estas reações podem ser contornadas, que fatores protegem o indivíduo do adoecimento mental e que intervenções psicoterapêuticas e psicofarmacológicas têm sido utilizadas.

## Metodologia

### Delineamento do estudo

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura. O objetivo desta metodologia é obter um conhecimento profundo de determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores sobre o tema. Este método permite que as pesquisas publicadas sejam sintetizadas em um único artigo, tornando os resultados mais acessíveis. Estudos deste tipo devem ser conduzidos através de critérios metodológicos rigorosos, seguindo etapas bem descritas e com resultados apresentados com clareza<sup>5,6</sup>. Foram consultadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) (<https://scielo.org/>); Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme)/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS (<https://bvsalud.org/>); e National Library of Medicine (NLM) – PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2015 e 2020, nos idiomas espanhol, inglês e português. Para a estratégia de busca foi utilizada a combinação dos unitermos “saúde mental AND Covid-19 OR coronavírus OR pandemias AND intervenções em saúde mental OR psicotrópicos OR sintomatologia psiquiátrica OR psicopatologias OR fator de proteção em saúde mental”.

Para a extração dos dados, tomou-se como base o formato utilizado por Ursi e Galvão<sup>7</sup>,

que prevê os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas e avaliação do rigor do estudo, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Dessa forma, para a seleção dos estudos foram seguidas as seguintes etapas: leitura dos títulos de todos os artigos encontrados; leitura dos resumos da pré-seleção, de acordo com critérios de inclusão e exclusão; leitura, na íntegra, dos artigos da amostra parcial; exploração dos artigos; codificação dos conteúdos emergentes e relevantes; e apresentação dos resultados a partir de categorias identificadas no material pesquisado<sup>7</sup>.

### **Descrição dos critérios de inclusão, exclusão e seleção dos estudos**

A busca nas três bases de dados obteve 1.642 resultados, sendo 1.615 artigos da base Bireme, 21 da SciELO e 6 da PubMed. Após a leitura dos 1.642 títulos, foram pré-selecionados 622 artigos, cujos resumos foram lidos. Excluíram-se os artigos duplicados, os do tipo *letter*/carta ao editor/editorial/opinião, os artigos no prelo/*preprint*, artigos incompletos, indisponíveis ao acesso, documentos cujo formato não se enquadrava como artigo, artigos de revisão e os que não atendiam ao objetivo deste estudo. Após as exclusões, restaram 150 artigos para leitura integral, seguindo-se os mesmos critérios de exclusão acima descritos. Ao final, foram selecionados 43 artigos para compor esta revisão.

Os artigos selecionados foram organizados em duas categorias principais: profissionais

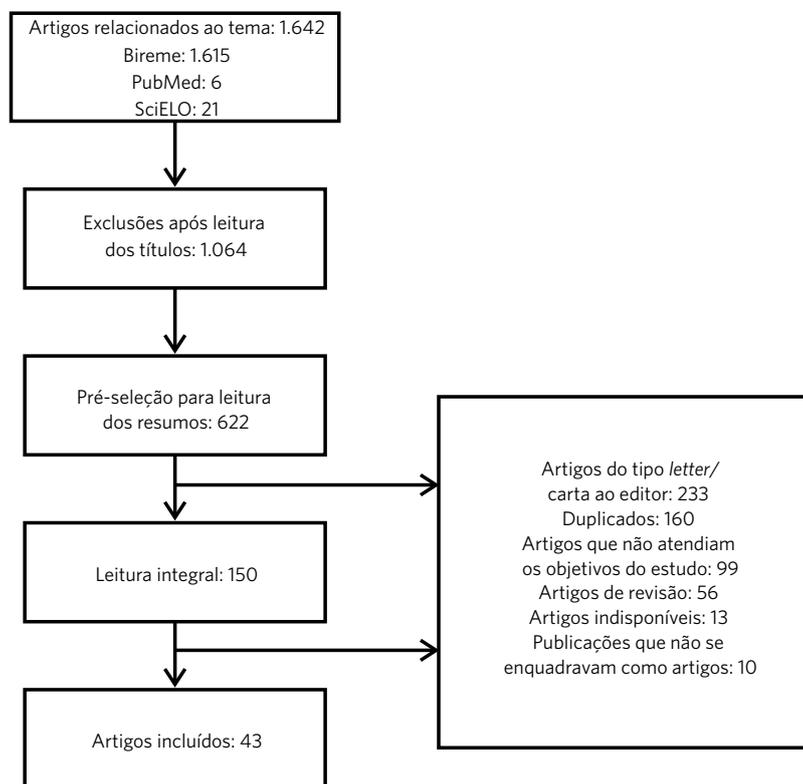
da saúde e grandes populações/países. Posteriormente, foram apresentados conforme as seguintes temáticas: Sintomatologia psiquiátrica/Psicopatologias: Presença de sintomas psiquiátricos e/ou psicopatologias em profissionais da saúde, Presença de sintomas psiquiátricos e/ou psicopatologias em grandes populações; Fatores associados à presença de sintomas psiquiátricos e psicopatologias; Fatores de proteção em saúde mental; e Intervenções em saúde mental: intervenções em saúde mental para os profissionais da saúde e Intervenções em saúde mental para a população geral.

## **Resultados**

### **Considerações sobre a amostra**

É importante ressaltar que foi empregado, na estratégia de busca, o unitermo “pandemias”, e o período analisado compreendeu os anos de 2015 a 2020, a fim de localizar artigos que relacionassem saúde mental com experiências de epidemias anteriores, contudo, todos os artigos localizados nesta revisão integrativa foram publicados em 2020 e referiam-se ao primeiro ano da pandemia de Covid-19. Além disso, a busca pelo unitermo “psicofármacos” não localizou nenhum artigo. O detalhamento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos está descrito na *figura 1*.

Figura 1. Diagrama dos artigos incluídos e excluídos, de acordo com critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no estudo



Fonte: Elaboração própria.

A amostra deste estudo foi composta por 43 artigos originais, publicados em 2020 e provenientes de 19 países, conforme ilustra o *quadro 1*. Das 43 pesquisas realizadas, 19 foram conduzidas na China. Dos 43 estudos,

40 estavam redigidos em língua inglesa e 3 em língua portuguesa. O delineamento dos estudos conforme definido pelos autores foi transversal (com questionário on-line) para 42 artigos e caso-controle para 1 artigo.

Quadro 1. Distribuição geral dos artigos selecionados.

n	Autor	Ano	País	Delineamento	Público-alvo
A1	Cai Q et al.	2020	China	Caso-controle	Médicos
A2	Kannampallil TG et al.	2020	Estados Unidos	Transversal	Médicos
A3	Li X et al.	2020	China	Transversal	População geral
A4	Si MY et al.	2020	China	Transversal	Funcionários hospital
A5	Sljivo A et al.	2020	Bósnia e Herzegovina	Transversal	População geral
A6	Moreno LL et al.	2020	Espanha	Transversal	Profissional da saúde
A7	Rodríguez LM et al.	2020	Estados Unidos	Transversal	População geral
A8	Shi L et al.	2020	China	Transversal	População geral

Quadro 1. (cont.)

<b>n</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Público-alvo</b>
A9	Gualano MR et al.	2020	Itália	Transversal	População geral
A10	Duan L et al.	2020	China	Transversal	Estudantes
A11	Barros MBA et al.	2020	Brasil	Transversal	População geral
A12	Salgado JG et al.	2020	Espanha	Transversal	População geral
A13	Stanton R et al.	2020	Austrália	Transversal	População geral
A14	Kim YJ e Cho JH.	2020	Coreia do Sul	Transversal	População geral
A15	Guo J et al.	2020	China	Transversal	População geral
A16	Antunes R et al.	2020	Portugal	Transversal	População geral
A17	Temsah MH et al.	2020	Arábia Saudita	Transversal	Profissional da saúde
A18	Zerbini G et al.	2020	Alemanha	Transversal	Médicos
A19	Man MA et al.	2020	Romênia	Transversal	Profissional da saúde
A20	Solomou I et al.	2020	Chipre	Transversal	População geral
A21	Xiao X et al.	2020	China	Transversal	Profissional da saúde
A22	Guo Y et al.	2020	China	Transversal	População geral
A23	Taylor S et al.	2020	Canadá/Estados Unidos	Transversal	População geral
A24	Duarte MQ et al.	2020	Brasil	Transversal	População geral
A25	Zhou SJ et al.	2020	China	Transversal	Estudantes
A26	O'Moore K et al.	2020	Austrália	Transversal	População geral
A27	Pedrozo-Pupo JC et al.	2020	Colômbia	Transversal	População geral
A28	Naser AY et al.	2020	Jordânia	Transversal	População geral
A29	Dal'Bosco E et al.	2020	Brasil	Transversal	Profissional da saúde
A30	Ying Y et al.	2020	China	Transversal	Familiares
A31	Chao M et al.	2020	China	Transversal	População geral
A32	Kowitt SD et al.	2020	Estados Unidos	Transversal	População geral
A33	Özdin S e Bayrak ÖŞ.	2020	Turquia	Transversal	População geral
A34	El-Zoghby SM et al.	2020	Egito	Transversal	População geral
A35	Roy D et al.	2020	Índia	Transversal	População geral
A36	Mazza C et al.	2020	Itália	Transversal	População geral
A37	Tang W et al.	2020	China	Transversal	Universitários
A38	Wang C et al.	2020	China	Transversal	População geral
A39	Huang Y e Zhao N.	2020	China	Transversal	População geral
A40	Tian F et al.	2020	China	Transversal	População geral
A41	Zhang WR et al.	2020	China	Transversal	População geral
A42	Lai J et al.	2020	China	Transversal	Médicos
A43	Ahmed MZ et al.	2020	China	Transversal	População geral

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao tipo de população analisada, 29 estudos avaliaram os efeitos da pandemia de Covid-19 na saúde mental de grandes populações/países<sup>8-36</sup>. O efeito da pandemia de Covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde foi analisado em dez artigos<sup>37-46</sup> e um artigo avaliou a saúde mental de familiares

dos profissionais da saúde<sup>47</sup>. Outra população de interesse dos estudos foi a composta por estudantes, tendo crianças e adolescentes sido avaliados em dois artigos<sup>48,49</sup> e um artigo enfocado estudantes universitários<sup>50</sup>. A distribuição dos artigos conforme categoria de interesse está descrita nos quadros 2 e 3.

Quadro 2. Distribuição dos artigos com foco em grandes populações

Autor	Título
Stanton R et al.	Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults.
O'Moore K et al.	Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia.
Duarte MQ et al.	COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil.
Barros MBA et al.	Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19.
Sljivo A et al.	Fear and Depression among Residents of Bosnia and Herzegovina during COVID-19 Outbreak - Internet Survey.
Taylor S et al.	COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates.
Wang C et al.	A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China.
Huang Y e Zhao N.	Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey.
Tian F et al.	Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19.
Zhang WR et al.	Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China.
Ahmed MZ et al.	Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems.
Li X et al.	Factors Associated with Mental Health Results among Workers with Income Losses Exposed to COVID-19 in China.
Shi L et al.	Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic.
Guo J et al.	Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults.
Chao M et al.	Media use and acute psychological outcomes during COVID-19 outbreak in China.
Guo Y et al.	Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study.
Solomou I et al.	Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter.
Pedrozo-Pupo JC et al.	Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey.
Kim YJ e Cho JH.	Correlation between Preventive Health Behaviors and Psycho-Social Health Based on the Leisure Activities of South Koreans in the COVID-19 Crisis.
El-Zoghby SM et al.	Impact of the COVID-19 Pandemic On Mental Health and Social Support Among Adult Egyptians.
Salgado JG et al.	Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain.
Kowitt SD et al.	Tobacco Quit Intentions and Behaviors among Cigar Smokers in the United States in Response to COVID-19.
Rodríguez LM et al.	Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19 - related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women.
Gualano MR et al.	Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy.
Mazza C et al.	A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factor.
Roy D et al.	Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic.

Quadro 2. (cont.)

Autor	Título
Naser AY et al.	Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: A cross-sectional study.
Roy D et al.	Exploring Lifestyle Habits, Physical Activity, Anxiety and Basic Psychological Needs in a Sample of Portuguese Adults during COVID-19.
Özdin S e Bayrak ÖŞ.	Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender.
Duan L et al.	An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19.
Zhou SJ et al.	Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19.
Tang W et al.	Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3. Distribuição de artigos com foco em profissionais da saúde.

Autor	Título
Dal’Bosco E et al.	A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional.
Zerbini G et al.	Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg.
Temsah MH et al	The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country.
Ying Y et al.	Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a cross-sectional study.
Cai Q et al.	The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study.
Xiao X et al.	Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation.
Si MY et al.	Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China.
Lai J et al.	Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019.
Kannampallil TG et al.	Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout.
Moreno LL et al.	Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic.
Man MA et al.	Perception and Coping with Emotional Distress During COVID-19 Pandemic: A Survey Among Medical Staff.

Fonte: Elaboração própria.

A seguir, serão apresentados os principais achados do trabalho, relacionados ao objetivo estabelecido para esta revisão.

### Sintomatologia psiquiátrica/ psicopatologias

Houve a identificação de pelo menos um sintoma psiquiátrico ou uma psicopatologia em cada um dos estudos que compuseram

esta revisão. Ressalta-se que foram utilizados diferentes instrumentos para avaliar a presença de sintomas/psicopatologias nos diferentes países, em múltiplos períodos da pandemia. Além disso, o termo utilizado para descrever o sofrimento psicológico nas populações variou entre os estudos.

Os sintomas psiquiátricos ou as psicopatologias mais frequentemente relatadas nas diferentes populações e nos países analisados

foram ansiedade, depressão, estresse e insônia, considerando como foco principal os profissionais da saúde e as grandes populações.

### **Presença de sintomas psiquiátricos e/ou psicopatologias em profissionais da saúde**

Estudos analisaram o impacto psicológico sofrido pelos profissionais da saúde que atuavam na linha de frente do combate à covid-19, comparado ao daqueles que não atendiam diretamente a esses pacientes<sup>19,37,38,42,43</sup>. Dois estudos chineses<sup>37,46</sup> e um americano<sup>38</sup> encontraram maior impacto psicológico em profissionais médicos que atuavam na linha de frente, quando comparados àqueles que não atendiam diretamente os pacientes com Covid-19<sup>46</sup>. Os profissionais da linha de frente apresentaram maiores sintomas de ansiedade, insônia, humor deprimido, estresse e *burnout*. Já estudos realizados na Romênia<sup>43</sup> e na Alemanha<sup>42</sup> não encontraram diferenças significativas nas prevalências de sintomas psiquiátricos entre as equipes médicas. Maior presença de sintomas depressivos, ansiedade, exaustão, altos níveis de estresse e menor realização no trabalho foi verificada em profissionais da enfermagem que atuavam na linha de frente na Alemanha<sup>42</sup>, no Brasil<sup>45</sup> e na China<sup>46</sup>.

As prevalências de sintomas nos profissionais da saúde chineses foram superiores às encontradas na população geral<sup>33-35,39</sup>, sendo maiores entre profissionais médicos<sup>33-35,40</sup>. Na Jordânia<sup>25</sup>, altas prevalências de sintomas psiquiátricos foram verificadas em profissionais da saúde, sendo os níveis ainda maiores entre médicos pneumologistas. Os fatores associados ao maior impacto psicológico nesses profissionais foram: esgotamento, isolamento da família, sentimento de desamparo, escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e aumento do número de casos de Covid-19. Na província de Hubei, China, 97,9% dos profissionais da saúde apresentaram pelo menos um sintoma de estresse pós-traumático. Aqueles que tiveram casos de Covid-19 em suas

comunidades e eram enfermeiros mostraram-se mais propensos a ficar ansiosos<sup>39</sup>.

Profissionais da saúde da China<sup>39</sup>, Arábia Saudita<sup>41</sup> e Espanha<sup>40</sup> sentiam-se correndo alto risco de serem infectados e relataram preocupação com o contágio de seus familiares e amigos. Maior prevalência de sintomas esteve associada ao número de horas de plantão trabalhadas e à falta de EPIs adequados<sup>39,40</sup>. Estudo realizado com familiares de funcionários de cinco hospitais da China<sup>47</sup> encontrou altas prevalências de sintomas ansiosos (33,7%) e depressivos (29,3%) nesta população. A presença de sintomas nos familiares foi superior à encontrada na população geral da China, e inferior à dos profissionais médicos.

A presença de sintomas psiquiátricos e psicopatologias em profissionais da saúde durante a pandemia de Covid-19 foi superior à verificada em surtos anteriores, como na Síndrome Respiratória Aguda Grave (Sars) da China<sup>40</sup>, na Síndrome Respiratória do Oriente Médio (Mers-CoV) e na influenza sazonal da Arábia Saudita<sup>41</sup>.

### **Presença de sintomas psiquiátricos e/ou psicopatologias em grandes populações**

Quanto ao impacto da pandemia de Covid-19 na situação de saúde das populações, estudo realizado nos Estados Unidos e no Canadá sugere que esta doença tem maior potencial para causar danos à saúde mental dos indivíduos, se comparada à saúde física. No estudo, apenas 2% dos entrevistados haviam sido diagnosticados com Covid-19 e 6% conheciam alguém que havia recebido diagnóstico. Mesmo assim, 38% da população estudada apresentaram algum nível de angústia<sup>27</sup>.

A preocupação com o risco de contrair a Covid-19 foi relatada em estudos realizados na Jordânia<sup>25</sup> (78%), Índia<sup>30</sup> (37,8%) e Austrália<sup>23</sup> (25,9%). Na Jordânia<sup>25</sup> (75%) e na Austrália<sup>23</sup> (52,7%), os entrevistados relataram estar preocupados com a contaminação de familiares e amigos. Na Bósnia e Herzegovina, mais da

metade da população (53%) relatou ter medo de morrer por Covid-19 e 11,2% apresentaram ideia suicida ou automutilação<sup>9</sup>.

Na Austrália<sup>23</sup>, a população apresentou níveis elevados de estresse (64%) e metade dos entrevistados relatou apresentar incerteza e solidão durante a pandemia de Covid-19. Elevação dos níveis de estresse também foi relatada por 15% da população da Colômbia<sup>24</sup>. No Egito<sup>29</sup>, houve aumento do estresse doméstico (62,7%), do financeiro (55,7%) e do relacionado ao trabalho (34,1%). Os egípcios relataram sentir-se horrorizados (53,9%), impotentes (52%) e apreensivos (66,3%) diante da doença.

Altas prevalências de sintomas depressivos foram verificadas em diferentes países durante a pandemia de Covid-19: Itália<sup>31</sup> (67,3%), Austrália<sup>23</sup> (62%), Chipre<sup>19</sup> (48,1%), Brasil<sup>13</sup> (40,4%), China<sup>11</sup> (27,9%), Jordânia<sup>25</sup> (23,8%) e Turquia<sup>28</sup> (23,6%). Em relação a sintomas de ansiedade, níveis elevados foram verificados no Brasil<sup>13</sup> (52,6%), na Austrália<sup>23</sup> (50%), na Turquia<sup>28</sup> (45,1%), no Chipre<sup>19</sup> (41%), na China<sup>11</sup> (31,6%), na Itália<sup>12</sup> (23,2%) e na Jordânia<sup>25</sup> (13,1%).

Com relação ao sono, em estudo realizado no Brasil<sup>13</sup>, 43,5% dos entrevistados relataram ter problemas para dormir e 48% tiveram o agravamento de problemas de sono pré-existent. Distúrbios do sono também foram verificados nas populações italiana (42,2%)<sup>12</sup>, chinesa (29,2%)<sup>11</sup> e indiana (12,5%)<sup>3</sup>.

## Fatores associados à presença de sintomas psiquiátricos e psicopatologias

A maioria dos artigos verificou associações entre fatores sociodemográficos e pior saúde mental, tais como: gênero, local de residência, nível de renda e escolaridade<sup>8,9,11,12,14,18-20,22,23,25,28,31,34,47</sup>. Outros fatores, como exposição à mídia e aos hábitos de vida, também foram relacionados<sup>10,14-16,19,20,26,27,33,36,48</sup>.

Maior prevalência de sintomas psicológicos/psicopatologias esteve associada ao gênero feminino na maioria dos estudos, em diferentes países<sup>9,11,12,14,18,19,23,25,28,29,31,34,47</sup>.

O fato de residir em zona urbana esteve relacionado a maiores níveis de medo na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup>, e maiores prevalências de sintomas psiquiátricos ocorreram na Turquia<sup>28</sup> e no Egito<sup>29</sup>.

Em relação à situação conjugal, estudos realizados no Egito<sup>29</sup> e na Itália<sup>12</sup> associaram o estado civil casado ou coabitado a um fator preditivo para uma pior saúde mental. Na China<sup>34</sup>, a presença de sintomas psicológicos foi relacionada a ser divorciado ou viúvo. Já na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup>, maiores níveis de medo foram relatados nos indivíduos solteiros.

Residir com outras pessoas no domicílio relacionou-se a uma pior saúde mental em estudo realizado no Chipre<sup>19</sup>. Já na China<sup>20</sup>, indivíduos que moravam sozinhos e aqueles que vivenciavam conflitos familiares apresentaram mais sintomas depressivos e ansiosos. Indivíduos sem filhos tiveram sua saúde mental mais prejudicada na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup> e na Itália<sup>31</sup>.

As finanças pessoais, durante a pandemia de Covid-19, foram motivos de preocupação para as populações do Chipre<sup>19</sup> e da Austrália<sup>23</sup>. No Brasil<sup>22</sup>, pessoas que sofreram perdas de renda relataram uma pior saúde mental. Na China, três diferentes estudos verificaram associação entre perdas de renda e maiores sintomas de depressão, ansiedade e insônia<sup>8,20,47</sup>. Na Espanha<sup>14</sup>, indivíduos de baixa renda apresentaram altos níveis de sofrimento psíquico. De maneira inversa, na Jordânia<sup>25</sup>, ter renda alta foi um fator associado à presença de sintomas psicopatológicos.

Sintomas psicológicos/psicopatologias foram mais prevalentes em desempregados na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup>, na Itália<sup>31</sup> e no Chipre<sup>19</sup>. Na Espanha<sup>14</sup> e na Itália<sup>31</sup>, níveis elevados de angústia foram verificados em pessoas que trabalhavam fora de casa.

Adultos jovens apresentaram pior saúde mental em diferentes países<sup>14,18,19,22,25,29,31,34</sup>. O achado relacionado à idade foi bastante consistente entre os estudos, divergindo apenas no sintoma de medo na Bósnia e Herzegovina. Segundo os autores, o medo

estaria relacionado à experiência prévia de uma guerra nesta geração. Além disto, as manifestações da Covid-19 nas faixas etárias mais elevadas costumam ter desfechos mais graves<sup>9</sup>.

Estudantes apresentaram maior sofrimento psicológico na Austrália<sup>23</sup> e maior prevalência de sintomas depressivos na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup>, Jordânia<sup>25</sup> e Itália<sup>31</sup>. Ser estudante universitário associou-se a uma maior prevalência de sintomas psicológicos no Egito<sup>29</sup> e na Jordânia<sup>25</sup>. Maiores níveis de depressão e ansiedade entre os jovens estudantes estariam relacionados às mudanças na modalidade de ensino, preocupações com a formação e ao desempenho acadêmico<sup>25</sup>.

No Brasil<sup>22</sup> e na Colômbia<sup>24</sup>, o acesso a informações imprecisas e orientações inconsistentes repassadas pelas autoridades sanitárias foi relacionado a maiores níveis de estresse. Na China, o ato de procurar constantemente por informações sobre a Covid-19 e o tempo de exposição às mídias relacionaram-se a efeitos psicológicos mais negativos<sup>26,33</sup>.

O efeito psicológico negativo associado ao uso das mídias foi mais evidente entre os jovens. Este público costuma utilizar tais recursos com maior frequência, assim obtendo maior volume de informações sobre a Covid-19, nem sempre fidedignas<sup>20</sup>. Pessoas mais jovens (<35 anos) e que passavam mais de três horas por dia buscando informações sobre a Covid-19 apresentaram maior prevalência de transtorno de ansiedade generalizada (35,1%), sintomas depressivos (20,1%) e pior qualidade de sono (18,2%)<sup>33</sup>.

Na Índia<sup>30</sup>, 36,4% da população relataram sintomas de estresse relacionado ao uso das mídias sociais. Na Itália<sup>12</sup>, o tempo gasto na internet associou-se a uma maior presença de sintomas psiquiátricos. A associação entre o uso de mídias sociais e a presença de sintomas psicológicos, como ansiedade e depressão, foi encontrada em dois estudos chineses<sup>20,26</sup> e em um indiano<sup>30</sup>.

Na Espanha<sup>14</sup>, foi verificado alto nível de sofrimento psíquico (72%) em indivíduos que haviam tido contato com pacientes Covid-19,

apresentado sintomas ou recebido diagnóstico de Covid-19. Na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup> e na Itália<sup>29</sup>, indivíduos que conheciam alguém que havia sido contaminado pela Covid-19 tiveram piores respostas psicológicas<sup>31</sup>. Na China<sup>20</sup>, pessoas com maior preocupação em relação à Covid-19, tanto em relação a si como aos seus familiares, tiveram maior presença de sintomas depressivos e ansiosos.

Estudo chinês<sup>11</sup> realizado na província de Hubei observou que 50% dos familiares ou amigos de pacientes com Covid-19 apresentaram sintomas psiquiátricos. Já entre os pacientes com diagnóstico de Covid-19, 75% apresentaram sintomas depressivos e 71% sintomas ansiosos.

Piores respostas psicológicas estiveram relacionadas ao histórico de doenças crônicas em australianos<sup>23</sup> e em italianos<sup>31</sup>. No Brasil<sup>22</sup>, o fato de pertencer ao grupo de risco foi associado a uma pior saúde mental. Na China<sup>20</sup>, no Egito<sup>29</sup>, na Itália<sup>12</sup>, na Jordânia<sup>25</sup> e na Turquia<sup>28</sup>, maiores prevalências de sintomas depressivos ou ansiosos estiveram associadas à presença de doença crônica prévia.

Problema de saúde mental pré-existente foi um fator preditivo positivo para piores respostas psicológicas na Austrália<sup>23</sup>, no Brasil<sup>13,22</sup>, no Chipre<sup>19</sup> e na Itália<sup>31</sup>. Na Bósnia e Herzegovina<sup>9</sup>, indivíduos com diagnóstico prévio de depressão apresentaram maiores níveis de medo.

Na Austrália<sup>15</sup>, na China<sup>20</sup>, no Chipre<sup>19</sup> e na Coreia do Sul<sup>16</sup>, mudanças no comportamento de saúde com prejuízo da qualidade de vida estiveram associadas a uma maior prevalência de sintomas depressivos e ansiosos durante a pandemia de Covid-19. Foi identificada diminuição da prática de atividade física, assim como alteração na rotina de sono e no consumo de álcool e tabaco, durante a pandemia de Covid-19. Mulheres, jovens, solteiras, com baixa escolaridade e menor renda foram as mais afetadas. No estudo coreano<sup>16</sup>, embora homens tivessem menos comportamentos preventivos à saúde, ainda apresentaram melhores resultados psicológicos quando comparados às mulheres.

Estudo realizado nos Estados Unidos avaliou o consumo de tabaco na população durante a pandemia de Covid-19. Foi verificado um aumento de 40% no consumo e maior percepção do risco da Covid-19 esteve associada a uma maior intenção de cessar o uso<sup>27</sup>.

Estudo americano identificou que, durante a pandemia de Covid-19, houve maior sofrimento psicológico associado ao uso excessivo de álcool e ao número de episódios de uso desta substância, sendo tal associação significativa para as mulheres<sup>10</sup>.

Estudo na China encontrou uma prevalência de uso nocivo de álcool em 11,1% de seu público-alvo. O aumento do consumo se deu especialmente entre os jovens (21 a 40 anos). Segundo os autores, essa faixa etária estaria psicologicamente mais vulnerável por acessar com frequência informações sobre a Covid-19 nas mídias sociais e também em virtude do bloqueio e do isolamento social experienciados durante a pandemia. No estudo chinês, não foram verificadas diferenças significativas entre gênero e aumento do consumo de álcool<sup>36</sup>.

## Fatores de proteção em saúde mental

Os estudos analisados identificaram alguns fatores que podem estar relacionados a uma maior proteção à saúde mental dos indivíduos expostos a pandemias como a de Covid-19. Os fatores de proteção mais mencionados nos estudos foram: conhecimento das medidas de prevenção e controle da Covid-19, acesso a informações precisas e técnicas a respeito do vírus, idade avançada, disponibilidade de EPIs e maior escolaridade<sup>14,18,19,22,25,26,28,29,31,34,36,38,40,43,44,47</sup>.

Quanto às características relacionadas à forma de enfrentamento, algumas atitudes e comportamentos foram apontados como fatores de proteção, nos estudos, tais como: boa autopercepção de saúde<sup>14</sup>, adoção de comportamentos positivos relacionados à saúde<sup>15,16</sup>, atitude positiva e otimista em relação à pandemia<sup>25,49</sup>, adoção de estratégias de enfrentamento ativas<sup>39</sup>, comportamentos de enfrentamento cognitivos e

pró-sociais<sup>18</sup>, enfrentamento focado no problema<sup>14</sup>, apoio social percebido<sup>29,39</sup> e participação em atividades sociais e coletivas<sup>16</sup>.

Variáveis sociodemográficas foram apontadas como possíveis fatores de proteção, nos artigos, tais como: residir em ambiente rural<sup>9,29</sup>, aumento da idade<sup>12,25,29</sup>, ser aposentado<sup>25</sup>, ser casado ou residir com cônjuge<sup>12</sup>, residir com crianças ou menores de 16 anos<sup>14</sup>, maior escolaridade<sup>23,28,34</sup>, estar empregado<sup>11,12,47</sup> e não ser profissional da saúde<sup>22,40</sup>.

Indivíduos que estavam empregados e não passavam por dificuldades financeiras relataram maior sensação de segurança e menor risco de apresentarem sintomas psiquiátricos/psicopatologias<sup>28</sup>.

O nível educacional elevado parece estar relacionado à posse de maiores quantidades de informação, a melhores respostas e atitudes em relação à Covid-19<sup>28</sup>. Nos estudos analisados, foram considerados fatores de proteção em saúde mental: maior conhecimento a respeito da Covid-19, como orientações de especialistas e autoridades em saúde pública, e acesso a informações técnicas<sup>26,30</sup>, além de menor exposição às mídias sociais<sup>14,48</sup>. Além disso, mais conhecimentos sobre medidas de prevenção e controle da Covid-19<sup>25,49</sup> e mais satisfação com as informações de saúde<sup>32</sup> estiveram relacionados a uma maior sensação de segurança da população.

A adoção de medidas de precaução, a disponibilidade de EPIs<sup>40,44,47</sup> e o nível de confiança nos profissionais da saúde<sup>32</sup> também constituíram fatores de proteção, nos artigos analisados. A disponibilidade de EPIs em quantidades e qualidades adequadas estaria associada a uma maior percepção de segurança dos profissionais da saúde, e também maior proteção para suas famílias, o que caracteriza um fator preditivo negativo para o sofrimento psicológico destes profissionais<sup>28</sup>.

## Intervenções em saúde mental

Algumas possíveis intervenções em saúde mental para situações de pandemias são

sugeridas nos estudos analisados. As estratégias são focadas em intervenções voltadas para os profissionais da saúde<sup>35,37,38,41,42,44,45,47</sup> e para a população em geral<sup>20,22,25,26,32-34,36,38,42,47,49</sup>.

### **Intervenções em saúde mental para os profissionais da saúde**

Intervenções em saúde mental voltadas para profissionais da saúde e suas famílias devem estar disponíveis<sup>47</sup>. Para isto, estes profissionais precisam ser incorporados às equipes de saúde e recursos digitais podem ser utilizados, como serviços de atendimento psicológico on-line<sup>35,37</sup>.

As intervenções psicológicas podem auxiliar os profissionais da saúde a lidarem com a pressão, promovendo-lhes bem-estar psicológico, o que pode melhorar sua eficácia no trabalho, a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes<sup>44</sup>. Profissionais da saúde com diagnósticos prévios de problemas de saúde mental devem ser considerados grupos prioritários para essas intervenções<sup>37</sup>.

Alguns recursos importantes podem ser fornecidos aos profissionais da saúde, tais como: apoio social para eles mesmos e para suas famílias, provisionamento de tempo de lazer adequado e melhorias na infraestrutura da instituição. É fundamental garantir-lhes boas condições de trabalho, com equipe suficiente e redução na demanda e na jornada, além de acomodações e locais de descanso apropriados, bem como acesso a EPIs em quantidade e qualidade suficientes<sup>42,47</sup>.

Ademais, outras estratégias podem ser utilizadas para promover a melhoria da saúde mental dos profissionais, como o reconhecimento do trabalho dos que atuam na linha de frente, através de incentivos e promoções<sup>44</sup>. Outra ação que pode ser implementada é o trabalho em equipes mistas, mesclando profissionais mais e menos experientes, o que aumentaria a habilidade prática dos profissionais médicos e diminuiria a sensação de insegurança<sup>44</sup>.

As instituições de saúde podem buscar promover campanhas educacionais, com a divulgação de informações e suporte emocional,

ampliando o conhecimento das equipes. Isso poderia minimizar os níveis de ansiedade e estresse, e preparar os profissionais da saúde para situações de pandemias<sup>41</sup>.

Para maior aderência dos profissionais da saúde aos serviços de apoio é necessário desmistificar sentimentos de angústia nas equipes, minimizando o estigma relacionado à saúde mental presente na sociedade e fomentando discussões a respeito dos fatores que causam sofrimento mental nos profissionais. Tal medida buscaria tornar normal a presença de sentimentos como medo e insegurança em profissionais da saúde, pois este público é relutante em reconhecer suas próprias vulnerabilidades, principalmente frente aos seus pares e supervisores<sup>38</sup>.

Estudo com médicos residentes norte-americanos verificou que os profissionais que atuavam na linha de frente no combate à Covid-19 tinham conhecimento dos recursos de apoio psicológico disponíveis na instituição em que atuavam, contudo, apenas 4% utilizavam tais serviços. Para facilitar a adesão dos profissionais da saúde aos programas de apoio psicológico, as instituições podem disponibilizar os recursos de forma anônima, além de manterem os programas já existentes na instituição<sup>38</sup>.

Programas que favoreçam melhores condições físicas, mentais e sociais nas equipes médicas, como intervenções individuais e coletivas, partilha de histórias e experiências, são estratégias que podem reforçar atitudes positivas nestes profissionais<sup>35</sup>. Entre as intervenções possíveis, atividades como o *Balint Groups* podem ajudar profissionais médicos a lidarem com emoções desafiadoras, garantindo-lhes mais qualidade no tratamento dos pacientes<sup>44</sup>. Outra estratégia é o uso da terapia cognitivo-comportamental<sup>17,47</sup>.

### **Intervenções em saúde mental para a população geral**

As intervenções em atenção primária devem ser voltadas à prevenção e podem fazer uso da

comunicação em saúde pública, envolvendo campanhas, ações em saúde e uso de mídias sociais. Informações claras e de fácil compreensão a respeito de cuidados, prevenção, contágio e saúde mental devem ser amplamente divulgadas. Nas mídias sociais, governos podem utilizar perfis oficiais de especialistas em saúde pública para a divulgação de informações oportunas e confiáveis para a população, além de buscar estratégias que minimizem a disseminação de *fake news*. O acesso da população a informações de qualidade pode neutralizar os efeitos psicológicos negativos da pandemia, transmitindo maior sensação de segurança e contribuindo para comportamentos de enfrentamento e prevenção, bem como maior sensação de controle<sup>22,26,34,36,38,47</sup>.

Os governos e as autoridades de saúde devem garantir que a população tenha acesso a quantidades adequadas de EPIs, produtos de higiene pessoal, serviços e mercadorias essenciais<sup>32,49</sup>. Outro ponto importante a considerar é que alguns indivíduos sofrem perdas econômicas em razão de pandemias, sendo fundamental a elaboração de políticas públicas e a liberação de benefícios, como auxílio financeiro a ser utilizado nesse período<sup>22,32</sup>. Além disso, é necessário aumentar o número de prestadores de serviços psicológicos e sociais que atendam de forma gratuita às demandas de saúde mental da população<sup>22,26</sup>.

Populações mais vulneráveis devem ser priorizadas e ter acesso facilitado a serviços de aconselhamento psicológico ou psiquiátrico. Deve-se fazer um rastreio na população, a fim de identificar indivíduos com condições de saúde mental pré-existentes ou com a presença de sintomatologias psiquiátricas, para possibilitar-lhes o acesso a intervenções em saúde mental com celeridade. Pacientes diagnosticados com Covid-19 e seus familiares também devem ser considerados como grupos prioritários<sup>20,33,36</sup>.

A abordagem a esses indivíduos pode ser realizada por meio de uma equipe multidisciplinar de saúde mental, utilizando plataformas de aconselhamento on-line, através

de intervenções digitais, em função de sua praticidade e economicidade, garantindo-lhes o acesso a serviços de saúde mental e tratamentos psiquiátricos<sup>20,23,36,42</sup>. Outras estratégias que podem ser utilizadas: atendimento psicológico por telefone, práticas integrativas e complementares, e exercícios de relaxamento<sup>45</sup>.

Entre as estratégias que o próprio indivíduo pode adotar, incluem-se as limitações do tempo e do tipo de informação que acessa em mídias e redes sociais, sobre a Covid-19, sendo recomendado o tempo máximo de duas horas por dia, concentrando-se apenas em informações necessárias (fatos e dados), evitando tanto o excesso de informações quanto as *fake news*<sup>26,33</sup>. Além disso, deve-se evitar o acesso a este tipo de informação antes de dormir<sup>33</sup>. Também é importante que o indivíduo mantenha um ritmo normal de trabalho, descanse o máximo possível, pratique exercícios regularmente e tenha uma boa qualidade de sono<sup>33</sup>.

Em períodos de pandemias, se faz ainda mais necessário o ato de prestar atenção às mudanças psicológicas em crianças e jovens. atendimentos psicológicos on-line especialmente voltados para este público podem ser disponibilizados pelos governos. Além disso, professores que acompanham este alunado têm importante papel, pois, no caso de perceberem quaisquer alterações psicológicas, devem informá-las aos pais/responsáveis, para que intervenções possam ser realizadas de imediato<sup>25</sup>.

Em alguns casos, a procura por serviços de saúde mental não é a estratégia priorizada para lidar com o sofrimento. Alguns indivíduos podem recorrer a ações autodestrutivas, que causam a sensação de alívio do problema apenas em curto prazo, como o excesso de alimentação, drogas ou álcool<sup>22</sup>. Portanto, é importante que os serviços de saúde mental estejam preparados para auxiliar indivíduos em situação de uso nocivo ou abuso de substâncias lícitas e ilícitas, para lidar com os quadros de compulsão que possam ter sido desencadeados durante a pandemia de Covid-19, ou

ainda, com as situações pré-existentes que se acentuem nesse período de crise.

No início de uma pandemia, pode haver aumento do apoio social, o que pode atrasar o aparecimento de sintomas de sofrimento psicológico em alguns indivíduos. Contudo, à medida que a coesão social diminui, sintomas de sofrimento, como ansiedade e trauma, podem vir a se manifestar. Por este motivo, recomenda-se que intervenções psicológicas sejam disponibilizadas de imediato e sustentadas em longo prazo, a fim de garantirem um cuidado integral e que vise à recuperação desses indivíduos<sup>36</sup>.

## Considerações finais

Os resultados do presente estudo referem-se à experiência mundial do primeiro ano de pandemia e direcionam um perfil populacional cuja saúde mental está mais vulnerável à Covid-19. Os sintomas psiquiátricos e as psicopatologias mais relatadas nos artigos foram sintomas depressivos, ansiosos, estresse e insônia. Estiveram mais suscetíveis ao impacto psicológico da pandemia de Covid-19: profissionais da saúde, adultos jovens, mulheres; pessoas com menor escolaridade e renda, com histórico de doença crônica ou de transtornos psiquiátricos, e com maior exposição às mídias. A fim de minimizar os impactos negativos da pandemia, intervenções psicológicas devem ser disponibilizadas à população, inclusive de forma on-line. Além disto, é fundamental a presença de profissionais da saúde mental na composição das equipes de saúde, para

que possam assegurar apoio psicológico, especialmente aos profissionais que atuam na linha de frente. Ademais, fatores de proteção destacados no estudo podem ser explorados para reduzir os prejuízos na saúde mental dos indivíduos e das coletividades.

Por fim, não se pode deixar de destacar que, embora esta revisão integrativa da literatura apresente uma série de informações relevantes, que podem contribuir para um maior conhecimento acerca do tema saúde mental e Covid-19, os resultados aqui apresentados são de difícil comparação, devido às particularidades dos estudos analisados. Além disto, novos estudos acerca do tema são necessários. Os artigos incluídos nesta revisão são provenientes de diferentes países, com realidades e características específicas e cujas mensurações utilizaram medidas e instrumentos diversos. Outra limitação do presente estudo é a impossibilidade de acompanhar a evolução diária das inúmeras publicações sobre o tema, uma vez que se trata de assunto atual e pouco conhecido, e que novos artigos vêm sendo publicados diariamente.

## Colaboradoras

Lobo LAC (0000-0002-6758-3269)\* contribuiu para a concepção, o planejamento, a elaboração, a análise e a interpretação dos resultados, e aprovação da versão final do manuscrito. Rieth CE (0000-0001-9865-1650)\* contribuiu para o planejamento da pesquisa e a revisão crítica do trabalho, e aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19. Geneva: OPAS; 2020.
2. Barros-Delben B, Cruz RM, Trevisan KRR, et al. Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. RDP. 2020; 10(2):18-28.
3. Inter-Agency Standing Committee. Guia Preliminar Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de Covid-19. Versão 1.5. Genebra:IASC; 2020.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Proteção da Saúde Mental em Situações de Epidemias. 2006. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>.
5. Brehmer LCF, Trindade LL, Ramos FRS, et al. Revisão integrativa da literatura sobre a Influenza AH1N1. Texto Contexto Enferm. 2011; (11):272-277.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-764.
7. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no período perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006; 14(1):124-31.
8. Li X, Lianting H, Huang T, et al. Factors Associated with Mental Health Results among Workers with Income Losses Exposed to COVID-19 in China. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; (17):5627.
9. Slijiwo A, Kacamakovic M, Quraishi I, et al. Fear and Depression among Residents of Bosnia and Herzegovina during COVID-19 Outbreak – Internet Survey. Psychiatr. Danub. 2020; 32(2):266-272.
10. Rodriguez LM, Litt DM, Stewart SH. Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. Addictive Behaviors. 2020; (110):106532.
11. Shi L, Zheng-An L, Que JY, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. JAMA Network Open. 2020; 3(7):e2014053.
12. Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G, et al. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; (17):4779.
13. Barros MBA, Lima MG, Szwarcwald CL, et al. Relatório de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID 19. Epidemiol. Serv. Saúde. 2020; 29(4):e2020427.
14. Salgado JG, Andrés-Villas M, Domínguez-Salas S, et al. Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; (17):3947.
15. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; (17):4065.
16. Kim YJ, Cho JH. Correlation between Preventive Health Behaviors and Psycho-Social Health Based on the Leisure Activities of South Koreans in the COVID-19 Crisis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; (17):4066.
17. Guo J, Feng XL, Wang XH, et al. Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; (17):3857.

18. Antunes R, Frontini R, Amaro N, et al. Exploring Lifestyle Habits, Physical Activity, Anxiety and Basic Psychological Needs in a Sample of Portuguese Adults during COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; (17):4360.
19. Solomou I, Constantinidou F. Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures: Age and Sex Matter. *Int. J. Environ Res Public Health*. 2020; 17(14):4924.
20. Guo Y, Cheng C, Zeng Y, et al. Mental Health Disorders and Associated Risk Factors in Quarantined Adults During the COVID-19 Outbreak in China: Cross-Sectional Study. *J. Med. Internet Res*. 2020; 22(8):e20328.
21. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, et al. COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. Depression and anxiety. 2020; 37(8):706-714.
22. Duarte M Q, Portella GJ, Marcelli CT. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(9):3401-3411.
23. O'Moore K, Tang S, Christensen H, et al. Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PloSONE*. 2020; 15(7):e0236562.
24. Pedrozo-Pupo JC, Pedrozo-Cortés MJ, Campo-Arias A. Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(5):e00090520.
25. Naser AY, Dahmash EZ, Rabaa AR, et al. Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: A cross-sectional study. *Brain Behav*. 2020; (10):e0173.
26. Chao M, Xue D, Liu T, et al. Media use and acute psychological outcomes during COVID-19 outbreak in China. *J. Anxiety Disord*. 2020; 74:102248.
27. Kowitz SD, Cornacchione RJ, Jarman KL, et al. Tobacco Quit Intentions and Behaviors among Cigar Smokers in the United States in Response to COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(15):5368.
28. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2020; 66(5):504-511.
29. El-Zoghby SM, Soltan EM, Salama HM. Impact of the COVID-19 Pandemic On Mental Health and Social Support Among Adult Egyptians. *Journal of Community Health*. 2020; 45(4):689-695.
30. Roy D, Tripathy S, Kar SK, et al. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J. Psychiatr*. 2020; (51):102083.
31. Mazza C, Ricci E, Biondi S, et al. Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(9):3165.
32. Wang C, Pan R, Wan X, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav. Immun*. 2020; (87):40-48.
33. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020; (288):112954.
34. Tian F, Li H, Tian S, et al. Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020; (288):112992.
35. Zhang W, Wang K, Yin L, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother. Psychosom*. 2020; 89(4):242-250.

36. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; (51):1020922.
37. Cai Q, Feng H, Huang J, et al. The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *J. Affect. Disor.* 2020; (275):210-215.
38. Kannampallil TG, Goss CW, Evanoff BA, et al. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout. *PLoS ONE*. 2020; 15(8):e0237301.
39. Si M, Su XY, Jiang Y, et al. Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infectious Diseases of Poverty*. 2020; 9(113):1.
40. Moreno LL, Talavera BV, Albuérne YG, et al. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; (17):5514.
41. Temsah MH, Al-Sohime F, Alamro N, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *J. Infect. Pub. Health*. 2020; (13):877-882.
42. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, et al. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger. Med. Sci*. 2020; (18):Doc05.
43. Man MA, Toma C, Motoc NS, et al. Disease Perception and Coping with Emotional Distress During COVID-19 Pandemic: A Survey Among Medical Staff. *Int. J. Environ Res. Public Health*. 2020; 17(13):4899.
44. Xiao X, Zhu X, Fu S, et al. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *J. Affect. Disord.* 2020; (274):405-410.
45. Dal’Bosco EB, Fiorino LSM, Skupien SV, et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020; 73(2):1-7.
46. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw. Open*. 2020; 3(3):e203976.
47. Ying Y, Ruan L, Kong F, et al. Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1):379.
48. Duan L, Shao X, Wang Y, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *J. Affect. Disord.* 2020; 1(275):112-118.
49. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. 2020; 29(6):749-758.
50. Tang W, Hu T, Hu B, et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *J. Affect. Disord.* 2020; (274):1-7.

---

Recebido em 24/02/2021

Aprovado em 15/05/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Dispositivos de uso único: políticas de regulação de reuso e implicações para a saúde coletiva

*Single-use devices: reuse regulation policies and implications for public health*

Eliana Auxiliadora Costa<sup>1</sup>, Ediná Costa<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113025

**RESUMO** O reuso de dispositivos médicos de uso único implica segurança em saúde. Este estudo analisa sistemas regulatórios de reuso de produtos médicos de uso único em âmbito internacional. Trata-se de revisão integrativa, com descritores específicos, sem restrição de ano da publicação. A busca dos dados, entre outubro e dezembro de 2017, incluiu 23 estudos. As políticas de reuso desses produtos variam entre países, com normas legitimando essas práticas, como a norte-americana e a alemã, normas restritivas e regulações inexistentes em nível nacional, como no Canadá, no Japão e na Europa. Essas políticas centram-se na regulação pré-comercialização, estruturam-se na classificação dos produtos, com questões relacionadas ao rótulo dos produtos, se multiuso ou de uso único, ponto-chave do dilema desse reuso. Este estudo aponta a necessidade de reestruturação das políticas de reuso de produtos de uso único quanto à classificação desses dispositivos, bem como à adoção de mecanismos para clarificação do rótulo desses produtos. Ressalta os condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento das políticas de saúde e o papel do Estado na preservação dos direitos da saúde de seus cidadãos, em detrimento dos grupos de interesses privados e dotados de fortes recursos de poder, como a indústria de produtos médicos.

**PALAVRAS-CHAVE** Equipamentos e provisões. Reciclagem. Controle social formal.

**ABSTRACT** *The reuse of single-use medical devices implies health safety. This study analyzes regulatory systems for the reuse of single-use medical products internationally. It is an integrative review, with specific descriptors, with no restriction of year of publication. The search for data, between October and December 2017, included 23 studies. The reuse policies for these products vary between countries, with norms legitimizing these practices, such as the North American and German, restrictive norms and regulations that do not exist at national level, as in Canada, Japan and Europe. These policies focus on pre-marketing regulation, are structured in the classification of products, with issues related to the product label, whether multi-use or single-use, a key point of the dilemma of this reuse. This study points out the need to restructure policies for the reuse of single-use products regarding the classification of these devices, as well as the adoption of mechanisms to clarify the label of these products. It highlights the internal and external constraints that involve the development of health policies and the role of the State in preserving the health rights of its citizens, to the detriment of private interest groups and endowed with strong power resources such as the medical products industry.*

**KEYWORDS** *Equipment and supplies. Recycling. Social control, formal.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.  
costaeliana2003@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.



## Introdução

Os dispositivos médicos são produtos utilizados para diagnosticar, tratar ou prevenir doenças largamente usados em todos os ramos da saúde, e são definidos pelos fabricantes como artigos reusáveis ou de uso único. Os reusáveis são considerados bens duráveis, e sua reutilização requer a ação do reprocessamento, processo de muitas etapas que consiste em converter um produto contaminado em um dispositivo pronto para uso<sup>1-4</sup>.

Os produtos de uso único são designados pelos fabricantes para serem usados somente uma vez, em um único paciente. Surgiram com o advento da indústria dos plásticos e ganharam popularidade, entre outros motivos, com o crescimento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Como resultado, muitos produtos médicos que eram, inicialmente, fabricados como reusáveis tornaram-se de polímeros plásticos baratos e descartáveis após uso único, para grande benefício econômico dos fabricantes<sup>5</sup>.

Independentemente do rótulo do fabricante, a prática do reuso de produtos de uso único é uma realidade em diversos países, iniciada nos anos 1970, e, desde então, o reuso desses produtos ocorre até mesmo em nações desenvolvidas, inclusive naquelas onde o reprocessamento é proibido<sup>1-9</sup>.

Essa tendência tem se tornado uma questão de saúde pública, gerado debates e considerações acerca da segurança do paciente, consentimento informado, questões técnicas, econômicas, ambientais, legais e éticas e aspectos regulatórios para fabricantes e reprocessadores, denotando interesses distintos por parte dos atores políticos envolvidos: Estado, fabricantes de produtos, serviços de saúde, academia, profissionais de saúde, associações de classe e usuários<sup>6-12</sup>.

São muitos os argumentos que advogam a favor e contra o reuso desses produtos. Os favoráveis o justificam pela possibilidade de maior acesso aos cuidados de saúde, impactos positivos nos custos e no meio ambiente,

ao reduzir o volume de resíduos oriundos da assistência à saúde. Os críticos do reuso arguem que esses produtos não são designados para múltiplos usos e que existem riscos de transmissão de infecção e de endotoxinas, inconfiabilidade funcional e de quebra da integridade do produto ou bioincompatibilidade<sup>5,6,8,11,13</sup>. A despeito dos riscos teóricos, evidências clínicas apontam que certos produtos ditos de uso único podem ser seguramente processados<sup>11,13,14</sup>.

Os dispositivos médicos, independentemente se de uso único ou multiuso, são indispensáveis nos cuidados de saúde, seja na atenção básica, de média e/ou alta complexidade, e representam fator econômico importante em todos os países. Estima-se que a indústria de produtos médicos, um dos pilares do complexo médico industrial da saúde, é um empreendimento de cerca de 145 bilhões de dólares, com aproximadamente 1,5 milhões de diferentes produtos no mercado, 15.000 fabricantes, 5.000 destes localizados na União Europeia, empregando cerca de 611.000 trabalhadores especializados em todo o mundo<sup>12,15</sup>, constituindo-se, portanto, numa arena central de tensão entre os interesses do capital e os da saúde pública.

A saúde é um dos direitos inerentes à cidadania e é regulada por meio de políticas públicas, descritas como conjunto de disposições e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regula atividades governamentais de interesse público, atuando sobre as realidades econômica, social, ambiental e que variam segundo a diversificação da economia, da natureza do regime social, da visão que os governantes têm do papel do Estado e com o nível de atuação de diferentes grupos sociais<sup>16</sup>.

Uma política de saúde deve ser tratada como uma política social, voltada para a proteção dos indivíduos e da coletividade. É o Estado em ação, na busca de soluções para problemas concretos, que envolvem recursos, atores, arenas, ideias e negociação, inseparáveis tanto do conflito como da cooperação, sujeitas a vários determinantes, muitas vezes

contraditórios, com distintos interesses que também delimitam os rumos e formatos dessas políticas e se encontram na interface entre Estado, sociedade e mercado<sup>16-18</sup>.

Neste sentido, este estudo tem por objetivo analisar os sistemas regulatórios de reprocessamento e reuso de dispositivos médicos de uso único em nível internacional, incluindo o sistema brasileiro. Pretende-se aprofundar os conhecimentos acerca dos sistemas regulatórios de reuso de produtos de uso único e contribuir para subsidiar uma prática de regulação sanitária de produtos médicos de uso único na condição de reuso, tendo a seguinte questão norteadora: de quais dispositivos regulatórios do reuso de produtos de uso único dispõem os distintos países?

## Material e métodos

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura<sup>19</sup>, método de pesquisa que possibilita determinar o conhecimento sobre o estado da arte de determinado objeto de estudo, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Neste estudo, foram utilizadas as seguintes etapas: identificação do objeto de estudo, elaboração da questão norteadora, definição dos critérios de inclusão e exclusão da amostra, organização e análise de dados, síntese dos resultados e apresentação da revisão.

Os estudos foram obtidos por meio do portal BVS, The Cochrane Library e Scientific Electronic Library Online (SciELO); National Library of Medicine/NLM (PubMed) e do Web of Science. Os descritores da saúde utilizados na busca foram: reprocessing single use medical device, reuse single use medical device, regulation of reuse single use medical device, regulatory of reuse single use medical device, com auxílio do operador booleano AND.

Os critérios de inclusão foram: artigos em inglês, espanhol e português que abordaram o reprocessamento e o reuso de produtos médicos de uso único na perspectiva

regulatória, sem restrição de tempo de publicação. Foram excluídos artigos de reuso e reprocessamento de produtos em serviços de hemodiálise e em serviços odontológicos e os publicados em outros idiomas.

A busca dos dados foi realizada pelo acesso on-line, nos meses de outubro a dezembro de 2017, e, inicialmente, foram obtidos 870 artigos. Após leitura de título e resumo, foram excluídos 847 e selecionados 23 artigos, entre os quais, alguns citados nas referências dos artigos selecionados. Os artigos selecionados foram os de número 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 21, 13, 20, 18, 23, 25, 27, 28, 30, 31, 36,37, 38, 39, 40 e 41.

Após a seleção, os artigos disponibilizados foram lidos integralmente. No caso dos artigos que não estavam totalmente disponíveis, apenas os resumos foram lidos. Após a leitura, os estudos foram analisados conforme um instrumento de coleta de dados que incluiu: nome do artigo, objetivos, material e método, resultados e conclusão.

Neste estudo, utiliza-se o termo ‘produto para saúde’ como sinônimo de produto e dispositivo médico, equipamento, material e artigo médico, em conformidade com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (Anvisa). Usa-se, também, como sinônimo o termo reprocessamento ou processamento de produtos, a despeito das considerações sobre as diferenças entre esses.

## Resultados

### Síntese dos sistemas de regulação de reuso de produtos de uso único

As políticas regulatórias de reuso de dispositivos de uso único são distintas nos diversos países, com políticas bem estruturadas apoiando o reuso desses produtos, como a norte-americana, a australiana e a alemã, e políticas com restrição e ausência de regulamentações em nível nacional, como identificado no *quadro 1*.

Quadro 1. Sistemas de regulação do reuso de produtos médicos de uso único

País	Sistema Regulatório
EUA	Sistema regulatório controlado pelo FDA permite o reuso desde 2000.
Canadá	Ausência de sistema regulatório unificado para todo o País. Cada província tem regulação própria; algumas proíbem o reuso, e outras permitem apenas por empresas terceirizadas e certificadas pelo Health Canada ou FDA.
Austrália e Nova Zelândia	Sistema regulatório permite reuso semelhante ao do FDA.
Alemanha	Sistema regulatório controlado pelo German Act on Medical Devices, que não faz distinção entre produto reusável e de uso único.
França, Espanha, Suíça	Sistema regulatório proíbe o reuso.
Bélgica, Dinamarca, Holanda, Eslováquia e Suécia	Sistema regulatório permite o reuso segundo padrões rígidos de qualidade.
Grécia, Estônia, Chipre, Letônia, Malta, Polônia, Irlanda, Itália, Hungria e Lituânia	Ausência de sistema regulatório.
Japão	Ausência de sistema regulatório.
Índia	Ausência de sistema regulatório.
Israel, Arábia Saudita	Ausência de sistema regulatório.
Equador	Ausência de sistema regulatório.
Chile	Sistema regulatório permite o reuso para poucos produtos.
Brasil	Sistema regulatório controlado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com 3 normativas de 2006: i) dispõe sobre o registro, a rotulagem e o reprocessamento de produtos médicos; ii) estabelece uma relação de 66 produtos de uso único proibidos de reprocessamento; e iii) define as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento.

Fonte: Elaboração própria.

Nos Estados Unidos, a prática da reutilização de produtos médicos de uso único iniciou-se nos anos 1970. É identificada em torno de 40 a 50% dos hospitais norte-americanos e realizada, em grande parte, por empresas reprocessadoras. Estima-se que mais de 100 tipos de produtos de uso único são reprocessados nos EUA, que variam desde itens simples aos mais complexos, como cateteres cardíacos. O reprocessamento ocorre em todo o País, em hospitais públicos e privados, incluindo os militares<sup>8</sup>.

Em 2000, o The United States Government Accountability Office (US GAO) afirmou que, embora o reprocessamento desses produtos

possua um risco teórico à saúde, evidências clínicas apresentam que certos produtos ditos descartáveis podem ser reprocessados com segurança. Atualmente, o US GAO permite o reprocessamento de mais de 100 diferentes produtos de uso único, e, segundo esse órgão, produtos de uso único reprocessados são 50% mais baratos do que produtos novos<sup>8</sup>.

Atualmente, o reprocessamento e o reuso de artigos de uso único é regulamentado e fiscalizado pelo Food and Drug Administration (FDA), que, em 2000, reestruturou essa política num princípio de equidade regulatória no qual fabricantes de produtos originais, empresas reprocessadoras terceirizadas e instituições

hospitales estão num mesmo patamar de controle regulatório. Ficaram excluídos dessa legislação instituições de saúde não hospitalares (clínicas, hospitais-dia, unidades de cuidados prolongados, cuidado domiciliar), dispositivos de uso único abertos, mas não usados, marca-passos de implante permanente e hemodializadores<sup>4,6,7,8,12</sup>.

A espinha dorsal dessa estrutura regulatória é um esquema de classificação por meio do qual os produtos são categorizados segundo o risco de dano ao paciente baseado na intenção de uso do produto, com dois processos regulatórios: a notificação pré-comercialização (510K) e a aplicação de aprovação pré-comercialização (Premarket Approval Application – PMA). O tipo de submissão depende da classificação do produto<sup>3,8,15,20,21</sup>.

O 510K, ou notificação pré-comercialização, é a rota mais simples para a comercialização de um produto médico, e o fabricante deve demonstrar que o novo produto é ‘substancialmente equivalente’ a um produto já comercializado. A assunção é de que o novo produto é tão seguro e efetivo para uso intencionado quanto um produto já disponível no mercado. O FDA então revisa o produto através de uma avaliação de similaridade com o dispositivo já comercializado. O PMA ou Premarket Approval Applications é a rota a ser usada se o novo produto não é similar a um já comercializado, e, então, o fabricante deve conduzir estudos clínicos para demonstrar segurança e efetividade do produto. O FDA realiza uma inspeção nas instalações dos fabricantes antes da aprovação do PMA. O tempo requerido pelo FDA para a liberação do 510K é de, aproximadamente, 75 a 90 dias, e 180 dias para o PMA<sup>8,15,20-22</sup>.

No Canadá, 41% dos hospitais nacionais reusam regularmente produtos descartáveis, e não existe uma regulação única em nível federal. O reprocessamento de produtos de uso único tem sido historicamente delegado aos ministros da saúde das províncias e territórios do País. Há relatos de que a reutilização desses produtos ocorre em 40% das

províncias e em 28% dos hospitais nacionais de cuidado intensivo. Os produtos mais reusados são circuitos ventilatórios e serras. A maioria dos serviços de saúde (85%) realiza o reprocessamento internamente, mas, desde 2014, cresce a tendência do reprocessamento por empresas terceirizadas, a maioria norte-americana licenciada pelo FDA<sup>6,22-26</sup>.

As grandes províncias têm adotado duas posições: 1) proibição do reuso desses produtos, a exemplo de Prince Edward Island, Newfoundland e Labrador, todos os três territórios (Northwest, Yukon e Nunavut), Alberta, Quebec e New Brunswick; ou 2) permissão do reprocessamento de produtos de uso único apenas por empresas terceirizadas e certificadas por autoridades sanitárias como o Health Canada ou FDA dos EUA (British Columbia, Manitoba, Ontario, Nova Scotia e Saskatchewan)<sup>6,7,22,27,28</sup>.

A União Europeia (EU) não tem uma política única de reuso de produtos médicos, resultando em práticas heterogêneas de reuso de produtos de uso único na Europa. Alguns estados da EU não têm legislação sobre o reuso de produtos de uso único, e, em alguns países, recomendações não obrigatórias ou notas são emitidas advertindo acerca do reuso, mas, a despeito disso, a prática do reuso de produtos de uso único é uma realidade. Atualmente, existe apenas um único reprocessador industrial de produtos de uso único na Europa<sup>23,26,27,29,30</sup>.

A Alemanha é o único país que permite o reuso de produtos de uso único. Possui uma estrutura regulatória que, desde 2001, não distingue entre produto reusável ou de uso único<sup>26,29,31</sup>. O reprocessamento realizado pelo hospital e por empresas terceirizadas é permitido, mas ambos devem implementar sistemas de gerenciamento de qualidade, em consonância com a German Act on Medical Devices<sup>6,23</sup>. Ademais, a indicação do fabricante de uso único não é considerada ‘uso intencionado’, uma vez que o reprocessamento não implica a colocação do produto no mercado, na medida em que, após o seu reprocessamento,

o produto é retornado para o primeiro comprador e não requer remarcação com um novo selo da comunidade europeia<sup>29,32</sup>.

A Inglaterra permite o reuso de artigos descartáveis somente em situações controladas, devido à grande preocupação com os príons. Na Bélgica, Dinamarca, Holanda, Eslováquia e Suécia, os produtos médicos de uso único são reprocessados segundo rígidos padrões de qualidade. Na Grécia, Estônia, Chipre, Letônia, Malta e Polônia não há regulação sobre essas práticas<sup>6,33</sup>. Tampouco existe marco regulatório disponível na Irlanda, Itália, Hungria, Estônia e Lituânia<sup>9,27,32</sup>.

Na Ásia, o reuso de produtos descartáveis é comum na maioria dos países, e também não há regulações nacionais orientando essas práticas<sup>6</sup>. No Japão, uma pesquisa com taxa de resposta de 33,5% dos hospitais japoneses, realizada em 2003, identificou que 94,4% desses hospitais reusavam produtos de uso único, sem protocolos consistentes e sem sistema de gerenciamento dessas práticas<sup>23,27</sup>.

Na Índia, não existem empresas terceirizadas de reprocessamento de produtos médicos nem uma política regulatória para o reuso de produtos de uso único, apesar de haver considerável reprocessamento desses produtos, realizado pelos hospitais<sup>6,12</sup>.

Na Austrália, o reuso de produtos de uso único ocorre mais frequentemente em hospitais de grande porte (64% dos hospitais de mais de 300 leitos)<sup>23</sup>, e as regulações são semelhantes às dos EUA<sup>1,6,26,27,34</sup>.

Na Nova Zelândia, para reprocessar um produto de uso único, o órgão regulador (Regulator Medsafe) requer aderência com a política regulatória dos EUA ou aprovação com a política australiana<sup>6</sup>.

No Oriente Médio, estudos indicam que o reuso desses produtos é comum nos países árabes (particularmente, cateteres cardíacos), a despeito da ausência de uma estrutura regulatória<sup>6</sup>.

Israel não possui uma regulação específica para o reprocessamento de produtos de uso único, mas, de modo geral, todo produto médico deve ser registrado no Ministério da

Saúde antes de ser comercializado no País. Se o produto é aprovado pelo FDA dos EUA, poderá ser registrado no País sem nenhum teste adicional. Como em muitos outros países, hospitais de Israel estão reusando muitos produtos de uso único sem qualquer controle nacional<sup>8</sup>.

A Arábia Saudita está em processo de implantação de uma política regulatória de produtos médicos. A Saudi Food and Drug Authority emitiu um regulamento provisório em 2008 definindo que um produto médico na Arábia Saudita pode ser comercializado se aderir aos requerimentos regulatórios aplicados em uma ou mais das jurisdições da Austrália, do Canadá, do Japão e dos EUA. Parece que o País (Arábia Saudita) proíbe o reuso de produtos de uso único<sup>6</sup>.

Na África, na América Central e na América do Sul, são frequentes as práticas de reprocessamento de artigos de uso único, alegando-se falta de recursos médicos e financeiros<sup>6,31,26</sup>. No Equador, não há regulação<sup>28</sup>.

No Chile, o status regulatório para reprocessamento de agulhas e produtos médicos usados em terapia intravenosa é proibido, e os hospitais podem reprocessar produtos de uso único nas seguintes situações: 1) produto novo que foi aberto, mas não usado no paciente; 2) produto crítico que suporta a vida, e não há outra escolha no serviço; 3) produto passível de limpeza e que não acessa sangue e tecidos; e 4) filtro de hemodiálise que é usado no mesmo paciente<sup>28</sup>.

No Brasil, o reprocessamento de produtos de uso único é uma realidade nos serviços de saúde, e os dados nacionais revelam que essas práticas são comuns em todas as regiões do País, independentemente do porte e da entidade mantenedora dos hospitais e de que protocolos de reuso são adotados em poucas instituições, na grande maioria, de forma inadequada, representando riscos reais para os pacientes usuários desses produtos<sup>35-38</sup>. Atualmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão responsável pela regulação do reprocessamento de produtos médicos, e, em 2006, editou três normativas, ainda em vigor: i) Resolução da Diretoria

Colegiada – RDC nº 156, que dispõe sobre o registro, a rotulagem e o reprocessamento de produtos médicos; ii) Resolução Especial – RE nº 2.605, que estabelece uma relação de 66 produtos de uso único proibidos de reprocessamento no País; e iii) RE nº 2.606, que define as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos<sup>39-41</sup>.

Em dezembro de 2018, a Anvisa publicou a Consulta Pública nº 584<sup>42(4)</sup>, que trata do enquadramento de dispositivos médicos como de uso único ou reutilizável. Entre outras normatizações, essa consulta propõe, no artigo 15º, que

Os dispositivos médicos reutilizáveis e de uso único somente poderão ser processados em serviços de saúde ou empresa processadora que atendam aos requisitos de boas práticas para o processamento.

Proíbe a reutilização de dispositivos implantáveis e propõe a revogação das Resoluções nºs 156 e 2.605/2006.

## Discussão

As políticas de reuso de produtos de uso único aqui apresentadas denotam que, internacionalmente, as regulamentações são distintas, desde normas definidas e implantadas, como a norte-americana, a australiana e a alemã, à ausência de políticas em nível nacional, conforme é identificado na maioria dos países da América Latina, bem como em países desenvolvidos como Canadá, Japão, alguns países da União Europeia, Ásia e Oriente Médio, apontando para a falta de relevância pública atribuída por esses Estados ao problema que envolve o reuso de produtos médicos. Não foram identificados dados relacionados ao reuso desses produtos na América Central, África e Rússia.

Indubitavelmente, os EUA possuem a mais robusta de todas as políticas de reuso de produtos de uso único do mundo, porém, até mesmo

esse marco regulatório, implantado em agosto de 2000, apresenta fragilidades em pontos cruciais do controle do reprocessamento e reuso de produtos, suscitando questões para a implementação dessas normativas, especialmente no âmbito das instituições hospitalares, como se comenta a seguir.

Inicialmente, esse sistema regulatório, que é controlado pelo FDA, tem como foco central da sua política a comercialização dos dispositivos, princípio não igualitário e que difere da tradicional classificação de risco segundo a possibilidade de infecção envolvida no uso dos produtos. Assim, artigos considerados críticos, a exemplo de instrumentais cirúrgicos e agulhas, e que portam o maior risco de transmissão de infecção, são classificados por essa agência reguladora como de ‘classe 2’ (risco médio), e, portanto, com exigências apenas do 510K para licenciamento e reprocessamento. Por outro lado, o 510K permite que a maioria dos produtos seja comercializada ou reprocessada na ausência de altos estudos de qualidade, e, portanto, os produtos classe I e a maioria dos classe II recebem a liberação para comercialização na ausência de controles mais acurados de qualidade.

Adicionalmente, a atual política de reprocessamento de produtos de uso único do FDA exige grande capacidade de adaptações para o seu cumprimento, particularmente, para os hospitais reprocessadores, e, como consequência, a terceirização dessas atividades, resultando na expansão e no enriquecimento de empresas privadas de reprocessamento de produtos médicos.

As duas submissões do FDA para pré-comercialização e/ou reprocessamento de dispositivos médicos, o 510K e o PMA, são ambíguas nas suas exigências para autorização desses processos. Por exemplo, de que maneira o fabricante/reprocessador terceirizado/instituição hospitalar deverá comprovar que o ‘produto médico reprocessado classe I e II, é equivalente em segurança e efetividade a um produto original, não processado’, exigência para cumprimento do 510K? Novamente, o

510K, com seu controle focado na ‘equivalência substancial’ de um produto já utilizado, permite que a maioria dos produtos nos EUA seja comercializada na ausência de estudos de qualidade mais rigorosos.

Autores têm avaliado a política regulatória de produtos médicos nos EUA e analisaram a lista de produtos submetidos a ‘recall’ entre os anos de 2005 e 2009 para identificar a qual processo regulatório esses produtos foram submetidos. Nesse período, houve 113 recalls de produtos que o FDA julgou que poderiam causar sérios danos à saúde pública. Somente 21 (18,5%) dos 113 dos produtos recolhidos foram submetidos ao PMA, 80 produtos (71%) passaram pelo 510K e 8 (7%) foram isentos de regulação. Produtos cardiovasculares foram a maioria dos produtos recolhidos (31%), e 2/3 desses foram liberados pelo 510K. Esses autores concluem por sugerir uma revisão na política regulatória de produtos médicos nos EUA<sup>43</sup>.

Adicionalmente, quais serão os padrões de controle que as unidades reprocessadoras de materiais usarão para demonstrar ‘validade científica e evidências clínicas da segurança e efetividade do dispositivo médico de uso único reprocessado da classe III’, exigidas pelo PMA? Sem metodologia definida, certamente haverá diferentes experiências e ensaios clínicos para o cumprimento dessa normativa. Todas as metodologias apresentadas são aceitas? Outra indefinição refere-se à aceitação pelo FDA de grupos similares de produtos ou se é obrigatório que cada modelo de produto deva ser submetido ao 510K e ao PMA? Por fim, essa política regulatória isenta outras instituições de saúde que também praticam reuso e reprocessamento de produtos médicos de uso único, a exemplo de clínicas, unidades de cuidado a pacientes crônicos (como psiquiatria), hospitais-dia e cuidado domiciliar, que permanecem não reguladas. São questões em aberto, que analisamos como limitações desse marco regulatório.

No Canadá, não existe uma política uniforme de reuso de produtos ditos de uso único para toda a nação, e cada território tem marcos

regulatórios distintos, não havendo, portanto, um consenso sobre essas práticas no País.

Na Europa, cada país possui distintas políticas regulatórias de reuso, alguns permitindo essa prática, outros proibindo, e uma maioria de países sem marco regulatório. A ausência atual de harmonização dessa política e as diferentes práticas adotadas conflitam com o objetivo geral de conformar serviços de saúde europeus para os mais altos padrões disponíveis, garantia de liberdade de empreendimento, competição positiva no mercado e melhoria dos produtos<sup>6,32</sup>.

Em abril de 2017, devido a interpretações divergentes e sérios incidentes à saúde pública com implantes de mama e prótese de quadril, o Parlamento Europeu editou duas novas regulações de produtos médicos que apenas reforçaram as regras acerca de avaliações realizadas por ‘corpos de notificação’, mas com conteúdos vagos acerca do reuso de produtos de uso único, em nada contribuindo para um consenso europeu acerca do reuso desses produtos<sup>32</sup>.

Na Ásia, não existem políticas a normatizar o reuso, e o Japão possui a maior taxa de hospitais que adotam essa prática. Há ausência de políticas de reuso também na Índia, Israel e Arábia, denotando a imobilização da ação política desses Estados nacionais sobre a questão.

Na América Latina, apenas o Brasil e o Chile possuem marcos regulatórios definidos. No Brasil, as políticas que regulam o reprocessamento de produtos médicos datam de 2006, e, a despeito da necessidade de atualização, constituem avanços na normatização do reprocessamento de produtos médicos no País. Entretanto, essas normas são alvo de muitas críticas, dadas as imprecisões e os seus conteúdos abstratos, que propiciam diversificadas interpretações e problematizam sua operacionalização por parte dos serviços de saúde, empresas terceirizadas de reprocessamento e fabricantes ou importadores desses produtos, potencializando eventos adversos para a saúde dos usuários desses dispositivos médicos.

Essas normas ensejam diversos questionamentos, desde critérios adotados pela Anvisa para aceitar ou rejeitar a classificação do produto referida pelos fabricantes no momento do registro a outras tantas dúvidas acerca da lista negativa de produtos, metodologias aceitáveis para os controles de qualidade, entre outras.

Tendo em vista que os dispositivos médicos fazem parte dos cuidados de saúde, é importante também analisar como se dá a implantação dessas normativas dentro dos serviços de saúde brasileiros. A reutilização de dispositivos de uso único no País é realizada segundo as condições requeridas para o adequado e seguro reuso de produtos médicos, de modo a minimizar riscos para os pacientes usuários?

Além das questões acima referidas, como a Vigilância Sanitária, órgão responsável pelo controle sanitário dos serviços de saúde no Brasil, pode inspecionar e monitorar a implementação dessas normativas? Ademais, esses profissionais possuem a expertise necessária para realizar o controle sanitário do reuso desses produtos médicos? São questões dessa temática em aberto no Brasil.

Sem o devido controle sanitário, estudos comprovam que a regulamentação do reprocessamento de produtos médicos, editada desde 2006, vem sendo boicotada em sua implementação nos hospitais brasileiros<sup>35-38</sup>, reafirmando a problemática que envolve a reutilização de produtos médicos, tanto os reusáveis quanto os considerados de uso único no País.

Assim, nesse contexto de incremento mundial de produtos médicos nos cuidados de saúde, a regulação de uso e reuso dessas tecnologias tem papel crucial para a implementação de práticas seguras, de controle de qualidade nos serviços de saúde e empresas terceirizadas e prevenção de riscos relacionados. Entretanto, faz-se necessário que as questões emblemáticas que envolvem o reuso dos produtos médicos ditos de uso único sejam identificadas como um problema de saúde pública a ser pautado como prioritário na agenda política dos governantes dos Estados

nacionais. Para tanto, pressupõem-se que a identificação de um problema de saúde pública constitui o ponto de partida para a elaboração de uma política pública de saúde.

Ademais, também é importante depreender os condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de políticas sociais como as da saúde e o papel do Estado na preservação dos direitos da saúde coletiva de seus cidadãos, em detrimento dos grupos de interesses privados e dotados de fortes recursos de poder, como a indústria de produtos médicos.

Nesse sentido, há que se reestruturar os sistemas regulatórios de produtos médicos, inicialmente, no que diz respeito aos fabricantes, quanto à classificação desses dispositivos no momento do registro nas agências reguladoras. Outros mecanismos devem ser desenvolvidos para que não haja dúvidas acerca da classificação dos produtos, se de multiuso ou de uso único, e, nesse caso, quais testes comprovam que esses produtos não podem ser seguramente reutilizados, extinguindo definitivamente a dúvida acerca da questão que envolve o reuso de produtos de uso único, dado que, atualmente, no momento do registro, os fabricantes não apresentam testes de que esses dispositivos não podem realmente ser reutilizados.

Nesse sentido, desmitificar o rótulo desses produtos é crucial para a tomada de decisão regulatória e seus desdobramentos. Realmente, os produtos registrados como de uso único são inseguros para a reutilização ou apenas o fabricante tem outros motivos para esse rótulo?

Essa questão é o ponto-chave do reuso de produtos médicos. A seguir, a política regulatória deveria focar seus sistemas de normatização nos processos desenvolvidos para a reutilização de um dispositivo médico, independentemente da classificação do produto feita pelo fabricante, tendo em vista que mesmo os produtos classificados como reusáveis não podem ser reutilizados indefinidamente, a despeito dessa indicação.

Assim, corroboramos os eméritos professores Axel Kramer e Marc Kraft, do

departamento de tecnologia médica de Berlim, quando afirmam que o ‘critério crucial é que exista um procedimento validado para o reprocessamento de um produto médico. Se o produto é de multiuso ou de uso único, é irrelevante’. Para Marc Kraft, a “validação do procedimento do reprocessamento tende a excluir um aumento do risco. Nesse caso, não há nem ameaças higiênicas, nem técnico-funcionais”<sup>11(1)</sup>.

## Conclusões

Este estudo buscou analisar os sistemas regulatórios de reprocessamento e reuso de produtos médicos de uso único em nível internacional, incluindo o sistema brasileiro.

A principal contribuição desta análise é a de fornecer subsídios para a reflexão acerca dos padrões político-regulatórios adotados pelos Estados nacionais acerca da questão do reuso de produtos médicos de uso único e a constatação do quanto esse problema ainda não é uma prioridade política para a maioria das nações do mundo.

Esta análise permitiu a identificação de uma rede heterogênea de líderes

governamentais e não governamentais relacionados com o reuso de produtos de uso único e da necessidade da adoção de um novo sistema de classificação desses produtos, bem como da prioridade do foco nos processos de reutilização de produtos médicos, em lugar da atenção centrada no produto, independentemente se esse é de multiuso ou de uso único, a permitir não somente o intercâmbio de informações, mas, ainda, o fomento da incorporação segura desses produtos nos serviços de saúde, favorecendo a ampliação do cuidado assistencial. Ademais, considera-se essencial aproximar os sistemas regulatórios das realidades e necessidades dos sistemas nacionais de saúde, somando esforços na busca do acesso universal aos bens de saúde com qualidade, segurança e eficácia, com o mínimo possível de riscos.

## Colaboradoras

Costa EA (0000-0002-2389-0734)\* contribuiu para concepção, elaboração e análise de dados. Costa E (0000-0002-2195-3180)\* contribuiu para elaboração e análise de dados. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Kraft M. Framework conditions and requirements to measure the technical functional safety of reprocessed medical devices. *GMS Krankenhaushyg Interdiszip.* 2008; 3(3).
2. Grobkopf V, Jakel C. Legal framework conditions for the reprocessing of medical devices. *GMS Krankenhaushyg Interdiszip.* 2008; 3(3).
3. Day P. What is the evidence on the safety and effectiveness of the reuse of medical devices labelled as single-use only? *New Zealand Health Technology Assessment. NZHTA. Tech Brief Series 2004* [acesso em 2015 maio 2]; 3(2). Disponível em: [http://nzhta.chmuds.ac.nz/medical\\_devices.pdf](http://nzhta.chmuds.ac.nz/medical_devices.pdf).
4. Food and Drug Administration. Department of Health and Human Services. Center for Devices and Radiological Health. CDRH. *Reprocessing Medical Devices in Health Care Settings: Validation Methods and Labeling. Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff.* Rockville: FDA; 2015.
5. Moszczyński A. Is once Always enough? Revisiting the single use item. *J Med Ethics.* 2009; (34):87-90.
6. Association of Medical Device Reprocessing. Summary: International Regulation of single use medical device reprocessing. *European Commission: AMDR;* 2010.
7. Collier R. Reprocessing single-use devices: an international perspective. *CMAJ.* 2011 [acesso em 2015 fev 2]; 183(11):1244. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3153511>.
8. United States Government Accountability Office. GAO. *Reprocessed single-use medical devices. FDA Oversight has increased and available information does not indicate that use presents an elevated health risk.* Rockville: GAO; 2008.
9. Tessarolo F. Critical issues in reprocessing single use medical devices. *CAUSA INTERNATIONAL SYMPOSIUM.* [acesso em 2019 jan 9]. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/medical-devices/files/revision\\_docs/2007-47-eu\\_eu.pdf](http://ec.europa.eu/health/medical-devices/files/revision_docs/2007-47-eu_eu.pdf).
10. Sloan T. First, do not harm? A framework for evaluation new versus reprocessed medical devices. *J. Oper. Res. Soc* 2010; 61:191-201
11. Jacobs P, Akpinar I. Single use medical devices: economics issues. *Heart Asia.* 2018; (10):e 011034.
12. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion. Reprocessed single use devices. *Obstet. Gynecol.* 2012; 120(4):974-76.
13. Costa EAM, Costa EA. O dilema do reuso de dispositivos médicos de uso único: aspectos históricos e atuais. *Vigil. sanit. debate.* 2021; 9(1):91-98.
14. Psaltidikis E, Costa EAM, Graziano KU. Reuse of pacemakers and implantable cardioverter-defibrillators: systematic review, meta-analysis and quality assessment of the body of evidence. *Exp. Rev. Med. Dev.* 2021; 18(6):553-567.
15. Feldman MD, Peterson ET AJ, Karliner LS, et al. Who is responsible for evaluating the safety and effectiveness of medical devices? The role of independent technology assessment. *J Gen Intern Med.* 2007; 23(supl1):57-63.
16. Viana ALD, Baptista TWF. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
17. Fleury S, Ouverney AS. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadoras. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
18. Silva APJ, Tagliari POP. Iniciativas de convergência regulatória em saúde nas Américas: histórico, evolução e novos desafios. *Rev. Panam Salud Publica.* 2016; 39(5):281-287.

19. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
20. Hakansson MA. Reuse versus single-use catheters for intermittent catheterization: what is safe and preferred? Review of current status. *Spinal Cord.* 2014; (52):511-16.
21. Cookson R, Hutton J. Regulating the economic evaluation of pharmaceuticals and medical devices: a European perspective. *Health Policy.* 2003; (63):167-178.
22. Food and Drug Administration. Department of Health and Human Services. Center for Devices and Radiological Health. CDRH. Reprocessing and reuse of single-use devices: Review Priorization Scheme. Rockville: FDA; 2000.
23. Health Canada. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Reprocessing of single-use medical device: a 2015 Update. Número 48. Ontario: HC; 2015.
24. Shuman EK, Chenoweth CE. Reuse of medical devices: implications for infection control. *Infect Dis Clin N Am.* 2012; (26):165-172.
25. Polisen J, Hailey D, Moulton K, et al. Reprocessing and reuse of single-use medical devices: A national survey of Canada acute-care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008; 29(5):437-39.
26. Hailey D, Jacobs PD, Ries NM, et al. Reuse of single use medical devices in Canada: clinical and economic outcomes, legal and ethical issues, and current hospital practice. *Int J Technol Assess.* 2008; 24(4): 430-6.
27. Health Canada. Therapeutic Products Directorate. Reprocessing and reuse of single-use medical devices. Ottawa: HC; 2005.
28. Popp W, Rasslan O, Unahalekhaka A, et al. What is the use? An international look at reuse of single use medical devices. *Int J Hyg Environ Health.* 2010; 213(4):302-7
29. Kapoor A, Vora A, Nataraj G, et al. Guidance on reuse of cardio-vascular catheters and devices in India: a consensus document. *India Heart Journal.* 2017; (69):357-63.
30. Polisen J, Hailey D, Moulton K, et al. Reprocessing and reuse of single-use medical devices: A national survey of Canada acute-care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2008; 29(5):437-39.
31. Ponchon T, Pioche M. reprocessing single-use devices: a new season in a long-running show? A European perspective. *Endoscopy.* 2017; (49):1195-97.
32. Mansur JM. Reuse of single use devices. Understanding risks and strategies for decision-making for healthcare organizations. *Joint Comission Inter.* 2017. [acesso em 2018 dez 26]. Disponível em: <http://www.jointcomissioninternational.org>.
33. Tessarolo F, Disertori M, Guarrera CGM, et al. Health technology assessment on reprocessing single-use catheters for cardiac electrophysiology: results of a three years study. [acesso em 2018 jan 2]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18002317/>.
34. Cohoon BD. Reprocessing single use medical devices. *AORN J.* 2002; 75(3):557-567.
35. Oliveira AC, Oliveira KA, Noronha AHT, et al. Reprocessamento de Produtos de Uso Único nas instituições hospitalares de Belo Horizonte. *REME Rev Min Enf.* 2006; 10(2):138-44.
36. Amarante JBM, Toscano CM, Pearson ML, et al. Reprocessing and reuse of single-use medical devices used during hemodynamic procedures in Brazil: A widespread and largely overlooked problem. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 2008; 29(9):854-8.
37. Bonfim FMTS, Lima SG, Víctor EG. Análise do reprocessamento de cateteres de hemodinâmica em uma capital brasileira. *Rev. Bras. Cardiol.* 2013; 26(1):33-9.

38. Costa EAM, Costa EA. Risco e segurança sanitária: análise do reprocessamento de produtos médicos em hospitais de Salvador, BA. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(5):800-7.
39. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RE N° 156, de 15 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Fev 2006.
40. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Especial RE N° 2.605, de 11 de Agosto de 2006. Contém a lista de produtos que não podem ser reprocessados. Diário Oficial da União. 15 Fev 2006.
41. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Especial RE N° 2.606, de 11 de Agosto de 2006. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Fev 2006.
42. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública N° 584, de 20 de Dezembro de 2018. Dispõe sobre o enquadramento de dispositivos médicos como de uso único ou reutilizável. Diário Oficial da União. 20 Dez 2018.
43. Zuckerman DM, Brown P, Nissen SE. Medical device recalls and the FDA approval process. Arch Intern Med. 2011; 171(11):1006-1011.

---

Recebido em 07/10/2020  
Aprovado em 28/07/2021  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Avaliação de programas de atenção pós-parto no Brasil: perfil bibliométrico da produção científica (2000-2019)

*Evaluation of postpartum programs in Brazil: bibliometric profile of scientific production (2000-2019)*

Ana Maria Bourguignon<sup>1</sup>, Zulmira Hartz<sup>2</sup>, Dirceia Moreira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202113026

**RESUMO** A assistência puerperal constitui um componente da atenção à saúde das mulheres, contemplado em programas desenvolvidos no Brasil, que visam à melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil. O estudo objetivou analisar o estado da arte dos estudos avaliativos sobre programas relacionados à atenção puerperal no Brasil, no período de 2000 a 2019. A pesquisa limitou-se à identificação e análise de artigos publicados em periódicos revisados por pares. A revisão foi realizada a partir de pesquisa dos descritores Avaliação, Programas e pós-parto nos portais da BVS, SciELO e Scopus, complementada pela verificação das referências citadas nos artigos para inclusão de estudos pertinentes. Ao total, foram identificados 42 artigos, os quais foram analisados segundo critérios previamente estabelecidos. Os resultados do perfil bibliométrico da produção intelectual identificaram: ausência de autores/centros de pesquisa especializados na interface Avaliação e Programas de atenção pós-parto, disparidades regionais na produção do conhecimento, maior quantidade de artigos sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, escassa utilização de referências teórico-metodológicas da área de avaliação. A discussão realizada procura contextualizar a produção científica analisada em relação à constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Saúde da mulher. Período pós-parto. Bibliometria.

**ABSTRACT** *Postpartum care is a component of women's health care, included in programs developed in Brazil, with the objective of improving maternal and child health indicators. The study aimed to analyze the state of the art of evaluative studies on programs related to puerperal care in Brazil from 2000 to 2019. The research was limited to the identification and analysis of articles published in peer-reviewed journals. The review was carried out based on research of the descriptors evaluation, programs and postpartum in the BVS, SciELO and Scopus portals, complemented by the verification of the references cited in the articles to include relevant studies. In total, 42 articles were identified, which were analyzed according to previously established criteria. The results of the bibliometric profile of intellectual production identified: absence of authors/research centers specialized in the evaluation interface and postpartum care programs, regional disparities in the production of knowledge, more articles on the Prenatal and Birth Humanization Program and the Baby Friendly Hospital Initiative, with scarce use of theoretical and methodological references in the field of Evaluation. The discussion carried out seeks to contextualize the scientific production analyzed in relation to the constitution of the space of health Evaluation in Brazil.*

**KEYWORDS** *Health evaluation. Women's health. Postpartum period. Bibliometrics.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) - Ponta Grossa (PR), Brasil. [anamariabourg@gmail.com](mailto:anamariabourg@gmail.com)

<sup>2</sup>Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) - Lisboa, Portugal.



## Introdução

A constituição e o desenvolvimento do espaço da avaliação em saúde no Brasil decorrem de três processos sociais concomitantes: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – que, ao demandar a elaboração e a implantação de políticas para o setor, despertou o interesse pela avaliação dos efeitos das ações governamentais realizadas; a formação da área de saúde coletiva como espaço aglutinador de pesquisadores e gestores de saúde; os financiamentos obtidos junto a organismos internacionais que exigiam, como contrapartida, a avaliação de intervenções, sobretudo na atenção básica<sup>1</sup>. Assim, nos anos 1990, houve não só um processo para a institucionalização de práticas avaliativas no SUS – a exemplo do programa Reforço e Organização do SUS (Reforsus) criado, em 1996, para fomentar a qualidade da assistência e da gestão – como um crescimento do interesse acadêmico pela avaliação em saúde<sup>1</sup>.

Para Furtado e Vieira-da-Silva<sup>1</sup>, o espaço da avaliação em saúde no Brasil desenvolve-se no entrelaçamento entre o ‘campo burocrático’, representado pela esfera governamental, e o ‘campo científico’, constituído pelas universidades. A partir do ano 2000, os autores identificaram um aumento significativo do número de artigos publicados em periódicos nacionais e de comunicações em eventos científicos. A busca por autonomia da avaliação frente a outras subáreas da saúde coletiva pode ser ilustrada pela criação, no ano de 2006, do ‘Grupo Temático de Monitoramento e Avaliação de Programas, Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde’ – GT de Avaliação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

A pesquisa bibliométrica elaborada por Furtado et al.<sup>2</sup> sobre a produção na área de saúde coletiva no período de 1980 a 2016, confirma a tendência de crescimento da avaliação em saúde depois dos anos 2000, em comparação com a subárea de planejamento. Embora o planejamento e avaliação integrem etapas do ciclo de políticas públicas, no âmbito do planejamento, os estudos teóricos e metodológicos têm como foco a análise de situações-problema e a elaboração

de intervenções – tais como planos, programas, projetos – para os sistemas e serviços de saúde. Na subárea da avaliação, as investigações realizadas dedicam-se a julgar o valor de uma intervenção ou de um de seus componentes, a fim de compreender as relações entre recursos, processos e resultados, no sentido de identificar de que modo a intervenção elaborada altera a situação-problema que a demandou. Estudos com este enfoque expandiram-se a partir dos anos 2000, inclusive com o aumento do número de grupos de pesquisa de avaliação, fenômeno que coincidiu com a institucionalização de práticas avaliativas no SUS<sup>3</sup>.

Esse contexto também foi favorável à ampliação dos estudos dedicados à saúde materna e infantil, especialmente, sobre o modelo de humanização da assistência obstétrica e neonatal. O debate sobre as condições de gestar, parir e nascer no Brasil, envolveu um conjunto de fatores, dentre os quais, destacam-se: organização e fortalecimento de movimentos sociais de direitos das mulheres, reconhecimento dos direitos humanos no âmbito de conferências internacionais, recomendações de organizações supranacionais para assistência obstétrica e neonatal baseadas em evidências, elaboração de programas de saúde e ações governamentais voltadas à redução da morbimortalidade materna e neonatal<sup>4,5</sup>.

Especialmente a partir dos anos 2000, o Ministério da Saúde elaborou uma série de intervenções direcionadas à melhoria da atenção obstétrica e neonatal, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN (2000), o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) e a Rede Cegonha (2011). À medida que foram organizadas intervenções pelo governo federal, em parceria com estados e municípios, para melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil, a produção científica nacional sobre a temática também se ampliou significativamente. Dados relativos à produção de teses e dissertações em programas de pós-graduação brasileiros sobre humanização do parto e nascimento, no período de 1987 a 2012, mostram que 96% de

um total de 379 trabalhos foram apresentados a partir do ano 2000, com pico no ano de 2012<sup>5</sup>.

O aumento quantitativo de trabalhos científicos, a partir da primeira década do século XXI, também está atrelado à expansão da pós-graduação *stricto sensu*, principalmente por meio de políticas indutoras geridas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e fundações estaduais de amparo à pesquisa, em parceria com as universidades. Conforme Nobre e Freitas<sup>6</sup>, enquanto no ano de 1990 registravam-se 1.462 programas de pós-graduação, incluindo mestrados e doutorados, no ano de 2016 havia 6.131 programas. A produção científica nacional desenvolveu-se historicamente centrada nos programas de pós-graduação vinculados às universidades<sup>7</sup>.

Ainda que evidenciada a expansão da produção científica, o estudo das teses e dissertações sobre humanização da assistência obstétrica e neonatal também concluiu que o parto e o pré-natal foram mais estudados do que o período puerperal<sup>8</sup>. O pós-parto ou puerpério é definido como o período que se inicia com a dequitação da placenta e que termina quando a mulher volta a menstruar, o que pode variar de mulher para mulher e cuja duração depende diretamente da prática da amamentação. Contudo, as mudanças que afetam as puérperas envolvem, além das alterações de ordem biológica, transformações intensas de caráter psicológico e social<sup>9</sup>. Assim, as necessidades de saúde das puérperas são multidimensionais e influenciadas pela construção social da maternidade.

A assistência após o parto constitui um componente da atenção integral à saúde das mulheres<sup>10</sup>, configurada por meio de ações como a consulta puerperal, apoio à amamentação, orientação quanto ao planejamento reprodutivo e visita domiciliar na primeira semana pós-parto. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que os serviços de saúde orientem às gestantes sobre o retorno para consulta puerperal – também denominada consulta de revisão do parto – de sete a dez dias pós-parto<sup>11</sup>. Também preconiza que

pelo menos uma consulta puerperal aconteça nas primeiras semanas do nascimento, a fim de que um profissional habilitado avalie tanto os aspectos clínico-ginecológicos quanto o estado emocional e social em que se encontra a puérpera<sup>12</sup>.

Pesquisas, entretanto, indicam que há falhas e desigualdades na cobertura da atenção puerperal, bem como dificuldades dos serviços em reconhecer as necessidades de saúde das puérperas. Abordagens qualitativas sobre as percepções das puérperas em relação aos cuidados profissionais após o parto, mostram que a atenção centrada no bebê ocorre em detrimento do acolhimento às necessidades de saúde das mulheres<sup>13,14</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>15</sup>, o período puerperal recebe menos atenção especializada se comparado à gestação e parto. A pesquisa de Langlois et al.<sup>16</sup> concluiu, ainda, que as desigualdades quanto ao uso dos serviços de cuidados pós-parto, nos países de baixa e média renda, devem-se a fatores relacionados ao nível educacional, status socioeconômico e dificuldades de acesso das mulheres aos estabelecimentos de saúde.

Diante do panorama exposto, o presente artigo teve como objetivo analisar o estado da arte, na área de avaliação, sobre a atenção puerperal no Brasil, no período de 2000 a 2019. Para tanto, delineamos o perfil bibliométrico dos estudos publicados contextualizando a produção científica analisada em relação à constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil.

## Metodologia

O presente estudo adaptou a metodologia de *scoping review*, proposta por Arksey e O'Malley<sup>17</sup>, para a revisão dos estudos avaliativos sobre programas desenvolvidos no Brasil, relacionados à prestação de cuidados de saúde no período pós-parto. O desenvolvimento da pesquisa compreendeu seis etapas: elaboração das perguntas de pesquisa; definição dos descritores e critérios de busca; seleção dos estudos nas bases de indexação de periódicos acadêmicos; extração e organização

dos dados em planilhas e fichas; verificação das referências citadas para inclusão de estudos pertinentes não selecionados anteriormente; síntese e relatório da pesquisa.

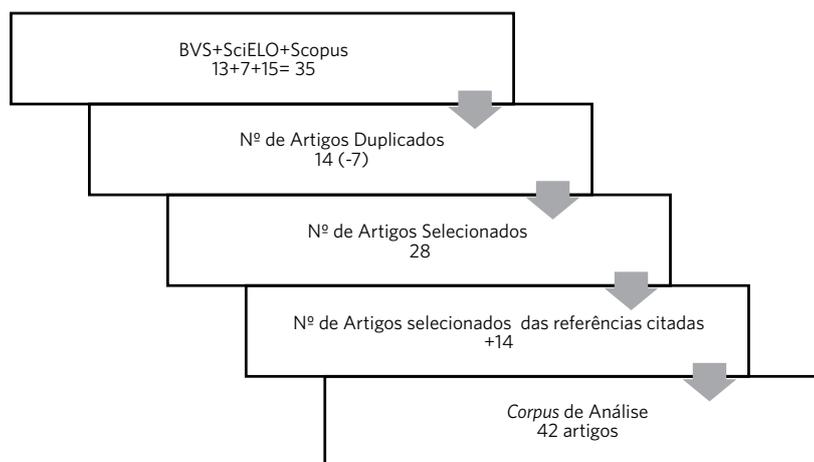
A revisão da literatura ora apresentada procurou responder a seguinte questão: Quais são e como se caracterizam os estudos que avaliam programas relacionados à atenção pós-parto no Brasil? Como estratégia metodológica para cobrir o maior número possível de estudos, a busca pelos descritores – cadastrados no vocabulário controlado da terminologia em ciências da saúde presente no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – ocorreu em quatro idiomas e com a combinação dos operadores ‘and’ e ‘or’ na seguinte disposição: “(avaliação and ‘pós-parto’ and programa) or (evaluation and postpartum and program) or (evaluación and posparto and programa) or (évaluation and ‘post-partum’ and programme)”. As pesquisas ocorreram no mês de janeiro de 2020, nas bases de indexação de artigos científicos da BVS, SciELO – Scientific Electronic Library Online e Scopus.

Previamente, foram delineados critérios para inclusão dos textos: Brasil como assunto; texto completo disponível; intervalo de ano de publicação de 2000 a 2019; tipo de documento restrito a artigo revisado por pares; idiomas do texto em

português, inglês, espanhol ou francês. Foram excluídos textos que não abordaram o período pós-parto da mulher, bem como aqueles que não realizaram avaliação de programa ou de outra intervenção em saúde. Assim, não foram selecionadas as pesquisas realizadas com puérperas, mas com interesse no pré-natal e no parto. Também não foram incluídos os estudos sobre problemas associados ao puerpério e que não avaliaram programas ou práticas de atenção à saúde, a exemplo dos diversos trabalhos sobre prevalência da depressão pós-parto.

A busca na BVS, biblioteca que possibilita o acesso a várias bases científicas, resultou na seleção de 13 artigos, dos quais 10 constavam vinculados à coleção da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e três à base Medline. Por sua vez, as pesquisas nos portais SciELO e Scopus resultaram na identificação de sete e 15 artigos, respectivamente. As listas de cada base foram comparadas para checar as duplicações, perfazendo-se, assim, 28 estudos. Para determinar o *corpus* de análise, foi realizada uma etapa complementar, com a leitura dos títulos das referências citadas nos artigos selecionados. Esta etapa acrescentou 14 trabalhos, o que gerou um total de 42 estudos analisados. A síntese de todo o processo encontra-se na *figura 1*.

Figura 1. Síntese do processo de composição do *corpus* de análise



Fonte: Elaboração própria.

Para a coleta e organização dos dados extraídos dos textos, foi construída uma planilha com base em um roteiro previamente elaborado, contendo as seguintes categorias de análise: a) aspectos gerais de identificação do estudo: título, autores, instituições envolvidas, palavras-chave, ano de publicação, periódico, base de indexação do artigo; b) características do estudo: programa objeto do estudo, unidade territorial do programa avaliado, método e técnicas de pesquisa, documentos e referências citadas. Os dados coletados possibilitaram caracterizar o perfil bibliométrico da produção intelectual.

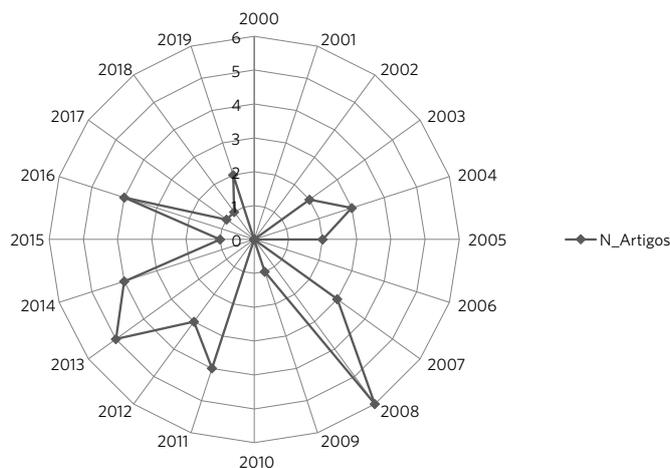
A revisão bibliométrica constitui uma técnica de análise quantitativa da literatura, que procura medir a produção e a difusão do conhecimento científico. A técnica é útil para mapear e acompanhar o desenvolvimento de um determinado campo ou temática de estudos, verificar o volume e a distribuição geográfica e institucional dos trabalhos, padrões de autoria e publicação, usos dos resultados, bem como outros elementos atinentes ao interesse da pesquisa. Os trabalhos de revisão da literatura podem utilizar os dados bibliométricos para contextualizar os aspectos sócio-históricos da produção científica<sup>18-20</sup>.

Para a análise das palavras-chave dos artigos, utilizou-se o *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, Laboratoire Lerass, Université de Toulouse), criado por Pierre Ratinaud. De acordo com Camargo e Justo<sup>21</sup>, o programa gratuito é uma ferramenta útil para organizar o vocabulário em formatos visualmente claros. A nuvem de palavras é um recurso que considera a frequência das palavras para distribuí-las em um esquema visual, enquanto a análise de similitude indica as conexões entre as palavras. Ambos os recursos foram utilizados para apresentar os resultados do mapeamento e análise da produção científica sobre avaliação de programas de atenção pós-parto no Brasil.

## Resultados

Em vinte anos, o número de artigos encontrados pode ser considerado baixo. As duas primeiras publicações do período datam de 2003 e ambas realizaram avaliações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança<sup>22,23</sup>. No *gráfico 1*, observa-se a distribuição temporal dos estudos, havendo maior concentração no período de 2010 a 2015, com 17 artigos.

Gráfico 1. Distribuição temporal dos estudos avaliativos de programas sobre atenção pós-parto no Brasil (2000-2019)



Fonte: Elaboração própria.

Os 42 artigos estão publicados em 30 diferentes periódicos, majoritariamente nacionais. As seguintes revistas publicaram mais de um artigo: ‘Cadernos de Saúde Pública’ (4)<sup>24-28</sup>, ‘Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil’ (4)<sup>23,28-30</sup>, ‘Jornal de Pediatria’ (3)<sup>31-33</sup>, ‘Revista de Saúde Pública’ (3)<sup>34-36</sup>, ‘Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem’ (2)<sup>37,38</sup>, ‘Pan American Journal of Public Health’ (2)<sup>39,40</sup>. Esta última, juntamente com ‘American Journal of Public Health’<sup>22</sup>, ‘Journal of Human Lactation’<sup>41</sup> e a ‘Scientific World Journal’<sup>42</sup>, compõem os quatro periódicos internacionais onde foram veiculados artigos analisados. Todas as revistas estão classificadas no Qualis Periódicos da Capes (quadriênio 2013-2016), distribuídas nos seguintes estratos: A1 - 1, A2 -10, B1 - 17, B2 - 9, B3 - 3, B4 - 2. Das 26 revistas nacionais, 16 estão ranqueadas entre as cem publicações principais de língua portuguesa, do Google Scholar. Embora a busca pelos artigos tenha abrangido descritores em quatro idiomas distintos, foram identificados estudos publicados em português, inglês e espanhol. Quanto ao idioma, 19 publicações encontram-se apenas em português, 12 estão simultaneamente em português e inglês, nove somente em inglês e um tem tradução para os três idiomas.

Cerca de três quartos dos autores são do sexo feminino. Foram identificados 165 autores, perfazendo a média de quatro por publicação, sendo que um dos textos teve dez. Não é possível perceber autores ou centros especializados na interface atenção pós-parto e avaliação de programas, uma vez que há grande dispersão nas produções no que se refere à autoria. Entretanto, é possível afirmar que os oito autores, com mais de um trabalho, têm em comum a produção de pesquisas no âmbito da pós-graduação *stricto sensu* sobre saúde da mulher, com base em informações disponíveis nos respectivos currículos Lattes (CNPq).

Os autores com mais de um artigo são: Bethsáida de Abreu Soares Schmitz<sup>23,41</sup> (professora doutora vinculada à Universidade de Brasília, tem produção sobre o tema avaliação de políticas públicas e programas

de alimentação e nutrição); Carla Betina Andreucci<sup>26,35</sup> (professora doutora da Universidade Federal de São Carlos, tem experiência na área de medicina, com ênfase em saúde materno-infantil e epidemiologia, foi orientada no mestrado e doutorado por José Guilherme Cecatti); Cristina Maria Garcia de Lima Parada<sup>29,43</sup> (professora doutora da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Botucatu, atua na área de Enfermagem Obstétrica, tendo experiência em avaliação de serviços de saúde); Escolástica Rejane Carneiro Moura (professora doutora da Universidade Federal do Ceará, desenvolve pesquisas na área de saúde sexual e reprodutiva, com produção vinculada à Linha de Pesquisa Enfermagem e Políticas e Práticas de Saúde)<sup>25,44</sup>; José Guilherme Cecatti<sup>24,26,28,35,39,45</sup> (professor doutor da Universidade Estadual de Campinas na área de Medicina, na área de Obstetrícia, tem produção sobre epidemiologia com enfoque na saúde materna e reprodutiva); Maria de Fátima Moura de Araújo<sup>23,41</sup> (mestre, formada no programa de Nutrição Humana da Universidade de Brasília, teve Bethsáida Schmitz como orientadora de sua dissertação sobre avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, servidora pública vinculada ao Ministério da Saúde, onde atuou como nutricionista da Área Técnica da Saúde da Mulher); Suzanne Jacob Serruya<sup>24,28,45</sup> (formada em medicina, foi professora da Universidade do Estado do Pará e consultora do Ministério da Saúde, atualmente ocupa o cargo de Assessora Regional de Saúde Sexual e Reprodutiva para as Américas da OMS/Opas (Organização Pan-Americana da Saúde), no Centro Latino Americano de Perinatologia, sua tese de doutorado sobre o PHPN foi orientada por Cecatti); Tânia Di Giacomo do Lago<sup>24,28,45</sup> (professora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, foi coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, no período de desenvolvimento do PHPN, também integrou a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo). Com maior

quantidade de trabalhos, Cecatti subscreveu seis artigos como coautor, três dos quais em parceria com Serruya e Lago. De modo que os três são os autores com maior número de publicações. Cabe destacar que cinco dos seis artigos assinados por Cecatti versam sobre o PHPN.

Considerando que Furtado e Viêira-da-Silva<sup>1</sup> apontam a formação do GT de Avaliação da Abrasco como um elemento da constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil, procurou-se identificar quais dos autores dos estudos analisados compõem o referido GT. Do total, somente quatro pesquisadores constam na lista fornecida no portal da Abrasco<sup>46</sup> como vinculados ao grupo temático. O GT de Avaliação foi constituído como fórum oficial para reunião de pesquisadores e interessados no desenvolvimento do campo do monitoramento e da avaliação em saúde no País, embora sua formação não tenha sido pacífica, devido ao posicionamento contrário daqueles que entendiam a avaliação como transversal<sup>1</sup>.

A partir da vinculação dos autores, declarada nos artigos, foram contabilizadas 54 instituições distintas. Destas, 42 são referidas em apenas um artigo cada. As mais mencionadas são: a Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (8 artigos)<sup>24,26,28,35,37,39,45,47</sup>, Ministério da Saúde do Brasil (5)<sup>23,24,28,45,48</sup>, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (4)<sup>27,33,48,49</sup>, Universidade Federal de São Paulo (4)<sup>40,50,51,52</sup> e Universidade de Brasília (3)<sup>23,41,53</sup>.

A partir da verificação institucional dos autores, foram identificadas parcerias entre universidades e órgãos de gestão governamental na realização de 12 estudos<sup>22,23,24,28,36,40,44,45,47,50,54</sup>; em quatro houve parceria com entidades que prestam serviços de saúde<sup>22,35,50,53</sup> e, em dois, parcerias com organizações não-governamentais<sup>35,40</sup>. As demais instituições mencionadas correspondem a universidades, faculdades e institutos de pesquisa, quase todos brasileiros, exceto dois. Sem contar o Ministério da Saúde e as universidades estrangeiras,

verificou-se que 17 instituições estão localizadas na região Sudeste (34,7%), 12 no Nordeste (24,5%), nove no Centro-Oeste (18,4%), oito na região Sul (16,3%) e apenas três na região Norte (6,1%).

Quanto à unidade territorial, 26 artigos fazem avaliações de programas localizados em municípios, 10 apresentam avaliações de âmbito nacional, três de nível estadual (Ceará, Tocantins e Goiás) e três regionais (destes, dois referem-se à Regional de Saúde de Botucatu e um à Baixada Fluminense). A distribuição dos programas avaliados por região do País – desconsiderando-se os artigos de abrangência nacional – mantém proporção similar àquela das universidades a que estão filiados os autores, isso porque se localizam na região Sudeste 13 programas avaliados (40,6%), nove na região Nordeste (28,1%), cinco programas no Centro-Oeste (15,6%), três no Sul (9,4%) e dois no Norte (6,3%).

As pesquisas de tipo quantitativo representam 69,0% do corpus (29), as qualitativas 26,2% (11), e as que utilizaram abordagem mista 4,8% (2). Dentre a diversidade de técnicas de pesquisa empregadas, destacam-se a utilização das entrevistas (20), a análise documental (13) – registros de serviços de saúde, prontuários e carteira da gestante – e o uso de bancos de dados (11). Cabe salientar que metade dos artigos combina diferentes técnicas de coleta de dados.

A análise das palavras-chave dos artigos possibilitou a identificação dos temas que se sobressaem. As palavras foram analisadas em inglês, tendo em vista este ser o idioma comum a todos os resumos dos artigos. A *figura 2* apresenta, em formato visual, os descritores presentes em no mínimo dois estudos. Quanto maior a palavra aparece representada na nuvem, mais frequente foi a sua utilização. A atenção pré-natal e gestação somam, juntas, 24 ocorrências, seguida de pós-parto (10), amamentação (10), avaliação de programas (9), parto (8), humanizar (8), saúde da mulher (8) e saúde materno-infantil (6).

Figura 2. Nuvem de palavras formada pelos descritores dos artigos (2000-2019)

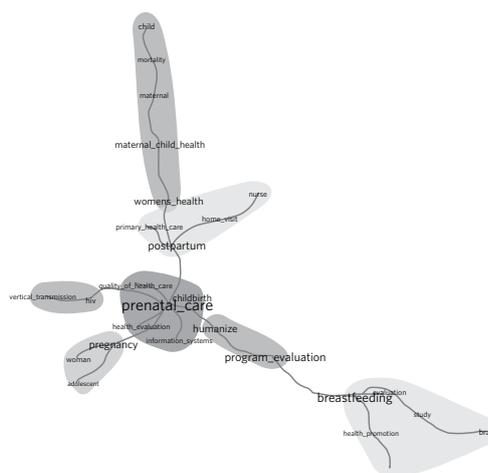


Fonte: Elaboração própria.

Quando apresentadas em forma de árvore de similitude, é possível perceber como as palavras-chave aproximam-se nos artigos, formando cinco eixos temáticos, conforme exposto na *figura 3*. A atenção pré-natal aparece como elo central entre todos os eixos, tecendo as conexões entre a gestação, o parto e o pós-parto. O eixo dos estudos sobre transmissão vertical, com destaque para o HIV, mostra-se vinculado à gestação, tendo em vista que, nessa fase, os exames para diagnóstico são fundamentais para a prevenção de doenças nas crianças. A

saúde materno-infantil, relacionada ao problema da mortalidade, conecta-se ao eixo atinente ao pós-parto. Interessante notar como o eixo formado pelo período pós-parto vincula-se à atenção primária em saúde, às visitas domiciliares e ao enfermeiro. A avaliação aparece sob três designações com conexões distintas: a avaliação em saúde (*health evaluation*), compondo o eixo pré-natal; a avaliação de programas (*program evaluation*), vinculada à humanização; e simplesmente avaliação (*evaluation*), no eixo amamentação.

Figura 3. Árvore de similitude dos descritores dos artigos



Fonte: Elaboração própria.

Tendo em vista a centralidade ocupada pela atenção pré-natal, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é o mais avaliado, com 14 estudos<sup>24-26,28,29,34,35,37,38,43-45,50,55</sup>. O programa que credencia o selo de Hospital Amigo da Criança está contemplado em nove artigos<sup>22,23,30,31,32,33,41,56,57</sup>. A transmissão vertical da mãe para a criança é tema de três artigos com foco na prevenção do HIV<sup>39,49,58</sup> e um da Hepatite B<sup>54</sup>. Três estudos analisam a Rede Cegonha<sup>36,48,59</sup>; três a visita domiciliar pós-parto<sup>51,60,61</sup>, dois abordam programas psicoeducativos para parentalidade<sup>53,62</sup>. Foi registrado, também, um artigo para cada um dos respectivos temas: o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)<sup>27</sup>; o Programa de Triagem Neonatal Auditiva (TAN)<sup>52</sup>; o Programa Trabalhando com Parteiras<sup>40</sup>; o Programa para Suporte Integral de Adolescentes Gestantes<sup>42</sup>; Atenção Nutricional no Pré-natal e Puerpério<sup>63</sup>; Grupo de Sala de Espera com Gestantes para prevenção da

depressão puerperal<sup>47</sup>. Há, ainda, um artigo de revisão da literatura sobre programas para o pós-parto na atenção primária, que abrangeu estudos do Brasil e de outros países<sup>64</sup>.

Os documentos do Ministério da Saúde citados nos artigos foram compilados em um arquivo próprio, como estratégia para verificar as políticas, programas, orientações, manuais e boletins referenciados. O *quadro 1* abaixo expõe o resultado da organização dos documentos citados estritamente relacionados às políticas e programas. Dentre os listados no quadro, o PHPN destacou-se quanto ao número de vezes em que apareceu nas referências dos artigos (16). Dos documentos complementares do Ministério da Saúde referenciados, destacam-se os manuais 'Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada' (2006), com 11 menções; 'Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher' (2001), com cinco; e 'Atenção ao pré-natal de baixo risco' (2012), com quatro.

Quadro 1. Políticas e programas do Ministério da Saúde do Brasil citados nas referências dos artigos analisados (2000-2019)

Ano	Nome
1973	Programa Nacional de Imunizações
1984	Programa de assistência integral à saúde da mulher
1992	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
1994	Programa Saúde da Família
2000	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
2000	Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais
2003	Política Nacional de Humanização
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
2006	Política Nacional de Atenção Básica
2008	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem
2009	Programa Nacional de DST e Aids
2011	Rede Cegonha
2001	Política Nacional de Atenção Básica
2011	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
2013	Programa Mais Médicos
2017	Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno

Fonte: Elaboração própria.

Ao agrupar todos os documentos de organismos internacionais citados, as duas principais instituições mencionadas foram a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O documento mais referido, citado em cinco artigos, foi publicado pela OMS em 1998 e intitula-se ‘Evidence for the ten steps to successful breastfeeding’, cuja tradução para o português foi divulgada em 2001. Os textos da Unicef citados também versam, sobretudo, a respeito da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Na análise das referências procurou-se identificar a presença de textos conceituais e metodológicos do campo da avaliação de programas. Houve uma multiplicidade de textos brasileiros e internacionais citados, com primazia destes. O autor com maior número de referências foi Avedis Donabedian, com cinco menções de textos distintos. Entre os brasileiros, não houve textos ou autores presentes em mais de um artigo.

## Discussão

Dentre os 42 artigos analisados, 25 estudos foram publicados de 2010 a 2019. A distribuição temporal dos artigos é congruente com a formação dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde descrita por Cruz, Oliveira e Campos<sup>3</sup>. As autoras identificaram a constituição de 355 grupos de pesquisa no período de 1976 a 2017. Destes, 42 grupos foram formados até 1999 e 313 a partir do ano 2000. Os anos de 2013 e 2014 foram aqueles em que houve maior número de grupos criados, 32 e 40, respectivamente.

Os grupos de pesquisa de avaliação em saúde estão majoritariamente vinculados à grande área das ciências da saúde (83,1%) e, em menor proporção, às ciências humanas (8,7%) e ciências sociais aplicadas (3,7%)<sup>3</sup>. Embora a avaliação seja transversal a várias áreas de conhecimento, a predominância de grupos de pesquisa nas ciências da saúde relaciona-se ao fato de a avaliação em saúde

no Brasil estar atrelada ao desenvolvimento do campo da saúde coletiva<sup>1,3</sup>. Situação verificada também nos periódicos responsáveis pela publicação dos 42 artigos analisados nesta pesquisa, todos dedicados à produção de conhecimento sobre saúde.

Das revistas que tiveram mais artigos publicados sobre programas de atenção pós-parto, a ‘Cadernos de Saúde Pública’ e a ‘Revista de Saúde Pública’ também são destacadas por Furtado e Vieira-da-Silva<sup>1</sup>. Os autores indicam que as duas revistas, juntamente com a ‘Ciência e Saúde Coletiva’, veicularam 287 dos 835 artigos de avaliação em saúde publicados de 1990 a 2006. Com quatro publicações que avaliam programas de atenção pós-parto, a ‘Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil’ tem histórico particular no que se refere à avaliação em saúde. De acordo com Felisberto e Samico<sup>65</sup>, o periódico evoluiu da ‘Revista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira’ (Imip), cuja primeira edição, intitulada ‘Avaliação na Assistência Materno-Infantil’, decorreu de um projeto de cooperação internacional com o Banco Interamericano para o Desenvolvimento (BID), com o intuito de promover a implementação da avaliação dos programas e serviços realizados pelo instituto. Quanto às três publicações presentes no ‘Jornal de Pediatria’, cabe mencionar que os artigos avaliaram o impacto da IHAC.

Ao verificarmos as trajetórias acadêmicas e profissionais dos oito autores com mais de um artigo de avaliação dos programas para atenção pós-parto, nota-se haver em comum a atuação profissional dedicada ao tema da saúde materno-infantil. Alguns dos autores têm experiência profissional tanto como docentes de universidades como gestores de políticas públicas. A articulação entre academia e gestão também foi identificada nas trajetórias de autoras de teses e dissertações sobre humanização do parto e nascimento<sup>66</sup>. Assim como nos estudos de Furtado e Vieira-da-Silva<sup>1</sup>, em que foi evidenciada a aproximação entre ‘campo burocrático’ e ‘campo científico’ na constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil.

Nos resultados da distribuição das pesquisas, tanto referente à vinculação institucional dos autores, quanto em relação à circunscrição local do programa avaliado, notou-se maior concentração na região Sudeste com diferenças significativas em comparação com as demais regiões, sobretudo o Norte do País. Tais disparidades são similares aos dados colhidos por Cruz, Oliveira e Campos<sup>3</sup> sobre os grupos de pesquisa de avaliação em saúde (SE – 42,8%, NE – 23,9%, S – 20,6%, CO – 8,5%, N – 4,2%), e por Bourguignon<sup>8</sup>, sobre a distribuição das teses e dissertações de humanização da assistência obstétrica e neonatal (SE – 53,3%, NE – 20,6%, S – 17,9%, CO – 7,1%, N – 1,1%). A concentração de estudos e de grupos de pesquisa no Sudeste deve-se ao fato de a região possuir maior número de programas de pós-graduação, conforme dados do Sistema de Informações Georreferenciadas da Capes (Geocapes)<sup>67</sup>.

A análise das referências citadas sobre aspectos conceituais da avaliação demonstra a pouca inserção do debate teórico da área nos estudos analisados. Poucos artigos trouxeram bibliografia que abordasse os conceitos e métodos próprios da avaliação em saúde. Avedis Donabedian, autor reconhecido pelos trabalhos sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde, contou com apenas cinco menções num universo de 40 trabalhos. Na pesquisa de Furtado e Vieira-da-Silva<sup>1</sup>, com 28 agentes vinculados à constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil, Donabedian foi um dos autores citados pela totalidade dos 28 entrevistados.

Outro desafio evidenciado pelos resultados é a realização de pesquisas mistas, que integrem aspectos qualitativos e quantitativos dos programas de atenção puerperal. Por exemplo, investigações sobre quantas mulheres brasileiras, em diferentes contextos regionais, conseguem realizar a consulta de revisão do parto e a qualidade desses serviços em atender às múltiplas necessidades de saúde das puérperas. São necessários também mais estudos qualitativos e quantitativos sobre a visita domiciliar, preconizada pelo Ministério da Saúde,

na primeira semana após o nascimento; sobre a disponibilidade de serviços de apoio profissional à amamentação; identificação dos problemas psicológicos relativos ao puerpério e encaminhamento aos serviços especializados. Não foram identificados, por exemplo, estudos de avaliação sobre os sistemas de referência e contrarreferência, que permitem a interação entre a atenção básica e a atenção hospitalar ao parto e que são importantes para garantir a continuidade da assistência à mulher após o nascimento. Também não houve registro de estudo que abordasse programa para atender as mulheres puérperas que sofrem com a perda perinatal, embora a preocupação com a morbimortalidade materna e neonatal esteja presente nos artigos analisados.

## Conclusões

Os resultados apresentados oferecem, portanto, subsídios no que tange ao baixo volume de artigos publicados sobre avaliação de programas voltados para atenção puerperal e a ausência de autores e/ou centros de pesquisa de referência na interface Avaliação de programas e puerpério. O pós-parto como um tema menos central dos estudos sobre atenção à saúde das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, e a avaliação em saúde, área de caráter transversal e multifacetada em busca de consolidação como campo de estudo no interior da saúde coletiva.

Diante do exposto, pode-se afirmar que há potencial para explorar o arcabouço teórico-metodológico da avaliação em saúde para a produção de conhecimento sobre os programas de atenção puerperal, sobretudo porque a translação do conhecimento configura-se como um desafio constante para o trabalho científico e para os serviços de saúde em geral. Conforme Craveiro e Hartz<sup>68(536)</sup>,

Há uma lacuna em termos de mecanismos de translação dos conhecimentos das pesquisas para a tomada de decisões políticas,

nomeadamente na área das determinantes sociais da saúde e a interligação com as políticas de formação e distribuição equitativa dos profissionais de saúde.

De modo que as parcerias entre o ‘campo científico’ e o ‘campo burocrático’ têm maior potencial de se traduzir em melhorias à saúde da população<sup>68-71</sup>. Sobretudo para que os serviços de saúde possam reconhecer e atender com qualidade às múltiplas necessidades de saúde das mulheres após o parto e diminuir as desigualdades existentes no uso desses serviços.

A revisão bibliométrica possibilitou caracterizar os estudos sobre programas de atenção pós-parto no Brasil em interface com a avaliação em saúde. Contudo, limitou-se aos trabalhos científicos veiculados nas bases pesquisadas e publicados em formato de artigo. Espera-se que a sistematização da produção

científica empreendida neste estudo, ofereça um panorama sobre as avaliações de programas de atenção pós-parto no Brasil e incentive o desenvolvimento de novas pesquisas avaliativas que possam contribuir com a melhoria das condições de saúde das mulheres durante o puerpério.

## Colaboradoras

Bourguignon AM (0000-0001-9293-6719)\* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, aprovação da versão final do manuscrito. Hartz Z (0000-0001-9780-9428)\* e Moreira D (0000-0001-6203-0246)\* contribuíram para concepção, planejamento, revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito ■

---

## Referências

1. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2014 [acesso em 2020 jun 26]; 30(12):2643-2655. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30n12/2643-2655/pt>.
2. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2020 jul 2]; 34(7):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n7/e00087917/#>.
3. Cruz MM, Oliveira SRA, Campos RO. Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2020 jul 1]; 43(122):657-667. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000300657&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300657&lng=en&nrm=iso).
4. Bourguignon AM, Grisotti M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. *Saúde soc*. 2018 [acesso em 2020 jul 2]; 27(4):1230-1245. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000401230&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401230&lng=pt).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Bourguignon AM, Grisotti M. A emergência do discurso de humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras (1987-2012). *Publ. UEPG Ci. Soc. Apl.* 2016 [acesso em 2020 jun 20]; 24(3):345-356. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/sociais/article/view/8951/5552>.
6. Nobre LN, Freitas RR. A evolução da pós-graduação no Brasil: histórico, políticas e avaliação. *Braz. J. Product. Engin. BJPE.* 2017 [acesso em 2020 jun 27]; 3(2):18-30. Disponível em: [https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/v3n2\\_3](https://periodicos.ufes.br/bjpe/article/view/v3n2_3).
7. Barreto ML. O desafio de avaliar o impacto das ciências para além da bibliometria. *Rev. Saúde Pública.* 2013 [acesso em 2020 jun 26]; 47(4):834-837. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000400834&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400834&lng=pt).
8. Bourguignon AM. Humanização do parto e nascimento: os discursos construídos nas teses e dissertações brasileiras. 2014. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. [acesso em 2020 jun 20]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/132746/333150.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
9. Murta SG, Rodrigues AC, Rosa IO, et al. Avaliação de necessidades para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. *Psicol. Teoria e Pesq.* 2011 [acesso em 2020 mar 3]; 27(3):337-346. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722011000300009&lng=en&rm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000300009&lng=en&rm=iso&tlng=pt).
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União.* 1 Jun 2000.
13. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, et al. Women's perception concerning health care in the post-partum period: a meta-synthesis. *Open J. Obst. Gynecol.* 2014 [acesso em 2020 fev 11]; 4(7):416-426. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=46496>.
14. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EM, et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2020 fev 10]; 33(3):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00136215.pdf>.
15. Organização Mundial da Saúde. Who recommendations on postnatal care of the mother and the newborn. Genebra: OMS; 2013.
16. Langlois EV, Miskurka M, Zunzunegui MZ, et al. Inequities in postnatal care in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull. World Health Organ.* 2015 [acesso em 2019 nov 20]; 93(4):209-284. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/4/14-140996/en/>.
17. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *IJSRM.* 2007 [acesso em 2020 jan 13]; 8(1):19-32. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1364557032000119616>.
18. Araújo CAA. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. *Em Questão.* 2006 [acesso em 2020 jan 15]; 12(1):11-32. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/16/5>.
19. Da Silva M, Hayashi CR, Hayashi MC. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. *InCID.* 2011 [acesso em 2020 mar 30]; 2(1):110-129. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42337>.
20. Antunes AA. Como avaliar a produção científica. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015 [acesso em 2020 jul 2]; 42(sup1):17-19. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912015000800017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912015000800017&lng=pt).
21. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psi-*

- col. 2013 [acesso em 2020 jul 2]; 21(2):513-518. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
22. Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, et al. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003 [acesso em 2020 mar 10]; 93(8):1277-1279. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447954/>.
  23. Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2003 [acesso em 2020 maio 18]; 3(4):411-419. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292003000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000400006&lng=en&nrm=iso).
  24. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TDG. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*. 2004 [acesso em 2020 fev 4]; 20(5):1281-1289. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500022&lng=en&nrm=iso).
  25. Passos AA, Moura ERF. Process indicators in the Program for Humanization of Prenatal Care and Childbirth in Ceará State, Brazil: analysis of a historical series (2001-2006). *Cad. Saúde Pública*. 2008 [acesso em 2020 fev 5]; 24(7):1572-1580. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000700012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700012&lng=en&nrm=iso).
  26. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2011 [acesso em 2020 fev 28]; 27(6):1053-1064. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lng=en&nrm=iso).
  27. Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Dias MAB, et al. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. *Cad. Saúde Pública*. 2013 [acesso em 2020 mar 3]; 29(7):1333-1345. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700008&lng=en&nrm=iso).
  28. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2004 [acesso em 2020 mar 9]; 4(3):269-279. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en&nrm=iso).
  29. Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2008 [acesso em 2020 mar 16]; 8(1):113-124. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292008000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000100013&lng=en&nrm=iso).
  30. Oliveira LS, Espírito Santo ACG. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2013 [acesso em 2020 mar 12]; 13(4):297-307. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-382920130004000297&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-382920130004000297&lng=en&nrm=iso).
  31. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, et al. The impact of training based on the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2005 [acesso em 2020 maio 19]; 81:471-477. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/05-81-06-471/ing.pdf>.
  32. Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)*. 2007 [acesso em 2020 mar 15]; 83(2):127-132. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/en\\_v83n2a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/en_v83n2a06.pdf).
  33. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, et al. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare. *J Pediatr (Rio J)*. 2008 [acesso em 2020 maio 19]; 84(2):147-153. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3997/399738160010.pdf>.

34. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2020 mar 16]; 43(1):98-104. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso).
35. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, et al. Sis-prenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. *Rev. Saúde Pública*. 2011 [acesso em 2020 fev 5]; 45(5):854-864. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500006&lng=en&nrm=iso).
36. Almeida KJQ, Roure FN, Bittencourt RJ, et al. Active health Ombudsman service: evaluation of the quality of delivery and birth care. *Rev. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2020 12 mar]; 52(7):1-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102018000100268&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100268&lng=en&nrm=iso).
37. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc. Anna Nery*. 2012 [acesso em 2020 mar 13]; 16(2):312-319. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=en).
38. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa ACP, et al. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery*. 2013 [acesso em 2020 mar 12]; 17(3):446-454. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300446&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300446&lng=en&nrm=iso).
39. Amaral E, Assis-Gomes F, Milanez H, et al. Timely implementation of interventions to reduce vertical HIV transmission: a successful experience in Brazil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2007 [acesso em 2020 mar 3]; 21(6). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n6/357-364/#ModalArticles>.
40. Gusman CR, Viana APAL, Miranda MAB, et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2015 [acesso em 2020 fev 5]; 37(4/5):365-70. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/365-370/pt>.
41. Araújo MFM, Schmitz BAS. Reassessment of Baby-friendly Hospitals in Brazil. *J Hum Lact*. 2007 [acesso em 2020 maio 19]; 23:246-252. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-247.pdf>.
42. Sant'Anna MJC, Carvalho KAM, Melhado A, et al. Teenage pregnancy: impact of the integral attention given to the pregnant teenager and adolescent mother as a protective factor for repeat pregnancy. *Scientific World*. 2007 [acesso em 2020 mar 10]; (7):187-194. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901305/pdf/TSWJ-2007-7-438074.pdf>.
43. Parada CMGL, Tonete VLP. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. *Interface (Botucatu)*. 2008 [acesso em 2020 fev 5]; 12(24):35-46. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso).
44. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERC. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do Sis-prenatal. *Rev. esc. enferm. USP*. 2008 [acesso em 2021 abr 7]; 42(1):105-111. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100014&lng=en&nrm=iso).
45. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2004 [acesso em 2020 mar 9]; 26(7):517-525. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032004000700003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000700003&lng=en&nrm=iso).
46. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Grupo Temático de Monitoramento e Avaliação de Programas, Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde – GT de Avaliação. Composição. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020.

[acesso em 2021 set 8]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtmonitoramentoeavaliacaode-programasepoliticasdesaude/composicao/>.

47. Fragelli CMB, Salomão FG, Vazquez FL, et al. Eficiência de um grupo de sala de espera na adesão do aleitamento materno exclusivo. *Odonto*. 2011 [acesso em 2020 fev 5]; 19(38):123-129. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/2523/0>.
48. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013 [acesso em 2020 jul 3]; 23(4):1297-1316. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en).
49. Araújo ESP, Friedman RK, Camacho LAB, et al. Cascade of access to interventions to prevent HIV mother to child transmission in the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2014 [acesso em 2020 fev 5]; 18(3):252-260. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-86702014000300252&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702014000300252&lng=en&nrm=iso).
50. Succi RCM, Figueiredo EM, Zanatta LC, et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidades básicas do município de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008 [acesso em 2021 abr 7]; 16(6):1-8. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt\\_08.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_08.pdf).
51. Silva LLB, Feliciano KVO, Oliveira LNFP, et al. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 [acesso em 2020 mar 4]; 37(3):1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160359248.pdf>.
52. Mahl FD, Mattiazzi AL, Angst OVM, et al. Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal. *O Mundo da Saúde*. 2013 [acesso em 2020 fev 5]; 37(1):35-43. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/101/4.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/101/4.pdf).
53. Murta SG, Rodrigues AC, Rosa IO, et al. Evaluation of a psycho-educational parenthood transition program. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2012 [acesso em 2020 fev 7]; 22(53):403-412. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/paideia/article/view/53095>.
54. Perim EB, Passos ADC. Hepatite B em gestantes atendidas pelo Programa do Pré-Natal. *Rev Bras Epidemiol*. 2005 [acesso em 2020 fev 3]; 8(3):272-81. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2005.v8n3/272-281/#ModalArticles>.
55. Valdes INF, Santos EO, Prado EV. Programa Mais Médicos: qualificação da atenção ao pré-natal e puerpério no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS*. 2017 [acesso em 2020 fev 5]; 20(3):403-413. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16000>.
56. Souza MFL, Ortiz PN, Soares PL, et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. *Rev. paul. pediatr*. 2011 [acesso em 2020 fev 5]; 29(4):502-508. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822011000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000400006&lng=en&nrm=iso).
57. Sampaio ARR, Bousquat A, Barro C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016 [acesso em 2020 fev 5]; 25(2):281-290. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2016.v25n2/281-290/#>.
58. Lemos LMD, Rocha TFS, Conceição MV, et al. Evaluation of preventive measures for mother-to-child transmission of HIV in Aracaju, State of Sergipe, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2012 [acesso em 2020 mar 9]; 45(6):682-686. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822012000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000600005&lng=en&nrm=iso).
59. Assis TR, Chagas VO, Góes RM, et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2019 [acesso em 2020 fev 5]; 13(4):843-53. Disponível em: <https://www.reciis.icict>.

- fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1595/2326.
60. Bernardi MC, Carraro TE. Poder vital de puérperas durante o cuidado de enfermagem no domicílio. *Texto contexto - enferm.* 2014 [acesso em 2020 mar 4]; 23(1):142-150. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000100142&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100142&lng=en&nrm=iso).
61. Mazzo MHSN, Brito RS, Santos FAPS. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto. *Rev enferm UERJ.* 2014 [acesso em 2020 fev 5]; 22(5):663-7. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a13.pdf>.
62. Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde soc.* 2014 [acesso em 2020 fev 5]; 23(1):251-264. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100251&lng=en&nrm=iso).
63. Laporte Pinfieldi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, et al. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev. Nutr.* 2016 [acesso em 2020 mar 19]; 29(1):109-123. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732016000100109&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000100109&lng=en&nrm=iso).
64. Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2020 fev 5]; 24(11):4227-4238. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001104227&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104227&lng=en&nrm=iso).
65. Felisberto E, Samico I. I Encontro Luso-Brasileiro de Avaliação em Saúde e Gestão do Conhecimento: Papel do IMIP e destaques temáticos. *Editorial convidado. An Inst Hig Med Trop.* 2016 [acesso em 2020 jun 20]; 15(supl2):S7-S8. Disponível em: <http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais2016-suplemento2/files/assets/basic-html/page-7.html#>.
66. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos.* 2020 [acesso em 2020 jul 20]; 27(2):485-502. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/zZddht4v88Y6Vz84frYyj7Q/?format=pdf&lang=pt>.
67. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Geocapes - Sistema de Informações Georreferenciadas.* Brasília, DF: Capes; 2020. [acesso em 2020 jun 30]. Disponível em: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/#>.
68. Craveiro I, Hartz Z. Avaliação do papel das redes de investigação na translação do conhecimento. *An Inst Hig Med Trop.* 2016 [acesso em 2020 jun 20]; 15(supl2):S35-S40. Disponível em: <http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/Anais/Anais2016-suplemento2/files/assets/basic-html/page-35.html>.
69. Hartz ZMA. Prefácio. In: Santos EM, Cruz MM, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle e processos endêmicos.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 11-14.
70. Champagne F, Contandriopoulos AP, Tanon A. Utilizar a Avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. *Avaliação: conceitos e métodos.* 2. impr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 241-261.
71. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBS, et al. Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação. *Physis.* 2019 [acesso em 2020 jul 3]; 29(1):1-33. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290112/pt>.

---

Recebido em 20/02/2021

Aprovado em 4/08/2021

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de financiamento 001

# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM AGOSTO DE 2021

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Além disso, a redução do financiamento público para a manutenção da revista nos obrigou a rever a gratuidade para publicação. Assim, a partir de 15 de agosto de 2021, será cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 500,00 para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Após a aprovação dos artigos os autores receberão e-mail orientando os procedimentos para o pagamento da referida taxa. **Esta regra passa a vigorar para submissões feitas a partir de 15 de agosto de 2021.**

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

**3. Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aporem contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

## Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

### O texto deve conter:

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

## OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

### Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

## OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

### 1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

# Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN AUGUST 2021

---

### SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

For any kind of work approved for publishing, it is the authors' responsibility to do the grammar check (required) and the english translation (optional), based on a list of proofreaders and translators indicated by the journal.

Furthermore, the reduction in public funding for the maintenance of the journal has forced us to review the gratuity of the publication. Thus, as of August 15, 2021, a publication fee in the amount of R\$500,00 will be charged for articles approved in any section of the journal. After the articles's approval, the authors will receive an email advising on the procedures for payment of this fee. **This rule takes effect for submissions made after August 15, 2021.**

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

### GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

### Types of texts accepted for submission

**1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

**2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

**4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

**6. Critical review:** review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

**7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

**Important:** in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

### Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

### The text must comprise:

**Title:** expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

**Abstract:** in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

**Keywords:** at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Clinical trial registration:** 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**Ethics in research involving human beings:** the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

**Introduction:** with clear definition of the investigated problem and its rationale;

**Material and methods:** objectively described in a clear and

objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

**Results and discussion:** may be presented together or separately;

**Conclusions or final considerations:** depending on the type of research carried out;

**References:** only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

## NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

## Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

## Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

## ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions

regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER**

### **1. Declaration of responsibility and assignment of copyright**

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration

indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE**

### **1. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **2. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN AGOSTO DE 2021

### ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

Para los artículos aprobados para edición, en cualquier modalidad, queda bajo responsabilidad de los autores la revisión de idiomas (obligatoria) y la traducción para lengua inglesa (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Además, la reducción del financiamiento público para el mantenimiento de la revista nos obligó a revisar la gratuidad para publicación. Así, a partir del 15 de agosto de 2021, se cobrará una tarifa de publicación de R\$ 500,00 para artículos aprobados en cualquier sección de la revista. Tras la aprobación de los artículos, sus autores recibirán un correo electrónico orientando los procedimientos para el pago de dicha tarifa. **Esta regla pasa a ser vigente para las sumisiones hechas a partir del 15 de agosto de 2021.**

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

## Modalidades de textos aceptados para publicación

**1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

**2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

**3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

**4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirá resumen y abstract.

**5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

**6. Reseña:** reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

**7. Documento y declaración:** a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

**Importante:** en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

## Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

## El trabajo debe contener:

**Título:** que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

**Resumen:** en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

**Palabras-clave:** al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**Ética en investigaciones que involucren seres humanos:** la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucren a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucren a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

**Introducción:** con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

**Material y métodos:** descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

**Resultados y discusión:** pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

**Conclusiones o consideraciones finales:** que depende del tipo de investigación realizada;

**Referencias:** Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

## OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

## Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código Orcid ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

## Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza Nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

## **LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor**

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

### **2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)**

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité

de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

## **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

### **2. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

### **Dirección para correspondencia**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br



## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto  
Vice-Presidente: Lívia Angeli Silva  
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte  
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Diretores Executivos: Alane Andreino Ribeiro  
Ana Maria Costa  
Heleno Rodrigues Corrêa Filho  
Maria Lucia Freitas Santos  
Vinicius Ximenes Mourici da Rocha

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo  
Claudia Travassos  
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo  
**Suplentes** | *Substitutes*  
Iris da Conceição  
Jamilli Silva Santos  
Matheus Ribeiro Bizuti

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues  
Cornelis Johannes van Stralen  
Cristiane Lopes Simão Lemos  
Isabela Soares Santos  
Itamar Lages  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Lívia Millena B. Deus e Mello  
Lizaldo Andrade Maia  
Maria Edna Bezerra Silva  
Maria Eneida de Almeida  
Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Matheus Falcão  
Rafael Damasceno de Barros  
Sergio Rossi Ribeiro

### SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

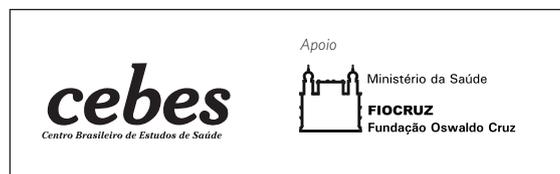
Carlos dos Santos Silva

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos  
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)  
E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

A revista Saúde em Debate é  
associada à Associação Brasileira  
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2021.

v. 45. n. 130; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)