



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO 134
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2022
ISSN 0103-1104

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

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

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

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

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, inglês e espanhol/portuguese, english and spanish)

Annabella Blyth (inglês/english)

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Cristina Antunes - B&C Textos (inglês/english)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Katia Muller (inglês/english)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português/portuguese)

Maria Bandeira de Carvalho (inglês/english)

Martim Cordeiro Pereira Cardoso (inglês/english)

Miriam Elvira Junghans (português/portuguese)

Paula Santos Diniz (inglês/english)

Tikinet Edição Ltda. - Carolina Vanzo França (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 Brasil e SciELO Saúde Pública)

Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO 134
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2022

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 593 **Conferência Livre, Democrática e Popular lança diretrizes para a refundação do Brasil**
Free, Democratic, and Popular Conference launches guidelines for the refoundation of Brazil
Lucia Souto

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 599 **SUS na mídia em contexto de pandemia**
SUS in the media in a pandemic context
Maria Ligia Rangel-S, Gabriela Lamego, Marcele Paim, Antonio Brotas, Arthur Lopes
- 613 **'O outro' da pandemia da Covid-19: ageísmo contra pessoas idosas em jornais do Brasil e do Chile**
'The other' of the COVID-19 pandemic: ageism toward the elderly people in newspapers in Brazil and Chile
Pricila Oliveira de Araujo, Raniele Araújo de Freitas, Elysangela Dittz Duarte, Lucy Jure Cares, Katiuska Alveal Rodríguez, Viviana Guerra, Evanilda Souza de Santana Carvalho
- 630 **Structure and responsiveness: are Primary Health Care Units prepared to face COVID-19?**
Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19?
Denise de Lima Costa Furlanetto, Wallace Dos Santos, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Fabrício Vieira Cavalcante, Aimê Oliveira, Klébya Hellen Dantas de Oliveira, Ricardo Ramos dos Santos, Thaís Alessa Leite, Katia Crestine Poças, Leonor Maria Pacheco Santos

- 648 **A telemedicina no combate à Covid-19: velhos e novos desafios no acesso à saúde no município de Vitória/ES, Brasil**
Telemedicine in the fight against COVID-19: old and new challenges in access to health in Vitória/ES, Brazil
Henny Luz Heredia Martínez, Elizabeth Artmann, Sheila Cristina de Souza Cruz, Dilzilene Cunha Sivirino Farias

- 665 **Testes diagnósticos nacionais: insumos essenciais para a vigilância sindrômica da Covid-19**
Brazilian diagnostic tests: essential health supplies for COVID-19 syndromic surveillance
Fabrício Vieira Cavalcante, Aimê Oliveira, Sidclei Queiroga de Araujo, Christina Pacheco, Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco

- 682 **Síndrome Inflamatória Multissistêmica e Covid-19 em crianças e adolescentes: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2020-2021**
Multisystem Inflammatory Syndrome and COVID-19 in children and adolescents: epidemiological aspects, Brazil, 2020-2021
Erly Catarina de Moura, Fabrício Vieira Cavalcante, Luciana Gonzaga de Oliveira, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Geraldo Magela Fernandes, Gustavo Saraiva Frio, Leonor Maria Pacheco Santos

- 693 **Uma análise do perfil dos secretários de saúde: interfaces entre saúde e os processos político-eleitorais**
An analysis of the profile of health secretaries: interfaces between health and political-electoral processes
Matheus Brancaglioni, Jeovana Soares, Ligia Bahia

-
- 710 Public health educational projects in Brazil: revealing the influence of contexts – social, political and of the world of work – over time**
Projetos formativos em saúde pública no Brasil: para evidenciar as influências dos contextos sociais, políticos e do mundo do trabalho ao longo do tempo
Jussara Lisboa Viana, João de Oliveira Gusmão, Maria Cristina da Costa Marques, Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, Marília Cristina Prado Louvison, Marco Akerman
- 721 Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano**
Primary Health Care in a region of the Colombian Amazon: an approach to everyday life
Saidy Eliana Arias-Murcia, Cláudia Maria de Mattos Penna
- 734 Saúde Socioambiental na Atenção Básica: conhecimento, formação e prática**
Socio-environmental Health in primary care: knowledge, training and practice
Jeffer Castelo Branco, Nildo Alves Batista, Sílvia Maria Tagé Thomaz
- 750 Narrativas em saúde socioambiental: potencialidades na formação em saúde**
Narratives in socio-environmental health: potentialities in health training
Rafaela Rodrigues da Silva, Jeffer Castelo Branco, Sílvia Maria Tagé Thomaz, Nildo Alves Batista, Sílvia Helena Souza da Silva Batista
- 761 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado**
Emergency and Urgent Health Care Network on scene: contingencies and production of care
Luís Fernando Nogueira Tofani, Lumena Almeida Castro Furtado, Rosemarie Andrezza, Mariana Arantes Nasser, Olivia Félix Bizetto, Arthur Chioro
- 777 A judicialização na saúde suplementar: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017**
Judicialization in supplementary health: an evaluation of lawsuits against a health plan operator, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017
Luís Edmundo Noronha Teixeira, Eli Iola Gurgel Andrade, Mariangela Leal Cherchiglia, Wesley Marini, Charles Ferreira de Souza
- 790 Percepção da população sobre a atuação das autoridades e das comunidades no controle das arboviroses**
Perception of the population on the role of authorities and communities in controlling arboviruses
Luana Dias da Costa, Alana Dantas Barros, Cláudio Lorenzo, Ana Valéria Machado Mendonça, Maria Fátima de Sousa
- 803 A consulta pública na construção da Política Distrital de Alimentação e Nutrição**
Public consultation in the construction of the District Food and Nutrition Policy
Rosielle Alves de Moura, Helen Altoé Duar Bastos, Karistenn Casimiro de Oliveira Brandt, Débora Barbosa Ronca, Verônica Cortez Ginani

819 Perfil dos processos de internação compulsória decorrentes do uso de drogas: uma pesquisa documental

Profile of compulsory hospitalization processes due to drug use: a documentary research

Larissa de Abreu Queiroz, Fátima Büchele Assis, Fernanda Martinhago

832 Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico: percepções dos residentes de medicina

Accident at Work with Exposure to Biological Material: perceptions of medical residents

Fernanda Sucasas Frison, Herling Gregorio Aguilar Alonzo

ENSAIO | ESSAY

842 Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19

Brazilian political situation and health: from the 2016 coup to the COVID-19 pandemic

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Romário Correia dos Santos

857 Individualização e trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil

Individualization and work in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil

Aurea Maria Zöllner Ianni, Maria Izabel Sanches Costa, Letícia Bona Travagin, Isabela Licata Serra

870 As medidas de obrigatoriedade da vacina contra a Covid-19 no Brasil são razoáveis e proporcionais?

Are the measures to make COVID-19 vaccine mandatory in Brazil reasonable and proportionate?

Maria Célia Delduque, Sandra Mara Campos Alves, Maria Inez Montagner, Miguel Ângelo Montagner

877 Sindemia: tautologia e dicotomia em um novo-velho conceito

Syndemic: tautology and dichotomy in a new-old concept

Diego de Oliveira Souza

REVISÃO | REVIEW

886 Pharmaceutical policies for gaining access to high-priced medicines: a comparative analysis between England and Brazil

Políticas farmacêuticas para acesso a medicamentos de alto preço: uma análise comparativa entre Inglaterra e Brasil

Geison Vicente, Michael Calnan, Norberto Rech, Silvana Leite

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

906 O acadêmico de Medicina frente à população em situação de rua: Trabalho Colaborativo como ferramenta

The medical student in front of the homeless population: Collaborative Work as a tool

Elisabete D'Oliveira Paula Sousa, Magda de Souza Chagas

Conferência Livre, Democrática e Popular lança diretrizes para refundação do Brasil

Lucia Souto¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213400

VIVEMOS UM ANO CRUCIAL DE DISPUTA DE PROJETOS e refundação do Brasil em novas bases, superando a matriz escravocrata que estrutura um país da fome e da intolerável desigualdade.

Nos aproximamos das eleições mais importante de nossas vidas. Em outubro, o povo brasileiro vai decidir, com o voto eletrônico, se retomaremos os rumos da democracia plena ou se continuará a barbárie de um governo autoritário, excludente, misógino, que aniquilou conquistas históricas do povo na área da saúde, do trabalho, da cultura e das políticas sociais.

A histórica e exemplar luta do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira conquistou, com ampla participação popular, a saúde como direito universal de cidadania na Constituição de 1988, na contramão da tendência global do projeto ultraneoliberal que se opunha à ideia da saúde como direito universal, e não como mercadoria.

Naquele ano, em um momento de ousadia, esse movimento coletivo que teve o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) como um dos protagonistas colocou na constituição brasileira a saúde como um direito universal de todos e um dever do Estado. Hoje, mais de 32 anos depois, atravessamos o golpe de 2016 e uma crise econômica, política, social, cultural, ambiental, sanitária: uma destruição de direitos e a maior catástrofe sanitária da história deste país, a pandemia da Covid-19, expondo o fracasso do projeto ultraneoliberal.

Desde 2016, o povo brasileiro vem sofrendo os desmandos de políticas públicas que destruíram direitos conquistados em diversas áreas. A situação foi agravada após 2020, quando se iniciaram a pandemia e este projeto nefasto de negacionismo, de morte, que tirou a vida de cerca de 700 mil pessoas neste país. A maior parte dessas mortes poderia ter sido evitada se não fosse o projeto criminoso liderado pelo atual Presidente da República e seus Ministros da Saúde. Porém, o povo brasileiro optou por viver e deu uma esmagadora resposta a favor da ciência, com a opção pela Vida ao aderir em massa à vacina.

Cresceu a consciência de que é fundamental a organização popular para ampliar a força social e política que sustenta a agenda de refundação do País.

Nesse contexto de grandes desafios, a Frente pela Vida, que reúne inúmeras entidades históricas do Movimento da Reforma Sanitária, convocou a Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde. Desde 7 de abril, data em que a campanha foi impulsionada a partir de um grande ato no Congresso Nacional com a presença de todos os participantes da Frente Pela Vida e parlamentares, foram realizadas cerca de 120 conferências livres regionais e locais em todo Brasil, expressando a grande mobilização nacional com formação de comitês populares, base para a refundação do País.

Há muito tempo, o movimento sanitário brasileiro não tem um consenso tão profundo em torno das diretrizes que represente uma guinada na afirmação da saúde como direito

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciafsouto@yahoo.com.br



universal: Saúde 100% pública; revogação da Emenda Constitucional nº 95 para viabilizar financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliar o financiamento público; carreira de Estado para os profissionais da saúde; qualificar a atenção regionalizada para assegurar atenção à saúde integral e de qualidade; saúde como eixo estratégico de desenvolvimento e ampliar e aprofundar a democracia.

Durante a Conferência, realizada em 5 de agosto, em São Paulo, foi entregue a Luiz Inácio Lula da Silva, candidato a Presidente da República pela Coligação Brasil da Esperança¹, o documento 'Saúde como Direito', que representa toda a força do movimento sanitário no Brasil.

O objetivo é ter as forças sociais e políticas como sustentação deste novo momento do País, em que queremos assegurar políticas de cuidado e bem-estar em nível nacional e dos direitos universais de cidadania. Outrossim, a saúde se tornou ponto obrigatório nessa agenda prioritária, especialmente neste momento em que travamos uma batalha para superar a enorme crise sanitária da pandemia da Covid-19, vencida pela resiliência do povo brasileiro. O SUS passou a pertencer a toda a sociedade, sendo ponto central de toda uma discussão ampla dos cuidados e do bem-estar.

A democracia, o direito universal à saúde, à vida e ao SUS estão nas diretrizes apontadas pelo documento entregue ao candidato Lula e legitimam a inclusão da saúde no centro das discussões para um programa de governo democrático-popular a ser escolhido pelo voto livre e direto nas urnas em outubro. O Brasil exige que a saúde seja tratada como direito, e não como mercadoria.

Para além das mobilizações ocorridas, há os desdobramentos pós-encontro de agosto, e a Frente Pela Vida já está produzindo cadernos com todas as contribuições que vieram das conferências locais e regionais e, mais, as que foram agregadas no dia 5 de agosto, como material a ser disponibilizado para o debate nacional.

Esse amplo processo de organização e debate certamente contribuirá para a realização de uma vigorosa e histórica XVII Conferência Nacional de Saúde, em 2023.

Diretrizes básicas

O documento final² é uma síntese de políticas de cuidados e direitos universais e foi elaborado em conjunto pelas entidades e movimentos que integram a Frente Pela Vida³, entre elas, o Cebes, o Conselho Nacional de Saúde, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Rede Unida e a Sociedade Brasileira de Bioética, ampliado com as sugestões acolhidas durante a conferência. O documento foi construído sobre cinco eixos fundamentais: o primeiro é o acesso universal à saúde; o segundo é a articulação das redes, levando em consideração integralidade e equidade; o terceiro é relativo ao Complexo Econômico e Industrial da Saúde (Ceis); o quarto, a gestão compartilhada e o controle social do SUS; e o quinto, a gestão do trabalho e da educação em saúde.

Para assegurar o objetivo de uma saúde 100% pública, é importante retomar um financiamento digno, adequado, estável e consistente. Uma das medidas é a revogação da Emenda Constitucional nº 95 que, hoje, destina 60% dos 9,46% do Produto Interno Bruto (PIB) que circula na saúde para a área do setor privado, tanto para planos e seguros como para medicamentos que se constituem em gastos catastróficos. Um dos caminhos para conseguir o financiamento consiste em avançar para a obtenção de uma reforma democrática tributária que possibilite diminuir esta desigualdade intolerável existente no País.

O documento aponta também para uma rede de atenção de qualidade nas instâncias de atendimento, que possa contemplar toda a população com respeito e dignidade. É preciso superar os gargalos da atenção especializada; afirmar a questão do território; a Estratégia Saúde da Família articulada com a questão das políticas de assistência social, da educação, de todas as políticas de

direitos universais territorialmente, produzindo saúde e metas sanitárias para poder dispor de um atendimento digno à população brasileira em todas as suas necessidades de saúde. Ademais, se afirmamos a saúde como um bem público, não podemos ter profissionais precarizados. A saúde precisa ter uma carreira atrativa, uma carreira pública digna para todos os profissionais da saúde, para que eles tenham condições de trabalho, com educação permanente e formação qualificada como forma de valorizar esses profissionais responsáveis pela qualidade da atenção. Por isso, é muito importante firmar uma carreira pública de Estado para os profissionais de SUS.

No que se refere ao desenvolvimento, o governo precisa investir e ampliar o Ceis, eixo estratégico de crescimento do País. O Brasil somente ganhará com soberania e segurança sanitária quando puder ter um Ceis com autonomia e grandeza para produzir seus próprios medicamentos e realizar novas descobertas (pesquisa), para diminuir os elevados custos dos produtos importados. As políticas públicas devem privilegiar o conhecimento, o aprendizado e, sobretudo, a inovação, para fortalecimento do Ceis, abordando e articulando estratégias de ação que consigam gerar um alto grau de inovação, elevado dinamismo em termos de taxa de crescimento e de competitividade.

Finalmente, outro eixo fundamental é o da participação popular. É essencial aprofundar e ampliar a questão democrática neste momento civilizatório de grande impasse político. ‘Saúde é democracia, democracia é saúde’ sempre foi o lema que norteia nossas atividades. Portanto, neste momento de virada da sociedade brasileira, de recuperação e afirmação da democracia, é importante que contemple, de forma radical, um controle da sociedade sobre as políticas e as ações de saúde, com orçamento participativo e territórios organizados produzindo vida em todo o Brasil.

Colaboradora

Souto L (0000-0003-2270-8424)* é responsável pela elaboração do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições 2022: TSE já recebeu nove registros de candidaturas à Presidência da República. Comunicação TSE. 2022 ago 12. [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2022/Agosto/eleicoes-2022-tse-ja-recebeu-nove-registros-de-candidaturas-a-presidencia-da-republica>.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Leia a Carta Compromisso da Conferência Livre Democrática e Popular de Saúde Entregue ao Lula. [acesso em 2022 ago 14]. Disponível em: <https://cebes.org.br/carta-compromisso-da-conferencia-livre-democratica-e-popular-de-saude-lula/29492/>.
3. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rede Unida, et al. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. Frente pela Vida. 2020 jul 15. Versão 2. [acesso em 2022 ago 14]. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP%20COVID-19_v2.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Free, Democratic, and Popular Conference launches guidelines for the refoundation of Brazil

Lucia Souto¹

DOI: 10.1590/0103-11042022134001

WE LIVE A CRUCIAL YEAR OF DISPUTE OVER PROJECTS and the refoundation of Brazil on new bases, overcoming the slavery matrix that structures a country of hunger and of intolerable inequality.

We approach the most important elections of our lives. In October, the Brazilian people will decide, through the electronic vote, if we will resume the paths of full democracy or if we will continue the barbarism of an authoritarian, excluding, misogynist government that annihilated historic achievements of the people in the fields of health, work, culture, and social policies.

The historic and exemplary struggle of the Brazilian Sanitary Reform Movement conquered, with broad popular participation, health as a universal right of citizenship in the 1988 Constitution, contrary to the global trend of the ultra-neoliberal project that was opposed to the idea of health as a universal right, and not as a commodity.

That year, in a bold moment, this collective movement that had the Brazilian Center for Health Studies (CEBES) as one of its protagonists placed health in the Brazilian constitution as a universal right for all and a duty of the State. Today, more than 32 years later, we had to face the 2016 coup and an economic, political, social, cultural, environmental, health crisis: a destruction of rights and the biggest health catastrophe in the history of this country, the COVID-19 pandemic, exposing the failure of the ultra-neoliberal project.

Since 2016, the Brazilian people have been suffering the excesses of public policies that have destroyed rights conquered in several areas. The situation worsened after 2020, when the pandemic began and this nefarious project of denialism, of death, which took the lives of about 700.000 people in this country. Most of these deaths could have been avoided had it not been for the criminal project led by the current President of the Republic and his Ministers of Health. However, the Brazilian people chose to live and gave an overwhelming response in favor of science, opting for Life by adhering en masse to the vaccine.

There was a growth in the awareness that popular organization is essential to expand the social and political force that sustains the country's refounding agenda.

In this context of great challenges, the Front for Life, which brings together numerous historical entities of the Health Reform Movement, convened the National Free, Democratic, and Popular Health Conference. Since April 7, the date on which the campaign was boosted by a great act in the National Congress with the presence of all the participants of the Front for Life and parliamentarians, around 120 free regional and local conferences have been held throughout Brazil, expressing the great national mobilization with the formation of popular committees, basis for the refoundation of the country.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciasouto@yahoo.com.br



For a long time the Brazilian health movement has not had such a deep consensus around the guidelines that represents a shift in the affirmation of health as a universal right: 100% public health; revocation of Constitutional Amendment No. 95 to make financing available for the Unified Health System (SUS) and expand public funding; State career for health professionals; qualifying regionalized care to ensure comprehensive and quality health care; health as a strategic axis of development and to broaden and deepen democracy.

During the Conference, held on August 5, in São Paulo, Luiz Inácio Lula da Silva, candidate for President of the Republic by the *Brasil da Esperança* Coalition¹, was given the document 'Health as a Right', which represents the full force of the health movement in Brazil.

The objective is to have the social and political forces supporting this new moment in the country, in which we want to ensure care and well-being policies at the national level and universal citizenship rights. Furthermore, health has become a mandatory point on this priority agenda, especially at this time when we are fighting a battle to overcome the enormous health crisis of the COVID-19 pandemic, won by the resilience of the Brazilian people. The SUS came to belong to the whole of society, being the central point of an entire broad discussion of care and well-being.

Democracy, the universal right to health, to life, and to the SUS are in the guidelines indicated by the document delivered to candidate Lula and legitimize the inclusion of health at the center of discussions for a democratic-popular government program to be chosen by free and direct vote at the polls in October. Brazil demands that health be treated as a right, not as a commodity.

In addition to the mobilizations that took place, there is the aftermath of the August encounter, and Front for Life is already producing notebooks with all the contributions that came from the local and regional conferences and, moreover, those that were added on the 5th of August, as material to be made available for national debate.

This broad process of organization and debate will certainly contribute to the accomplishment of a vigorous and historic 17th National Health Conference in 2023.

Basic guidelines

The final document² is a synthesis of care policies and universal rights and was prepared jointly by the entities and movements that make up the Front for Life³, including the Cebes, the National Health Council, the Brazilian Association of Collective Health (ABRASCO), the Unified Network, and the Brazilian Society of Bioethics, expanded with the suggestions received during the conference. The document was built on five fundamental axes: the first is universal access to health; the second is the articulation of networks, taking into account integrality and equity; the third is related to the Economic and Industrial Health Complex (CEIS); the fourth, shared management and social control of the SUS; and the fifth, the management of work and education in health.

To ensure the goal of 100% public health, it is important to resume decent, adequate, stable, and consistent funding. One of the measures is the repeal of Constitutional Amendment No. 95, which currently allocates 60% of the 9.46% of the Gross Domestic Product (GDP) that circulates in health to the private sector, both for health plans and insurances and for medicines that constitute catastrophic expenses. One of the ways to obtain financing is to advance towards obtaining a democratic tax reform that makes it possible to reduce this intolerable inequality existing in the country.

The document also points to a quality care network in service instances, which can contemplate the entire population with respect and dignity. It is necessary to overcome the

bottlenecks of specialized care; to affirm the issue of territory; the Family Health Strategy articulated with the issue of social assistance policies, education, all universal rights policies territorially, producing health and sanitary goals in order to have a decent service to the Brazilian population in all its health needs. Furthermore, if we affirm health as a public good, we cannot have precarious professionals. Health needs to be an attractive career, a dignified public career for all health professionals, so that they have working conditions, with continuing education and qualified training as a way of valuing those professionals who are responsible for the quality of care. Therefore, it is very important to establish a public career in the State for SUS professionals.

With regard to development, the government needs to invest in and expand the Economic and Industrial Health Complex, the country's strategic growth axis. Brazil will only gain with sovereignty and health security when it can have a CEIS with autonomy and greatness to produce its own medicines and make new discoveries (research), to reduce the high costs of imported products. Public policies should privilege knowledge, learning, and, above all, innovation, to strengthen the CEIS, addressing and articulating action strategies that manage to generate a high degree of innovation, high dynamism in terms of growth rate and competitiveness.

Finally, another fundamental axis is that of popular participation. It is essential to deepen and expand the democratic question in this civilizational moment of great political impasse. 'Health is democracy, democracy is health' has always been the motto that guides our activities. Therefore, at this turning point of Brazilian society, of recovery and affirmation of democracy, it is important that it contemplate, in a radical way, a control of society over health policies and actions, with participatory budgeting and organized territories producing life throughout Brazil.

Collaborator

Souto L (0000-0003-2270-8424)* is responsible for writing the manuscript.

References

1. Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Eleições 2022: TSE já recebeu nove registros de candidaturas à Presidência da República. Comunicação TSE. 2022 ago 12. [acesso em 2022 ago 18]. Disponível em: <https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2022/Agosto/eleicoes-2022-tse-ja-recebeu-nove-registros-de-candidaturas-a-presidencia-da-republica>.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Leia a Carta Compromisso da Conferência Livre Democrática e Popular de Saúde Entregue ao Lula. [acesso em 2022 ago 14]. Disponível em: <https://cebes.org.br/carta-compromisso-da-conferencia-livre-democratica-e-popular-de-saude-lula/29492/>.
3. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rede Unida, et al. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19. Frente pela Vida. 2020 jul 15. Versão 2. [acesso em 2022 ago 14]. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP%20COVID-19_v2.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

SUS na mídia em contexto de pandemia

SUS in the media in a pandemic context

Maria Ligia Rangel-S¹, Gabriela Lamego¹, Marcele Paim¹, Antonio Brotas², Arthur Lopes¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213401

RESUMO A pandemia da Covid-19 produziu novas demandas por serviços nos sistemas de saúde no mundo inteiro. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser objeto do interesse dos meios de comunicação, que realizaram esforços de cobertura das ações governamentais e da capacidade do sistema no controle da pandemia. Este estudo objetiva analisar matérias do jornal 'Folha de São Paulo' (FSP), quanto aos sentidos produzidos sobre o SUS na pandemia de Covid-19. Foram analisadas 231 matérias, dentre as 524 publicadas no período de janeiro a maio de 2020, obedecendo aos critérios de inclusão estabelecidos. O *corpus* foi categorizado em quatro sentidos: SUS constitucional, SUS problema, SUS em disputa e SUS atuante. A diversidade de sentidos atribuídos ao SUS aponta a necessidade da ampliação de captura das dimensões do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Meios de comunicação de massas. Hermenêutica. Saúde coletiva.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic has produced new demands for services in healthcare systems around the world. In Brazil, the SUS became the object of interest of the media, which made efforts to cover government actions and the system's capacity to control the pandemic. This study aims to analyze articles from the newspaper 'Folha de São Paulo' (FSP), regarding the meanings produced about the Unified Health System (SUS) in the COVID-19 pandemic. 231 articles were analyzed, among the 524 published in the period from January to May 2020, following the established inclusion criteria. The corpus was categorized in four senses: constitutional SUS, problem SUS, disputed SUS and active SUS. The reflection on the diversity of meanings attributed to the SUS points to the need to expand the capture of the dimensions of the SUS.*

KEYWORDS COVID-19. Mass mídia. Hermeneutic. Public health.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
maria.lirangel@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Gonçalo Moniz (IGM) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)¹ e, em março do mesmo ano, frente à propagação mundial do novo Coronavírus, reconheceu a pandemia de Covid-19. Desde então, mais do que uma crise sanitária, a Covid-19 vem causando uma grande crise global com impactos sociais, econômicos, culturais, ambientais e comunicacionais.

A pandemia foi acompanhada, desde seu início, pela rápida propagação de desinformação, tornando essencial a difusão de informações confiáveis. A cobertura jornalística, e de outros meios de comunicação, assume um papel essencial, na medida em que potencialmente influencia a percepção das pessoas sobre a saúde e, portanto, seus comportamentos de prevenção e busca por serviços nesta área². Assim, a cobertura jornalística deveria ser parte dos esforços para o enfrentamento da pandemia.

No Brasil, a comunicação jornalística sobre saúde afeta a forma como a população percebe seu direito a um sistema de saúde universal e gratuito³, potencialmente possibilitando à população maior entendimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), saúde pública e processos de saúde-doença.

Nessa perspectiva, para compreender a atuação dos meios de comunicação na disputa de sentidos sobre a saúde, torna-se relevante estudar narrativas e práticas midiáticas em torno da saúde, considerando os sentidos que produzem, argumentos aos quais recorrem, fontes que utilizam e imagens que constroem, ou seja, o entendimento da mediação dos meios de comunicação.

Esta investigação tem por objetivo identificar e analisar os sentidos produzidos pela ‘Folha de São Paulo’ (FSP) sobre o SUS na pandemia de Covid-19, em um corpus constituído pelas publicações realizadas entre os meses de janeiro e maio de 2020. Trata-se de um jornal de grande circulação nacional,

que impacta na discussão pública no Brasil⁴. Assim, o Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), através do seu Eixo Mídia e Saúde, cujas pesquisas integram o projeto ‘Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia de Covid-19 (2020-2022)’, investigou as narrativas divulgadas nos quatro meses iniciais do advento da Covid-19 no País.

Perspectivas teóricas

Para a análise dos sentidos, recorre-se, neste estudo qualitativo, a uma revisão de literatura, observando-se que várias perspectivas analíticas permitem explorar os sentidos da narrativa jornalística: a análise interpretativa, em que o leitor se põe no lugar do autor do texto, observando seus movimentos e as questões que o texto busca responder, na direção ao seu horizonte de expectativas⁵ da análise do enredo, dos recursos de linguagem que compõem a narrativa, da interação autor-leitor, e da análise dos argumentos estruturados no texto, sendo este o seu *locus* privilegiado⁶. No trabalho de interpretação dos sentidos, afirma Ricoeur⁶, o que se quer compreender em um texto não é o evento, mas a sua significação, isto é, se todo discurso é um ato, um evento, o que se pode dele apreender e compreender é a significação ou o sentido e não a intenção. Ainda, segundo Critelli⁷⁽¹³²⁾, o sentido é, “[...] mais um rumo que apela, uma solicitação que se faz ouvir, um apelo obstinado que se insinua e persegue”. Difere do significado pois, este “[...] é directo, literal, explícito, fechado em si mesmo, unívoco [...]”, enquanto o texto “[...] ferveilha de sentidos segundos, terceiros e quartos [...]”⁸⁽¹³⁵⁾.

Dessa compreensão da complexidade da produção e análise dos sentidos em uma narrativa, busca-se, neste estudo, o conteúdo proposicional, o ‘dito’ do discurso sobre o SUS no texto jornalístico, olhando para onde aponta, qual é a direção do horizonte de expectativa do leitor. São sentidos que se apresentam,

com maior evidência, em seu conteúdo proposicional, que ‘saltam aos olhos’ do leitor, como objeto principal, núcleo semântico, e sustentado por tal/is ou qual/is argumento/s. Parte-se do entendimento do texto jornalístico como discurso, ao refletir sobre os ditos e os não ditos na linguagem, ou ainda, o que se privilegia e o que se silencia⁹.

Ademais, uma revisão da literatura científica sobre o SUS compôs a referência para a análise dos sentidos, compreendendo significação como sentido e referência⁶. Com foco nos avanços, dificuldades e retrocessos no processo de Reforma Sanitária no Brasil, ao longo dos 30 anos de criação do SUS, foram elencadas três categorias que definem o SUS nessa literatura:

1) O SUS constitucional, em que o conteúdo proposicional da narrativa evidencia o SUS como direito da sociedade, conquistado mediante lutas sociais que se inscreveram na Carta Constitucional de 1988, portanto, uma política de Estado^{10,11} apontando para um horizonte de sentido do SUS como direito universal à saúde e de um SUS que é estratégico para o enfrentamento dos problemas de saúde da população¹².

2) O SUS que apresenta problemas e desafios, em que a narrativa destaca um sistema que convive historicamente com desafios da gestão¹⁴, sub-financiamento^{12,14} e mesmo o desfinanciamento¹⁵, gerando distorção do princípio da universalidade e restringindo-o a atender aos pobres^{16,10} e o acesso desigual aos seus serviços¹⁷.

3) Um SUS que é um campo de disputa, em que o núcleo semântico da narrativa se refere à disputa de poder em torno do modelo de atenção, ainda tensionado pelo tradicional modelo privatista-hospitalocêntrico e o sanitário, que antecederam a criação do SUS¹⁸, assim como do modelo de gestão^{19,20} e relação público-privado.

Optou-se ainda, neste estudo, por observar e capturar novas categorias contendo definições emergentes para o SUS.

Material e métodos

A metodologia consistiu na análise documental de textos publicados no *site* da FSP. Para a busca, foi utilizado o descritor “SUS”, no período de 01 de novembro de 2019 a 06 de maio de 2020, quando foi iniciado o estudo. Foram encontrados 702 textos e foi identificado que a primeira publicação do referido jornal sobre o novo coronavírus, nesse corpus, se deu em 22 de janeiro de 2020. Todos os textos anteriores a essa publicação foram excluídos do estudo, totalizando 524 para a investigação. Procedeu-se a leitura integral destes, seguida da aplicação de um instrumento de produção de dados, utilizando a plataforma Google Forms e contendo 13 perguntas norteadoras, com o objetivo de identificar, no dito do discurso, ou conteúdo proposicional, os sentidos atribuídos ao SUS e orientar a análise.

Foram incluídos todos os textos que sugeriam a atribuição de sentido ao SUS, ainda que este não fosse o objeto principal da publicação, utilizando-se como critérios de exclusão: aqueles que não sugeriam sentido sobre SUS; outros que apenas citavam o SUS sem desenvolver uma narrativa; e ainda os que abordavam o SUS fora do contexto da pandemia, painel do leitor e matérias duplicadas.

Após o preenchimento dos formulários, as respostas foram compiladas na ferramenta Data Studio do Google para a análise e, mediante uma primeira leitura, foram identificados os sentidos primeiros, ou seja, aqueles encontrados como objeto central do texto, correspondendo a uma das categorias oriundas da literatura de referência. Além deles, foi identificado mais um sentido nas narrativas em contexto de pandemia, que refere ao SUS de forma atuante, que busca soluções, mobiliza atores e atrai cooperação da sociedade.

Assim, adotou-se para uma leitura aprofundada, as seguintes categorias: a) o SUS constitucional, referente ao direito universal à saúde definido na Constituição Federal, e entendido como estratégico para o enfrentamento da pandemia; b) o SUS problema, devido ao subfinanciamento, ineficiência na gestão, desigualdade de acesso, à ameaça de colapso; c) O SUS em disputa entre entes federativos e políticos, em disputa de poder, na tensão entre os segmentos público e privado do sistema de saúde e; d) SUS atuante, que emergiu dos dados como categoria empírica, expressando o esforço de profissionais e gestores no combate à pandemia, com destaque às ações concretas do SUS nos âmbitos dos diversos níveis de atenção, da criatividade, inovação e cooperação com a iniciativa privada. Ou seja, publicações que mostraram o SUS combatente, atuante, que vai à luta.

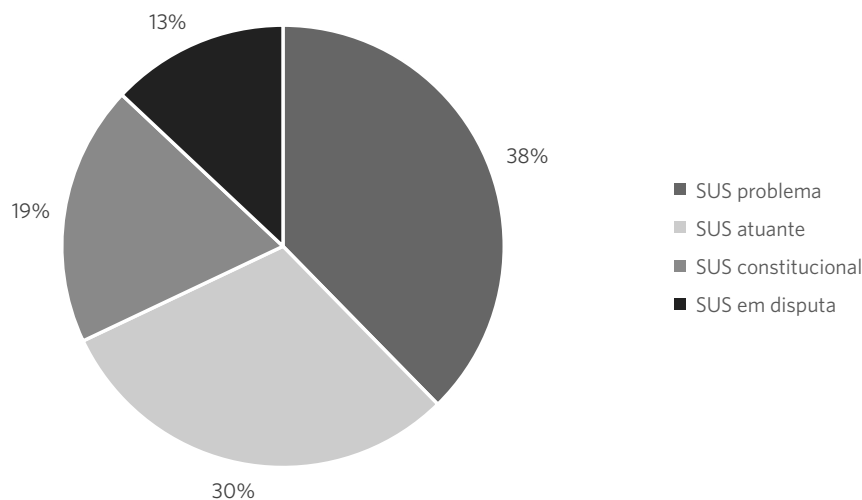
A metodologia contemplou ainda a validação das categorias entre os pesquisadores, de modo a confirmar ou redesignar o texto a uma outra categoria, de acordo com o sentido interpretado pelos pesquisadores em diálogo. Assinala-se que os textos são repletos de sentidos, dos quais os predominantes foram categorizados.

Para a análise dos sentidos nos textos, observou-se, além do conteúdo proposicional, dispositivos verbais, e buscou-se interpretar o horizonte de expectativas para onde o texto apontava.

Resultados

Do conjunto de 524, 231 textos atenderam aos critérios estabelecidos e foram analisados, a partir das quatro categorias já mencionadas.

Gráfico 1. Percentual de matérias conforme os sentidos

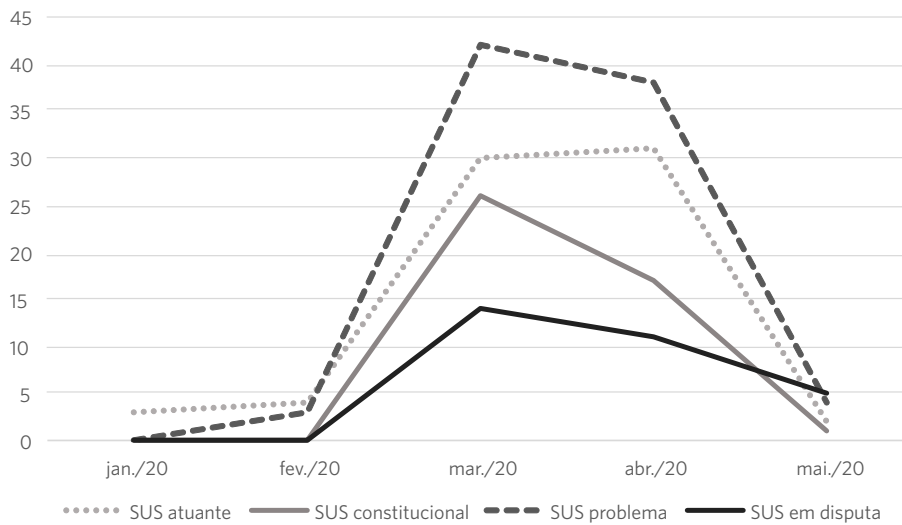


Fonte: Elaboração própria.

A distribuição temporal dos textos jornalísticos é mostrada no *gráfico 2*: 1,3% em janeiro; 3% em fevereiro; 48,7% em março; 41,8% em abril; e 5,2% em maio. Observa-se que o maior

número de publicações ocorreu no período após o anúncio da declaração oficial da pandemia pela OMS, que desencadeou acontecimentos políticos, econômicos e sociais.

Gráfico 2. Publicações conforme categorias em função do tempo



Fonte: Elaboração própria.

SUS constitucional

A categoria SUS constitucional corresponde a 19% (44) do conjunto de textos analisados, referindo-se ao (i) direito universal à saúde e ao (ii) caráter estratégico do SUS para fazer frente à pandemia, em, respectivamente, 32 e 12 textos.

No contexto da emergência sanitária, em alguns artigos, ex-ministros, empresários e organizações (não governamentais e partidárias) são as vozes que, na narrativa, exaltam a relevância das redes e dos profissionais de saúde, mantendo um SUS vivo. Destaca-se, na matéria intitulada ‘Luzes de esperança em meio a pandemia’²¹, o trecho a seguir:

O papel do poder público tem sido reconhecido mesmo pelos economistas liberais, mostrando que precisamos de um Estado que funcione bem e não de um Estado mínimo. O SUS tornou-se um xodó nacional, saudado como o único sistema universal de saúde em países capitalistas com mais de 100 milhões de habitantes.

Outras matérias alertam para o esquecimento do SUS ao longo dos anos e que este se mostra, na crise sanitária, como o principal recurso do País para o controle da pandemia, como se vê no artigo ‘Miopia orçamentária’, assinado por Delfim Neto²², ex-ministro da economia durante a ditadura militar:

Temos um dos melhores seguros saúde do mundo - o SUS, universal e pago por todos. Espalhado pelo território nacional, é responsabilidade de todos os níveis de governo. Infelizmente, falhamos na tarefa mais urgente: a de equipá-lo adequadamente, importando, enquanto havia disponibilidade, o que fosse necessário.

Já o artigo ‘Suspender confinamento antes da hora pode inviabilizar programa de testes, diz OCDE’²³ destaca a história e o acúmulo de experiência do SUS, que o torna um sistema potente a ser fortalecido.

Mas, a posição do Presidente da República de negar a pandemia e desresponsabilizar

o Estado pelo seu enfrentamento torna-se um fato de grande repercussão no jornal, a exemplo da matéria de 12/02/2020, intitulada ‘Providência diante de crise é atenuar arrogância e Bolsonaro faz o oposto, diz Ciro’²⁴, na qual o ex-ministro Ciro Gomes tece críticas em relação à conduta do atual Presidente da República, no que se refere às respostas dadas à crise de saúde e econômica engendrada pela pandemia Covid-19, ao passo que nomeia o SUS, de forma a exaltá-lo, juntamente com as universidades, para conter o vírus no País.

Destaca-se ainda o texto intitulado ‘Fortalecimento do Estado depois da pandemia não está garantido’²⁵ que discute as perspectivas do SUS no período pós crise sanitária, reconhecendo que a

[...] pandemia de coronavírus produziu um consenso incomum em torno da importância de sistemas nacionais de saúde e da ampliação de investimento públicos. Atual revalorização de políticas públicas, no entanto, pode ser interrompida com retorno de discursos contra o Estado.

O caráter estratégico do SUS é relacionado à esperança no seu potencial para enfrentar a crise e é realçado em notícias que reconhecem a importância do SUS no controle da pandemia da Covid-19, inscrevendo-o numa lógica de incitação à sua defesa, reforçando assim a sua relevância e a necessidade do fortalecimento da rede de atenção à saúde, destacando o SUS como uma ‘vantagem’ frente à emergência sanitária mundial.

Essa narrativa se faz presente na mídia estudada no período de janeiro a maio de 2020, com o maior pico do período estudado no dia 25/03/2020, quando quatro textos jornalísticos foram publicados com ênfase neste conteúdo. Destaca-se, entre elas, o artigo ‘A pandemia é uma oportunidade para acelerar ou aniquilar o projeto autocrático’²⁶, em que o autor tece críticas à Jair Bolsonaro, sobretudo à sua gestão e postura negacionista, afirmando que “A crise é factual, visível e infecciosa demais. Demanda ciência e cientistas, Estado

e SUS, inteligência e honestidade”²⁶, posicionado, dessa forma, o SUS como necessário para fazer efetivo enfrentamento contra a atual crise sanitária.

Desse modo, o SUS, tal como inscrito na Constituição Federal de 1988, um direito de todos e um dever do Estado, ganha visibilidade na mídia no período da pandemia, deixando, no horizonte de expectativa, que sua existência e fortalecimento são necessidades da sociedade brasileira.

SUS problema

O sentido do SUS problema e seus desafios ficaram evidentes nos textos que associavam o SUS a falhas, má gestão ou ineficiência, colapso, além dos já estabelecidos na literatura, subfinanciamento e desigualdade, que se configuram como desafios para o enfrentamento da pandemia. Esse sentido foi interpretado em 87 (37,7%) textos, o maior número dentre os que compõem o corpus desta pesquisa.

O significativo colapso aparece indexado ao SUS de modo recorrente, surgindo, pela primeira vez na linha do tempo, em um artigo publicado em 27/02/2020, intitulado ‘O que acontece agora que o Brasil tem seu primeiro caso de coronavírus?’²⁷, na chegada do vírus ao País. Desde então, já se questiona a capacidade de infraestrutura do SUS para atender a toda a população, tanto no nível hospitalar quanto nos serviços da rede atenção básica, cuja capilaridade é insuficiente para dar resposta à crise sanitária, ressentindo-se o País das condições necessárias de resposta à emergência sanitária, cujo controle está condicionado ao número de doentes graves e à adoção de um conjunto de medidas de prevenção nesse cenário.

A ameaça de um colapso do SUS²⁸ ocupou um espaço significativo nas narrativas produzidas acerca da pandemia do Covid-19, nos primeiros cinco meses de notícias veiculadas na FSP. Os termos ‘colapso’ e ‘sobrecarga’ foram mencionados como referências ao sistema de saúde e estiveram presentes em grande parte dos textos.

Os argumentos utilizados nesses textos são, principalmente, as altas taxas de ocupação de leitos hospitalares em municípios brasileiros e a importância da adoção de estratégias necessárias para mitigar o colapso do sistema: o isolamento social, o aumento do número de testes, a abertura de novos leitos e a compra de equipamentos de proteção individual e outros necessários para a atenção hospitalar dos casos mais graves, como os respiradores.

Algumas notícias²⁹⁻³¹ abordam a dimensão econômica do colapso do sistema de saúde, ressaltando a necessidade de maior aporte de recursos financeiro para o SUS, previsões dos gastos com a atenção de alta complexidade aos pacientes com Covid-19 e os impactos futuros do coronavírus no sistema público de saúde.

Ainda, o sentido do colapso do SUS foi acionado em um terceiro grupo de textos que abordaram grupos sociais historicamente vulneráveis ou que terão acentuada essa situação em um contexto de falência do sistema, por dependerem exclusivamente do SUS, ou ainda, abordaram como a pandemia contribuirá para o acirramento das desigualdades na sociedade brasileira, como é caso das empregadas domésticas e dos entregadores de serviço de *delivery*.

O SUS é um dos melhores sistemas de saúde do mundo, porém não aguentará a quantidade de pessoas que precisarão dele. As domésticas não têm opção, como alguns profissionais, de trabalhar em home office. Isolamento social é privilégio³².

Enfim, na maioria dos textos que compõem o corpus da pesquisa, a ameaça de colapso é acompanhada, nas narrativas, de manifestações de diferentes atores sociais em defesa do SUS: sua valorização como um direito universal à saúde; o reconhecimento do seu subfinanciamento histórico; e da necessidade de esforços conjuntos para o fortalecimento do sistema, em um contexto de pandemia e diante de uma ameaça real de colapso. Em 13/04/2020, em matéria que reúne entrevistas, intitulada ‘Coronavírus deixará herança

amarga para ser resolvida, dizem especialistas’³³, um representante de organização humanitária afirma que

[...] será necessário rever um modelo de ajuste fiscal que reduziu políticas de assistência social e recursos para educação e saúde. Em relação a esse último ponto, ela afirma que o SUS (Sistema Único de Saúde), que atende cerca de 75% da população brasileira, corre o risco de colapsar por conta da crise atual e ficará sobrecarregado posteriormente por conta dos milhares de procedimentos que estão sendo adiados.

O subfinanciamento do SUS aparece em 22 textos analisados como problema crônico desde a implantação do sistema, e que vem se agravando ao longo dos anos, acentuado pela Emenda Constitucional 95. Como consequência, diante da pandemia da Covid-19, o SUS apresenta limitações de seu potencial em responder às demandas sanitárias da população brasileira, a exemplo do artigo ‘Coronavírus chega ao STF e se acumula a outras crises já instaladas no País’³⁴.

A matéria intitulada ‘Incentivar o isolamento social significa valorizar a vida, a saúde e o respeito’³⁵, publicada em 26/03/2020, registra:

Sabemos que o SUS, a princípio um trunfo, padece de subfinanciamento crônico, agravado pelo recente desfinanciamento, comprometendo áreas estratégicas. Para aumentar a testagem, precisamos fortalecer a atenção básica, as vigilâncias epidemiológica e sanitária, além da assistência médica e multiprofissional para o atendimento dos doentes.

Ainda com relação aos problemas do SUS evidenciados pela FSP, a questão da desigualdade é relacionada às dificuldades de acesso ao sistema de saúde por grupos populacionais distintos – a população negra, idosos e os mais pobres, que, nesse contexto, se tornam ainda mais vulneráveis; à distribuição desigual dos serviços de saúde nas regiões brasileiras,

sudeste-norte, e nas cidades, entre o centro e a periferia.

Interessante notar que, ainda que se observe o sentido de SUS problema, no horizonte de expectativa, parece estar não uma perspectiva de que o mesmo é ineficiente, mas, ao contrário, o que se percebe é uma crítica ao subfinanciamento que restringe a atuação do sistema.

SUS em disputa

As disputas que permeiam o processo de construção e fortalecimento do SUS, com seus avanços e retrocessos, ganham relevo e se acentuam no corpus analisado. A disputa de poder que envolve esse processo foi observada em um conjunto de narrativas que mostram tensões entre gestores dos diversos níveis da federação. Este sentido esteve presente em um total de 30 (13%) dos textos estudados.

Como exemplo dessa disputa de narrativas sobre as ações do SUS frente à pandemia, há a matéria ‘Mandetta diz que quarentena total será desastre e critica carreatas’³⁶, de 28/03/2020, em que o então ministro descarta o isolamento vertical (restrito a grupos de risco) e o *lockdown*, “interdição total do sistema econômico e social, adotado em países como a Itália”, classificando-o como um desastre para todo o País, ao mesmo tempo em que critica as carreatas dos apoiadores do presidente contrários a qualquer medida restritiva.

A tensão que se dá em torno do tratamento medicamentoso, como no caso da Cloroquina, defendida por Bolsonaro e criticada por Mandetta, é também mostrada na FSP, na mesma matéria, em que este último afirma: “Cloroquina não é panaceia. Não é o remédio que veio para salvar a humanidade”³⁶.

No que concerne à comparação entre os sistemas de saúde público e privado, o SUS é referido, geralmente, em uma lógica discursiva que constrói a imagem do sistema privado mais eficiente, com mais recursos e com menos problemas do que o SUS. As comparações são feitas, frequentemente, utilizando métricas

quantitativas em relação ao número de leitos, ocupação de vagas, ou insumos, enquanto as tensões são noticiadas em contextos de disputa por financiamento, por insumos, pela relevância na oferta de serviços de saúde e em torno da proposta da fila única, bem como da tomada compulsória de leitos e equipamentos da iniciativa privada para o SUS.

Na notícia publicada em 06/05/2020, intitulada ‘Teich critica ‘tomada’ de UTIs da rede privada e pede solução com cooperação’³⁷, o então Ministro da Saúde posiciona-se contra ao caráter coercitivo em relação à aquisição de leitos provenientes da iniciativa privada, em vista que “Com a falta de leitos de UTI na rede pública, hospitais privados em alguns pontos do País têm sido obrigados pela Justiça a abrir vagas a pacientes do SUS sem qualquer remuneração”, pontua.

O sentido do SUS em disputa revela conflitos internos ao governo, em que grupos que ocupam o poder de comando do País são representantes dos interesses privados no setor saúde. De um lado, defender o SUS (Mandetta), ou defender o setor privado (Teich), são duas faces de um mesmo problema: a valorização do SUS em momentos de crise sanitária, para assistir populações pobres. De um lado, um ministro vestiu, literalmente, a ‘camisa’ do SUS e acabou derrotado, enquanto, de outro lado, o ministro que o substituiu, saiu em defesa do setor privado, que não deveria ser coagido a abrir vagas para atender aos ‘pacientes do SUS’.

SUS atuante

O sentido SUS atuante surge, no corpus, em um total de 70 (30,3%) textos, relacionado com o contexto da pandemia da Covid-19, e enfatizam as ações de luta, de criatividade, inovação e que despertam a esperança e a cooperação da sociedade e até mesmo do setor privado. São matérias que destacam ações e esforços dos profissionais e gestores do SUS no combate à pandemia.

Esse sentido está entre os mais presentes nos textos analisados, especialmente quanto à indexação do SUS ao significante ‘luta’,

entendida como disputa entre diferentes projetos do SUS na sociedade³⁸, bem como remete ao contexto de mobilizações coletivas. O mesmo sentido aparece em um conjunto de textos que trazem narrativas construídas para informar acerca das ações, já efetivamente implementadas ou em curso de execução, direcionadas ao fortalecimento do SUS nos diversos níveis de atenção. Caracteriza-se, desta forma, pela presença de dispositivos, sobretudo verbais, nos textos que o compõem, tais quais ‘comprar’, ‘adquirir’, ‘testar’ ‘trabalhar para’, ‘garantir’, ‘ampliar’, ‘parceria’, ‘contratar’, ‘novos testes’ e ‘novos leitos’.

‘Tudo o que você precisa saber sobre o novo coronavírus Sars-CoV-2’³⁹ é o título da primeira matéria que evidencia esse sentido. Publicada em 22/01/20, um dia após a OMS sinalizar o caráter de alto risco da pandemia, informa acerca do que já se sabia até então sobre o novo vírus, e menciona o SUS em meio aos esforços da gestão em adquirir insumos e medicamentos para os hospitais públicos.

No noticiamento das iniciativas resultantes da cooperação entre os subsistemas público e privado, universidades e sociedade civil, os textos mostram ações de cooperação, em narrativas que traduzem o caráter complementar da participação da iniciativa privada no SUS. São também destacadas doações e trabalhos voluntários direcionados ao fortalecimento dos hospitais públicos, a disponibilização e expansão de leitos SUS provenientes de hospitais filantrópicos e Santa Casas, e a incitação ao apoio e fortalecimento do SUS pelo setor produtivo brasileiro, nomeadamente das indústrias e universidades.

A criatividade, a improvisação e a solidariedade surgem para cooperar na resposta às necessidades e demandas por equipamentos. A exemplo da notícia do dia 01 de abril de 2020, sob o título ‘Máscaras de mergulho serão usadas no tratamento de pacientes com coronavírus’⁴⁰, em que se anuncia o uso de máscaras de mergulho adaptadas para encaixe de respiradores artificiais, a fim de serem

usadas no tratamento da Covid-19, concretizada através da cooperação entre entidades privadas.

Ainda, produziram-se notícias sobre novas ferramentas, serviços e insumos lançados pela gestão do SUS, estadual ou federal, de forma inovadora e criativa, para responder aos desafios engendrados pela pandemia. A exemplo de matérias sobre serviços de ligações automáticas e do aplicativo Coronavírus SUS criados pelo Ministério da Saúde (MS), como também sobre novo *kit* de diagnóstico Covid-19, desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Há, na produção do sentido SUS atuante, um certo ineditismo da cobertura jornalística sobre o sistema. Não é comum que a experiência de luta cotidiana dos trabalhadores do SUS ganhe alguma visibilidade nas mídias. Em grande parte, o SUS tem se sustentado, ao longo dos anos, pelo esforço militante de gestores e profissionais de saúde, que dão continuidade à ininterrupta luta pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciada na década de 1970.

Discussão

Estudos dedicados à cobertura jornalística têm apontado a sistemática associação do SUS a falhas^{3,41}, estimulando e mantendo a percepção de um SUS ineficiente ao longo dos seus 30 anos de existência. Alguns estudos^{42,43} apontam que publicações jornalísticas sobre o SUS destacam a insuficiência de respostas aos problemas de saúde da população e a incompetência das autoridades sanitárias brasileiras.

A questão da responsabilidade do Estado pela saúde da população mostra-se presente neste corpus. Entretanto, cabe ressaltar que o período da emergência sanitária cursa com um governo que nega a pandemia e a ciência, não reconhece o direito à saúde e à vida e desmobiliza, desde seu início, qualquer ação de proteção e prevenção cientificamente

comprovadas, seja individual ou coletiva⁴⁴. Essa postura, do ponto de vista ético, moral e sanitário, parece ferir, de algum modo, os interesses da FSP, que modifica sua narrativa sobre o SUS.

Nesse sentido, a cobertura da FSP abre espaço para narrativas em defesa do SUS constitucional, do direito à saúde, deixando clara as vantagens de um sistema universal de atenção à saúde, em especial em crises sanitárias de abrangência mundial, e dá lugar a vozes de profissionais e gestores de saúde que lutam com criatividade, buscando soluções e atraindo cooperação, solidariedade e o crescente reconhecimento da sociedade brasileira a esse grande sistema de saúde construído a duras penas em amplos e extensos processos democráticos.

A despeito da ausência de visibilidade do Conselho Nacional de Saúde e demais instâncias de gestão do SUS, mostra-se um SUS ativo, movido por atores que lutam para fazê-lo operar em resposta à emergência sanitária.

O início da cobertura jornalística da FSP acerca da pandemia Covid-19, ocorreu no mês de janeiro, acionando o sentido do SUS indexado ao significante luta. Talvez este possa ser considerado como ‘ponto de virada’ da visão do jornal, que se orienta para a resignificação do SUS problema preponderante nesse jornal e já descrito na literatura⁴¹.

O que é problemático, nesse novo contexto, se relaciona à pandemia, evidenciando, de um lado, a ameaça de um SUS colapsado – sentido acionado em numerosas matérias – e, de outro lado, o SUS que vai à luta, referente às ações de gestores e trabalhadores do SUS para dar conta de enfrentar a pandemia.

De todo modo, a cobertura da FSP para o SUS, no contexto da pandemia, acionou o sentido de SUS problema, não mais mobilizando apenas o SUS colapsado, mas, dando visibilidade aos ricos e, por vezes, bem-sucedidos esforços realizados na sociedade para responder aos desafios impostos pela atual crise sanitária.

Considerações finais

O estudo mostra a diversidade de sentidos que são atribuídos ao SUS na sociedade brasileira, que são, de todo modo, repercutidos nos textos analisados. Se, em outras conjunturas, a grande mídia, como outros atores sociais, desvalorizaram o SUS, a emergência sanitária dada pela pandemia da Covid-19, com toda a dramaticidade e incertezas que a acompanharam, mobilizou outros olhares e perspectivas que reclamam pelo direito à saúde, a necessidade de investimentos e fortalecimento, e mesmo o seu reconhecimento como patrimônio nacional.

A valorização do SUS pela FSP como um sistema de direito universal à saúde, durante o período da pandemia do novo coronavírus, contribuiu para compreender a possibilidade de ampliação do escopo da visão da sociedade sobre o SUS através da mídia, deslocando o olhar de efeitos de problemas estruturais, para suas causas, como o subfinanciamento crônico. O estudo dos textos da FSP reafirmou o entendimento da importância da circulação de sentidos sobre o SUS na sociedade, aproximando-o ao projeto inscrito na Constituição de 1988, de caráter universal e participativo. Ao possibilitar a visibilidade à capacidade de resposta do sistema à pandemia, por sua capilaridade em todas as regiões do País; à estrutura de serviços diversificados para a assistência à saúde; e aos programas e políticas de saúde e sua vinculação com diversos segmentos sociais em defesa da cidadania e do SUS, a cobertura jornalística se mostra uma ação política, dinâmica, viva que exerce papel crucial.

Futuras investigações sobre a cobertura jornalística acerca do SUS no contexto da pandemia, e também frente a outras problemáticas sanitárias, são relevantes para produzir análises da mídia impressa brasileira, mostrando a pluralidade de sentidos acerca do SUS existente na sociedade. Ainda, ressalta-se a necessidade do jornalismo ampliar sua cobertura, de modo a ser capaz de capturar as diversas dimensões do SUS, para além das suas fragilidades, e oferecer à sociedade a visão desse grande empreendimento histórico,

reconhecido como a política social em saúde mais inclusiva do mundo.

Agradecimentos

Agradecemos às pesquisadoras Daniela da Silva Baumgarten, Gessinayde da Silva Queiroz e Marta Cristina Rocha Costa pela colaboração na realização deste trabalho.

Colaboradores

Rangel-S ML (0000-0001-7340-3132)* coordenou a pesquisa e produção do artigo,

contribuiu para produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. Lamego G (0000-0002-5600-6765)* e Paim M (0000-0002-3065-2144)* contribuíram para elaboração da proposta do artigo, participaram da produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Brotas A (0000-0001-8438-2445)* e Lopes A (0000-0001-9137-3184)* contribuíram para produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. OPAS. [acesso em 2022 jul 22]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.
2. Taberner JS, Leite PC, Cutait MM, et al. A influência da mídia nos atendimentos cardiológicos de urgência: O caso Bussunda. *Rev Assoc Med Bras*. 2007 [acesso em 2021 jul 22]; 53(4):335-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/CvT6r8MNbbWds-vWtvvWGGLH/>.
3. Cardoso JM, Rocha RL. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2022 jul 22]; 23(6):1871-1879. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pTXBdCDZGJGbpX93xQd3gGK/>.
4. Folha é o jornal mais nacional do país e o de maior audiência e circulação. *A Folha de São Paulo*. 2021 mar 27. [acesso 2022 jul 22]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2021/03/folha-e-o-jornal-mais-nacional-e-o-de-maior-audiencia-e-circulacao.shtml>.
5. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes; 1997.
6. Ricoeur P. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 2009.
7. Critelli DM. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: Brasiliense; 1996.
8. Saramago J. Todos os nomes. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Cavalcante CC. Os sentidos do Sistema Único de Saúde na mídia impressa do Ceará um estudo do jornal O Diário do Nordeste. 2014. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
10. Teixeira CF, Souza LEP, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 121-137.
11. Ciarlini ALA. Direito à saúde e respeito à Constituição. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-100. [acesso em 2020 jul 31]. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf#page=24>.
12. Santos NR. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. Ciênc. Saúde Colet. 2007 [acesso em 2022 jul 22]; 12(2):429-435. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/429-435/pt>.
13. Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 24-47. [acesso em 2020 dez 31]. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf#page=24>.
14. Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde debate. 2015 [acesso em 2021 out 10]; 39(105):491-505. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n105/491-505/pt>.
15. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública: austeridade versus universalidade. Saúde debate. 2019 [acesso em 2021 out 10]; 43(5):58-70. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/pt>.
16. Paim JS. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
17. Cordeiro HA, Conill EM, Santos IS, et al. Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 129-151. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/GC-2010-RL-LIVRO%20CEBES-2011.pdf#page=24>.
18. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 287-301.
19. Ibanez NE, Vecina Neto G. Modelos de gestão e o SUS. Ciênc. Saúde Colet. 2007 [acesso em 2021 dez 31]; 12(supl):1831-1840. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700006&lng=en&nrm=iso.
20. Mendes JMR, Garcia MLT, Oliveira EFA, et al. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. Text. Cont. 2011 [acesso em 2021 out 10]; 10(2):331-344. Disponível em: <https://www.re-dalyc.org/pdf/3215/321527169011.pdf>.
21. Boudunki N. Luzes de esperança em meio a pandemia. A Folha de São Paulo. 2020 mar 30. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/nabil-bonduki/2020/03/luzes-de-esperanca-em-meio-a-pandemia.shtml>.
22. Netto AD. Miopia orçamentária. A Folha de São Paulo. 2020 maio 6. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/antoniodelfim/2020/05/miopia-orcamentaria.shtml>.
23. Pinto AES. Suspende confinamento antes da hora pode inviabilizar programa de testes, diz OCDE. A Folha de São Paulo. 2020 abr 20. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/suspende-confinamento->

[-antes-da-hora-pode-inviabilizar-programa-de-tes-tes-diz-ocde.shtml](#).

[-podem-entrar-em-fase-de-aceleracao-descontrolada-do-coronavirus-diz-ministerio.shtml](#).

24. Linhares C. 'Providência diante de crise é atenuar arrogância e Bolsonaro faz o oposto', diz Ciro. A Folha de São Paulo. 2020 mar 12; Política. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/providencia-diante-de-crise-e-atenuar-arrogancia-e-bolsonaro-faz-o-oposto-diz-ciro.shtml>.
25. Bucci MPD. Fortalecimento do Estado depois da pandemia não está garantido. A Folha de São Paulo. 2020 abr 20. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2020/04/fortalecimento-do-estado-depois-da-pandemia-nao-esta-garantido.shtml>.
26. Mendes CH. A pandemia é uma oportunidade para acelerar ou aniquilar o projeto autocrático. A Folha de São Paulo. 2020 mar 25. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/conrado-hubner-mendes/2020/03/a-pandemia-e-uma-oportunidade-para-acelerar-ou-aniquilar-o-projeto-autocratico.shtml>.
27. Varella D. O que acontece agora que o Brasil tem seu primeiro caso de coronavírus? A Folha de São Paulo. 2020 fev 27. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/2020/02/o-que-acontece-agora-que-o-brasil-tem-seu-primeiro-caso-de-coronavirus.shtml>.
28. Colluci C. 'SP terá que fazer uma gestão de leitos de UTI para que o sistema não entre em colapso', diz David Uip. A Folha de São Paulo. 2020 mar 19. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/sp-tera-que-fazer-uma-gestao-de-leitos-de-uti-para-que-o-sistema-nao-entre-em-colapso-diz-david-uip.shtml>.
29. Cancian N. SP, Rio, DF, Ceará e AM podem entrar em fase de aceleração descontrolada do coronavírus. A Folha de São Paulo. 2020 abr 4. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/04/sp-rio-ceara-df-e-am-podem-entrar-em-fase-de-aceleracao-descontrolada-do-coronavirus-diz-ministerio.shtml>.
30. Pasquini P. UTIs de hospitais públicos de SP chegam perto da capacidade total. A Folha de São Paulo. 2020 abr 17; Saúde. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/04/utis-de-hospitais-publicos-de-sp-chegam-perto-da-capacidade-total.shtml>.
31. Canzian F. No ritmo atual, as UTIs podem lotar na segunda quinzena de maio. A Folha de São Paulo. 2020 abr 8. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/no-ritmo-atual-utis-podem-lotar-na-primeira-quinzena-de-maio.shtml>.
32. Rara P. Quem cuida de quem sempre esteve no lugar de cuidar. A Folha de São Paulo. 2020 mar 25. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2020/03/quem-cuida-de-quem-sempre-esteve-no-lugar-de-cuidar.shtml>.
33. Cucolo E. Coronavírus deixará herança amarga para ser resolvida, dizem especialistas. A Folha de São Paulo. 2020 abr 13. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/04/coronavirus-deixara-heranca-amarga-para-ser-resolvida-dizem-especialistas.shtml>.
34. Machado E. Coronavírus chega ao STF e se acumula a outras crises já instaladas no país. A Folha de São Paulo. 2020 mar 19. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/coronavirus-chega-ao-stf-e-se-acumula-a-outras-criSES-ja-instaladas-no-pais.shtml>.
35. Teixeira RR, França-Junior I. Incentivar o isolamento social significa valorizar a vida, a saúde e o respeito. A Folha de São Paulo. 2020 mar 26. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/03/incentivar-o-isolamento-social-significa-valorizar-a-vida-a-saude-e-o-respeito.shtml>.
36. Onofre R, Garcia L. Mandetta diz que quarentena total será desastre e crítica carreatas. A Folha de São

- Paulo. 2020 mar 28. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/mandetta-diz-que-quarentena-total-e-desastre-e-critica-carreatas.shtml>.
37. Coletta RD, Cancian N. Teich critica 'tomada' de UTIs da rede privada e pede solução com cooperação. A Folha de São Paulo. 2020 maio 6. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/teich-critica-tomada-de-utis-da-rede-privada-e-pede-solucao-com-cooperacao.shtml>.
38. Souza LEPE, Paim JS, Teixeira CF, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [acesso em 2021 out 10]; 24(8):2783-2792. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019v24n8/2783-2792/pt/>.
39. Tudo o que você precisa saber sobre o novo coronavírus Sars-CoV-2. A Folha de São Paulo. 2020 jan 22. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/01/veja-o-que-se-sabe-ate-agora-sobre-o-coronavirus-chines.shtml>.
40. Trindade L. Máscaras de mergulho serão usadas no tratamento de pacientes com coronavírus. A Folha de São Paulo. 2020 abr 1. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/mascaras-de-mergulho-serao-usadas-no-tratamento-de-pacientes-com-coronavirus.shtml>.
41. Silva GM, Rasera EF. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* 2014 [acesso em 2022 jun 20]; 21(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/39MMgrRqVhbvWsVFzNzQ4hN/abstract/?lang=pt>.
42. Castanheira D, Faulhaber C, Gerschman S. O papel da mídia na construção da agenda governamental para o SUS no Rio de Janeiro. *RECIIS (Online).* 2018 [acesso em 2021 out 10]; 12(3):292-309. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1455/2227>.
43. Menezes K. As representações do SUS na mídia. *Rep. Soc. Com.: dial. constr.* 2015; (117).
44. Recuero R. Desinformação, mídia social e COVID-19 no Brasil. Relatório, resultados e estratégias de combate. Pelotas: MIDIARS; 2021. [acesso em 2022 jun 20]. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/midiars/files/2021/05/Desinformac%CC%A7a%CC%83o-covid-midiars-2021-1.pdf>.

Recebido em 15/10/2021

Aprovado em 07/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia da Covid-19 (2020-2022), chamada MCTIC/CNPQ/FNDCT/MS/SCTIE/DECIT nº 07/2020, com suporte financeiro do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Ministério da Saúde (MS), através do processo CNPQ401744/2020-5

‘O outro’ da pandemia da Covid-19: ageísmo contra pessoas idosas em jornais do Brasil e do Chile

‘The other’ of the COVID-19 pandemic: ageism toward the elderly people in newspapers in Brazil and Chile

Pricila Oliveira de Araujo¹, Raniele Araújo de Freitas², Elysangela Dittz Duarte³, Lucy Jure Cares⁴, Kátiuska Alveal Rodríguez⁵, Viviana Guerra⁶, Evanilda Souza de Santana Carvalho¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213402

RESUMO O surgimento do novo coronavírus e a indicação da população idosa como grupo de risco fez emergirem discursos, piadas, memes e fatos indicativos de ageísmo nas mídias sociais e nos veículos de comunicação. Este artigo objetiva analisar as expressões e as implicações do ageísmo contra a pessoa idosa reportadas em jornais do Brasil e do Chile no primeiro ano da pandemia da Covid-19. Estudo documental de notícias de jornais de maior acesso no Brasil e no Chile. A coleta de dados ocorreu em maio de 2021. A seleção de títulos, resumos e texto completo foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente e cegada. O *corpus* final de 89 notícias foi submetido a análise temática apoiado pelo *software* MAXQDA, cujo processo de codificação, tematização e interpretação foi fundamentado nas teorias sociológicas que explicam o ageísmo. As expressões do ageísmo foram evidenciadas por meio de imagens e atitudes que desvalorizam e depreciam a vida da pessoa idosa, posicionando-a como sendo ‘o outro’ da pandemia, o que ocasiona implicações para vida, saúde e trabalho dessa população.

PALAVRAS-CHAVE Ageísmo. Covid-19. Idoso. Notícias. Internet.

ABSTRACT *The emergence of the new coronavirus and the indication of the elderly population as a risk group led to the emergence of speeches, jokes, memes and facts indicative of ageism in social media and mass media. This article aims to analyze the expressions and implications of ageism toward the elderly reported in newspapers in Brazil and Chile in the first year of the COVID-19 pandemic. Documentary study of news from newspapers with the greatest access in Brazil and Chile. Data collection occurred in May 2021. The selection of titles, abstracts and full text was performed by two independently and blinded researchers. The final corpus of 89 news was submitted to thematic analysis supported by the MAXQDA software, whose codification, thematization and interpretation process was based on sociological theories that explain ageism. The expressions of ageism were evidenced through images and attitudes that devalue and depreciate the life of the elderly people, positioning them as ‘the other’ of the pandemic, which has implications for the life, health and work of this population.*

KEYWORDS Ageism. COVID-19. Aged. News. Internet.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil. poarauj@uefs.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

⁴Centro de Salud Familiar Dos de Septiembre (Cesfam) – Los Angeles, Chile.

⁵Universidad del Desarrollo (UDD) – Concepción, Chile.

⁶Corporación Municipal de Viña del Mar – Viña del Mar, Chile.



Introdução

A crise causada pelo vírus da Covid-19 não só expôs a precariedade dos sistemas de saúde na América Latina, mas também evidenciou as desigualdades sociais no processo saúde-doença-cuidado e aprofundou o debate em torno do direito à saúde de grupos e populações vulneráveis, reforçando o caráter social de qualquer pandemia.

No Brasil, o período que antecedeu a pandemia da Covid-19 já era de crises no setor econômico, agravando o déficit histórico de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhado do desmantelamento sistemático das políticas sociais e de saúde¹. A restrição financeira foi, também, consubstanciada com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que congelou investimentos em educação e saúde por 20 anos². Portanto, a pandemia se instalou em um país de grandes desigualdades sociais, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, com altas taxas de desemprego e cortes profundos nas políticas sociais³.

Antes da pandemia, o Chile vivenciou um momento de intensas manifestações nas ruas, desencadeadas pelo aumento do preço do transporte, mas que refletia, também, a insatisfação pela intensa carga econômica, por desigualdades e injustiças sociais acumuladas ao longo de 30 anos. Essas manifestações explicitaram um montante de adversidades produzidas nas últimas três décadas, levando organismos internacionais a discutir as graves violações dos direitos humanos. Indiscutivelmente, essa crise social se aprofundou com a pandemia da Covid-19, exacerbando a insatisfação dos cidadãos com o governo, os problemas estruturais da seguridade social, a falta de recursos para saúde e educação e as precárias condições de vida das grandes cidades, que revelavam desigualdades e iniquidades⁴, o que sinaliza um impacto importante sobre as populações mais vulneráveis, incluindo os mais velhos, que sempre foram alvo de desatenção e estereótipos⁵.

Em ambos os contextos, observou-se o debate crescente na mídia sobre o lugar social dos mais velhos durante a pandemia e a expressão do ageísmo por diferentes setores da sociedade. O discurso público veiculado nos meios de comunicação, que apresentava a Covid-19 como uma doença perigosa apenas para a pessoa idosa, em virtude de um maior risco biológico de adoecimento e complicações, gerou a dicotomia ‘nós’ e ‘eles’, evidenciada mundialmente e que potencializou estereótipos, preconceitos e discriminação de idade⁶.

Utilizado pela primeira vez pelo gerontólogo e psiquiatra Butler⁷, o termo ‘ageísmo’ se refere à inquietação, à repulsa e à aversão por parte de jovens e pessoas de meia-idade para com o envelhecimento, a doença, a deficiência, além do medo da impotência, da inutilidade e da morte, que costuma ser vinculado às pessoas em razão de sua idade.

O ageísmo pode ser manifestado por meio de três dimensões: cognitiva (estereótipos, imagens e rótulos), afetiva (preconceito) e comportamental (atitudes de discriminação). E pode ser originado a partir de três níveis: o microestrutural, que emerge do próprio sujeito (ageísmo autodirigido), seus pensamentos, emoções e ações; o mesoestrutural, que pode ser oriundo de grupos, entidades sociais, instituições; e o macroestrutural, que emerge dos valores culturais ou sociais como um todo⁸. Sua manifestação pode ser explícita ou implícita e gerar consequências negativas quando se reduz o sujeito à categoria de inútil, frágil e desnecessário⁹, provocando repercussões em diversos âmbitos da vida das pessoas idosas¹⁰. Assim, no curso da pandemia, o ageísmo atingiu um novo nível com a indexação nas redes sociais da *hashtag* #BoomerRemover, expressão vulgar que destaca atitudes preconceituosas quanto à idade em resposta à pandemia da Covid-19 e revela o valor que a vida das pessoas idosas tem na sociedade contemporânea^{6,11}. O uso da *hashtag* permite uma comunicação assíncrona e imediata nas redes sociais, que extrapola fronteiras e fusos horários e possui alcance global instantâneo¹².

Sabe-se que os meios de comunicação e, atualmente, as redes sociais têm um impacto na saúde coletiva e individual e são essenciais para moldar crenças, promover valores e estimular comportamentos negativos e positivos. Esse impacto, em alguma medida, atende aos interesses das grandes corporações, que veem na mídia as ferramentas para atingir seus objetivos e estimular a demanda por produtos, muitas vezes desnecessários, que podem ser prejudiciais à saúde das pessoas, principalmente na promoção de valores e na mediação de comportamentos diversos¹³. Sendo a informação um mecanismo valioso para orientar as pessoas, especialmente em situações altamente complexas, como a gerada pela pandemia de Covid-19, os meios de comunicação ou ajudam a reduzir a incerteza e a ansiedade ou, pelo contrário, podem aumentar o pânico e o caos¹⁴.

Estudos concernentes ao ageísmo contra pessoas idosas na pandemia da Covid-19 ainda são escassos. Uma revisão¹⁵ analisou 21 publicações que discorreram sobre o ageísmo durante a pandemia, suas origens, consequências e implicações ético-políticas, tendo apenas 9,5% de estudos primários, o que mostra a necessidade de mais investigações acerca da temática.

Isto posto, esta análise de jornais torna-se inédita e contribui para aprofundar os conhecimentos e reflexões acerca desse fenômeno.

Notícias sobre o retrato do ageísmo no Chile foram consideradas em virtude de ações estabelecidas pelo governo chileno, que proibiu pessoas idosas de saírem de suas residências, no início da pandemia, instituindo quarentena obrigatória, sendo essa uma expressão do ageísmo^{16,17}. No Brasil, país em envelhecimento e país de origem das autoras deste estudo, o ageísmo se apresentou de forma não tão restritiva às pessoas idosas, mas também trouxe danos multidimensionais aos maiores de 60 anos. Ademais, Brasil e Chile são países que possuem proximidade geográfica.

Portanto, o estudo possui como objetivo: analisar as expressões e as implicações do ageísmo contra a pessoa idosa reportadas em jornais do Brasil e do Chile no primeiro ano da pandemia da Covid-19.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo documental, em que foram analisados materiais atuais, utilizados para contextualizar aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos de um lugar ou grupo de pessoas, em determinado momento da história¹⁸.

As fontes de coleta de dados foram dois dos jornais mais lidos do Brasil e do Chile em versão on-line e digital e cuja escolha foi justificada pelo relatório do Reuters Institute/Digital News Report 2021, da Universidade de Oxford¹⁹, que analisa o consumo de notícias por pessoas de vários países do mundo, por meio de TV, rádio e internet, e aponta que 85% dos brasileiros e 84% dos chilenos consomem notícias via internet. No Brasil, os jornais mais lidos em 2021 foram ‘O Globo’ (27%) e ‘Folha de São Paulo’ (18%), e no Chile foram ‘El Mostrador’ (21%) e ‘La Tercera’ (20%).

O processo de coleta de dados se iniciou com uma pesquisa preliminar no mês de março de 2021 nas fontes de informações dos dois países, a fim de identificar os termos utilizados nos artigos recuperados e, assim, eleger as palavras-chave para compor a estratégia de busca, sendo elas: *edadismo; marginacion; discriminación por edad; prejuicio de la edad; estereotipos de edad; vejez; anciano; adulto maior; gerontofobia; ancianos pandémicos; envejecer; viejismo; ageísmo; idadismo; etarismo; preconceito etário; estereótipos de idade; discriminação de idosos; gerontofobia; estigma de idade.*

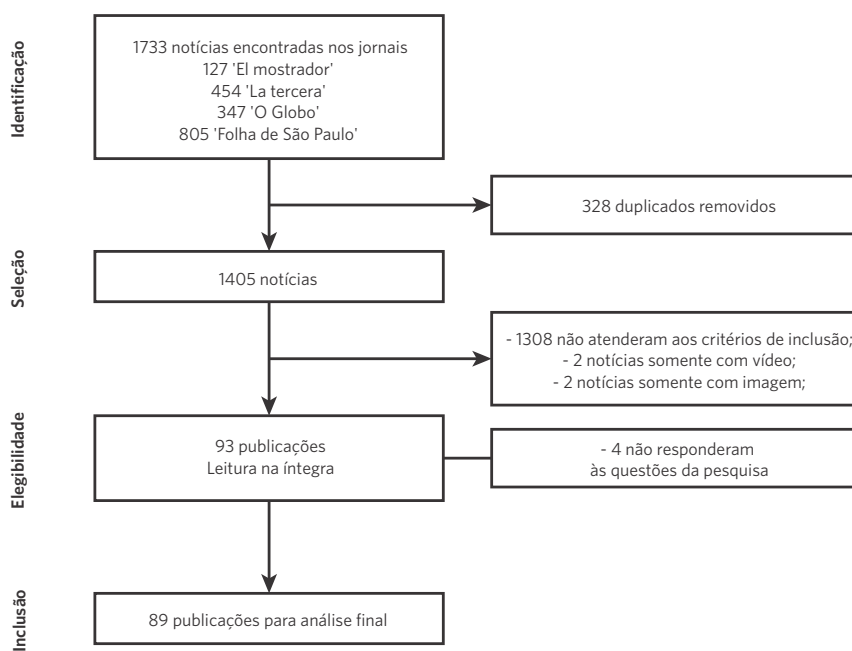
Os critérios de elegibilidade foram notícias sobre ageísmo contra pessoas idosas, publicadas entre janeiro de 2020 e 30 de abril de 2021, período demarcado devido ao decreto, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de surto do novo coronavírus como emergência internacional de saúde pública²⁰, e o fim do primeiro quadrimestre de 2021, quando se alcançou a vacinação das pessoas idosas nos contextos de estudo. Foram excluídas notícias que continham apenas vídeos e imagens.

A etapa de coleta e seleção de dados foi desenvolvida da seguinte forma: na primeira

fase, realizou-se a inserção das palavras-chave, uma a uma, nos campos de busca dos jornais; e todas as notícias recuperadas e que atendiam ao critério de inclusão temporal foram salvas e organizadas no gerenciador de referência Zotero (<https://www.zotero.org/>). Essa busca ocorreu em maio de 2021 em todas as seções dos jornais e teve por objetivo recuperar o maior número de publicações possível. Na segunda fase, as notícias duplicadas foram excluídas por meio da ferramenta EndNote (Clarivate, PA, USA), versão *web*. A terceira fase ocorreu com a triagem de títulos e resumos com o auxílio da ferramenta Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>).

Na quarta fase, foi realizada a leitura na íntegra das notícias com o objetivo de identificar se atendiam aos critérios de elegibilidade. A terceira e a quarta fases foram realizadas por duas pesquisadoras de forma independente e às cegas. Ao final desse processo, uma terceira pesquisadora envolvida no estudo se dedicou a resolver as divergências entre as duas pesquisadoras acerca da inclusão ou exclusão das notícias completas. Os resultados estão apresentados na extensão do fluxograma para revisões de escopo (PRISMA-Scr)²¹. Os artigos excluídos foram quantificados, e os motivos justificados (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção das notícias



Fonte: elaboração própria.

A análise de dados foi conduzida por meio da análise temática de Braun e Clarke²² seguindo os seguintes estágios:

Familiarização com os dados, em que as notícias foram organizadas em arquivo do Microsoft Word e lidas na íntegra para

identificar possíveis padrões nos termos utilizados.

Geração dedutiva dos códigos, realizada a partir do referencial teórico de ageísmo de Butler⁹, com apoio do *software* MAXQDA, versão 2020. Inicialmente, 22 notícias foram

codificadas pela primeira e segunda autoras de forma independente e às cegas, e as divergências foram discutidas e consensuadas em reunião com a última autora. Após essa etapa, verificou-se o Índice Kappa de 0,95, que representa o nível de concordância entre as codificadoras durante a fase de codificação do material. Todo o processo analítico foi conduzido pelas pesquisadoras que têm expertise na área de gerontologia, em estudos sobre estigma e populações vulneráveis e com o uso do *software* MAXQDA.

A pesquisa de temas se iniciou com a geração dos códigos na etapa anterior, e, agora, realizou-se a organização dos códigos em temas, orientados pelo referencial teórico do ageísmo à luz de Buther⁹, ampliado pelas teorias de níveis micro, meso e macro, de Ayalon e Tesch-Römer⁸, que explicam as origens do preconceito etário.

A revisão dos temas ocorreu quando as autoras se reuniram e validaram temas e toda a análise, para garantir: credibilidade, estabelecida mediante discussão entre as autoras do estudo; confiabilidade, atendida por meio da codificação entre pares de forma independente, com resolução de divergências por uma terceira pesquisadora; e confirmabilidade, obtida através da discussão dos resultados preliminares com um grupo de pesquisadores²³.

Para a produção do relatório final, os extratos das notícias foram selecionados e relacionados com a questão de pesquisa e a literatura.

Os aspectos éticos da pesquisa foram observados mediante o atendimento das normas éticas brasileiras, recomendadas na Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e pela Lei Federal nº 12.527/2011, e as normas éticas chilenas, orientadas pela Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Por serem os dados de domínio público e não requererem contato com seres humanos ou imporem limitações relacionadas à privacidade, à segurança ou ao controle de acesso, este estudo dispensa apreciação do comitê de ética.

Resultados

Das 89 notícias que compuseram o *corpus* de análise deste estudo, 38,2% foram do jornal ‘Folha de São Paulo’, seguido de ‘O Globo’ (23,2%), ‘La Tercera’ (21,3%) e ‘El Mostrador’ (16,9%). A evolução do quantitativo de notícias ao longo do tempo é apresentada no *gráfico 1*, e chama atenção o declínio das notícias sobre ageísmo contra a pessoa idosa nos jornais brasileiros com o avançar da pandemia; e, no Chile, o maior quantitativo de notícias ocorreu nos meses de maio e setembro de 2020.

Gráfico 1. Evolução do quantitativo de notícias sobre ageísmo contra pessoas idosas no primeiro ano da pandemia da Covid-19



Fonte: elaboração própria.

Sobre a natureza da notícia publicada nos jornais do Brasil, 78% eram do tipo opinião, 15% entrevistas e 5% de outros tipos. No Chile, 76% foram de opinião, 5% entrevistas e 11% outros tipos. Destaca-se que tanto as opiniões quanto as entrevistas contaram com a participação de gerontólogos, juizes, pesquisadores, médicos e outros especialistas na área.

Os jornais de ambos os países abordaram notícias que evidenciavam estereótipos, preconceito e discriminação de idade durante a pandemia da Covid-19, originárias dos níveis microestrutural (oriundos

da própria pessoa idosa, que é o ageísmo autodirigido); mesoestrutural, composto por gestores e políticos, instituições de saúde e sociais, mercado de trabalho, meios de comunicação, familiares de pessoas idosas; e o nível macroestrutural, que envolve cultura, sociedade e Estado (*quadro 1*). Embora se tenha buscado nesta investigação a operacionalização dos níveis para a análise da informação veiculada, é reconhecida a interseccionalidade existente em cada uma delas, não sendo compreendidas como manifestações limitadas a um único nível.

Quadro 1. Fragmentos de jornais representativos de notícias que expressam ageísmo contra a pessoa idosa no primeiro ano da pandemia da Covid-19

Nível de origem do ageísmo	Grupos de origem do ageísmo	Fragmentos de jornais
Microestrutural	A própria pessoa idosa (ageísmo autorigido)	<p>Mas nós antigos aceitamos as zombarias. Em parte, por resignação, e, em parte, porque, no íntimo, achamos que ‘velhos’, de verdade, são os outros. (N20_G)</p> <p>Até o vírus chegar ao Brasil, não me sentia tão velho assim. Estava até me sentindo mais jovem [...] Mas logo percebi que eles falavam daqueles que têm mais de 60. Os velhinhos somos nós! No meu caso específico, o velhinho sou eu. (N12_G)</p> <p>El político, que cumple 70 años la semana que viene y está en el considerado grupo de mayor riesgo en esta epidemia, aseguró estar dispuesto a morir para reactivar la economía. (N1_EM)</p>
Mesoestrutural	Gestores e políticos	<p>Además, los discursos se refieren a ellos con “un paternalismo que disfraza discriminación, sin considerar que la gran mayoría sigue trabajando y haciendo enormes aportes al país”, dice Albala. La cuarentena obligatoria a mayores de 75 años, detalla, que se prolongó por cinco meses, es ejemplo de esa discriminación: “¿Por qué se pensó que las personas mayores no pueden hacerse cargo de su salud?” (N6_LT)</p> <p>O presidente do Brasil questionou procedimentos que têm sido adotados por todo o mundo, como o fechamento de escolas, e minimizou riscos da doença, como ao sugerir que as medidas de controle se restringiam apenas aos mais velhos. (N6_FSP)</p> <p>Uma deputada federal: “Eu me preocupo com todas as vidas! Mas as vidas daqueles que viveram menos me preocupam mais. Aliás, penso que já estejamos no momento de estabelecer claramente regras para priorizar o uso dos recursos disponíveis: leitos, respiradores etc. É pesado, mas é necessário!” (N26_FSP)</p> <p>É certo que, na teoria, o distanciamento social é geral, mas, em relação aos idosos, a campanha é radical, chegando alguns governantes regionais e locais a decretar verdadeira caça aos velhos ‘infratores’, tal qual a carrocinha em busca de cães abandonados, mas com ameaça de multa e até prisão. (N36_FSP)</p>
	Instituições de saúde e sociais	<p>No es posible que las personas mayores perciban que su vida no será priorizada por los servicios de salud y de protección social, ni que se normalicen discursos que le asignan diferente valor a la muerte de un joven o una persona mayor, no puede ser tan fácilmente aceptado que sean conculcados derechos. (N2_EM)</p>

Quadro 1. (cont.)

Nível de origem do ageísmo	Grupos de origem do ageísmo	Fragmentos de jornais
	Instituições de saúde e sociais	Sobre las causas de estos prejuicios, la especialista sostiene que existe un grado de responsabilidad por parte de los profesionales que se dedican al trabajo con las personas mayores, particularmente del ámbito de la salud. [...] comunican que ha muerto una persona mayor como si fuera una pérdida menor, no tan relevante. Llegamos casi a una cosificación de la persona mayor, tratada como un objeto viejo y roto, entonces ahí efectivamente se desvirtúa toda la visión de derecho a la vida y a la igualdad. (N9_EM)
	Baixa aceitação no mercado de trabalho como trabalhador ativo	Se estigmatizan como profesionales con menor flexibilidad ante los cambios, menor actualización respecto a tecnología y nuevas tendencias de sus áreas, además de muchas veces por contar con más experiencia y años de trabajo, tener sueldos más altos. (N2_LT)
	Meios de comunicação	O preconceito de idade, que já existia com os idosos, vem se agravando com a Covid-19. Pela letalidade maior à doença – 75% dos óbitos acontecem entre quem tem 70 anos ou mais –, eles são vistos pelo mercado de trabalho como vulneráveis e mais suscetíveis a afastamentos. (N16_G)
		Sin embargo, los mismos ojos y oídos de televidentes, cibernautas y lectores se han impactado por expresiones, frases y titulares desconectados con la realidad para referirse con un tono paternalista a un grupo etario tan diverso como heterogéneo: 'Nuestros adultos mayores', como si fueran parte de nuestra propiedad o 'viejitos(as)' en un claro gesto de infantilización, ni hablar de 'senil', 'veterano', 'pensionado', 'jubilado' para aludir peyorativamente a hombres y mujeres mayores. Pero uno de los términos más usados ha sido 'abuelito(a)', en circunstancias que no todas las personas mayores son abuelos ni todos los abuelos son personas mayores. (N22_LT)
		Os velinhos estão na alça de mira – seja da virose, seja do preconceito escancarado que não tem vergonha de se expor. Memes com velhos, piadinhas, ofensas mal disfarçadas; se a metade do que circula pela internet sobre os idosos se referisse a uma etnia ou alguma nacionalidade, haveria manifestações violentas ou estaríamos em pé de guerra. (N20_G)
	Famíliares das pessoas idosas	O coronavírus já foi chamado de 'doença de velho' ou 'baby remover', como um removedor da geração <i>baby boomer</i> , nascida entre o final dos anos 1940 e meados dos anos 1960. Na forma de memes, sátiras ou piadas, o preconceito com a idade se revelou de forma desumana. (N12_FSP)
Macroestrutural	Estado/Sociedade/ Cultura	<p data-bbox="770 1377 1469 1535">La pandemia ha reforzado la idea de que Chile no está preparado para garantizar los derechos fundamentales de las personas mayores. No estoy segura de si la gente está teniendo una visión de las personas mayores como sujetos de derechos o como objetos de caridad. Los han presentado como vulnerables. Creo que se ha instalado una especie de asistencialismo hacia las personas mayores que, lo queramos o no, es discriminación positiva. (N13_LT)</p> <p data-bbox="770 1556 1469 1638">Además, en la comparación entre 18 países, Chile alcanza el primer lugar en una enfermedad que hoy encuentra a los ancianos en el peor de los escenarios: una pandemia que los aísla y los deja aún más solos. (N4_LT)</p> <p data-bbox="770 1659 1469 1742">Vivemos numa sociedade que exalta a juventude e considera a idade como um fardo social; uma sociedade que ainda não percebeu que o Brasil é um país que envelheceu. (N20_G)</p> <p data-bbox="770 1763 1469 1837">Temos ouvido discursos que atribuem pouca relevância ao coronavírus por se tratar de uma doença com taxa de letalidade mais alta entre os idosos. O que isso diz de nós como sociedade? (N3_FSP)</p>

Fonte: elaboração própria.

Também foram veiculadas notícias que analisavam como o ageísmo se revelou nas sociedades chilenas e brasileiras na pandemia, a partir das medidas restritivas adotadas por governantes e autoridades sanitárias para

conter o avanço da doença e que resultaram na potencialização desse fenômeno nos contextos estudados. As implicações desse fenômeno para as pessoas idosas e para a sociedade estão reportadas no *quadro 2*.

Quadro 2. Fragmentos de jornais representativos das implicações do ageísmo contra a pessoa idosa no primeiro ano da pandemia da Covid-19

Implicações do ageísmo contra a pessoa idosa	Fragmentos dos jornais
Danos à saúde psíquica emocional e física das pessoas idosas.	<p>Por ello, fueron confinados más que otras personas. Eso afectó su calidad de vida. Menos actividad física y menos actividad social. Todos aspectos, que disminuyen según Palomo, su funcionalidad física, cognitiva y relacional. (N6_LT)</p> <p>El viejismo - discriminación por motivo de edad que afecta directamente a las personas mayores - tiene profundas raíces en el Estado chileno que, consciente o inconscientemente, devalúa a las personas mayores. Hablamos de un tipo de discriminación sistemática y estructural que tiene serias consecuencias en la salud física y mental en estas personas, así como efectos sociales y económicos. (N20_LT)</p> <p>Si bien se buscaba protegerlos del contagio, Aurenque enfatiza que esos resguardos son inaceptables porque paternalizan e infantilizan a las personas mayores. "Aplicar prohibiciones de esta naturaleza en la población envejecida termina siendo una medida discriminatoria y estigmatizante; discriminatoria, porque se pausan derechos fundamentales sin su consentimiento y por pertenecer a un grupo etario; estigmatizante, porque la medida considera a todo adulto mayor como miembro de un 'grupo de riesgo'; fortaleciendo así estereotipos negativos de la vejez o edadismo". (N6_LT)</p> <p>Eles estão sofrendo, deprimidos, com medo da doença e de como vai ser viver em casa. (N3_FSP)</p> <p>Ali, caiu a minha ficha: quando a gente chega a uma certa idade, é como se fosse ignorado. É um sentimento de rejeição. (N16_G)</p>
Aumento de necessidade de políticas públicas que atendam às demandas geradas pela pandemia	<p>Porque el edadismo perjudica nuestra salud y bienestar y constituye un obstáculo importante para la formulación de políticas eficaces y la adopción de medidas relativas al envejecimiento saludable. (OMS, 2021). (N22_LT)</p> <p>"Hay más necesidad de cuidado para adultos de la cuarta edad y puede que no lo estén recibiendo, que puede ser una situación difícil porque pueden estar solos, hay más demanda por temas de cuidado que en situaciones normales se cubre con personas que vienen de comunas más pobres", dice Basaure. (N9_LT)</p>
Banalização dos óbitos de pessoas idosas	<p>El Covid-19 retornó el vocabulario de la tercera edad y el adulto mayor al léxico de la senectud y la vejez. Desvistió a los septuagenarios y octogenarios transformándolos en víctimas de un virus con gran capacidad de discriminación etaria. Convirtió las residencias de ancianos en campos de concentración contemporáneos, donde se acumularon cadáveres como en las viejas fotografías de la infame solución final del último nazismo. (N8_EM)</p> <p>"Si algo va a lastimar al mundo, es la decadencia moral. Y no tomar la muerte de los ancianos o las personas de la tercera edad como un problema grave es la decadencia moral. Cualquier individuo, cualquier edad, cualquier ser humano importa". (N21_LT)</p>
Desemprego e aposentadoria precoce	<p>Quem (as pessoas idosas) ainda estava no mercado de trabalho, saiu, pelo medo de se contaminar ou foi demitido porque aumentou o preconceito contra os idosos. A pessoa saiu da ideia da 'melhor idade' para a do 'grupo de risco'. (N22_G)</p> <p>E a desocupação acaba sendo mais do que um problema passageiro. "A pandemia agrava ainda mais a situação, até porque essas pessoas estão ficando muito tempo fora do mercado de trabalho. Quanto mais tempo fora, mais difícil é voltar", diz Ana Amélia. (N34_FSP)</p> <p>Uno de los impactos más devastadores de la pandemia es en el trabajo. Por primera vez en una década el desempleo superó los dos dígitos (11,2%) y uno de los sectores más damnificados son los mayores de 60 años: por cada 100 empleos perdidos, 19 son de ese grupo. Así lo concluye un estudio del Observatorio del Envejecimiento de la U. Católica-Confuturo. Según la investigación, 384 mil personas mayores de 60 años que en 2019 trabajaban, pasaron a ser inactivos en el trimestre marzo-mayo. (N15_LT)</p>
Tensões intergeracionais	<p>A pandemia aumentou muito as tensões nos núcleos familiares e descompensou o balanço intergeracional, mostrando o maior risco a que estão sujeitos os idosos, além de sugerir uma maior inutilidade deles. Também acentuou de forma gritante o idadeísmo, antes varrido para debaixo do tapete. De modo extremo, levou a uma radicalização na sociedade sobre o que fazer com os muito idosos. (N30_FSP)</p>

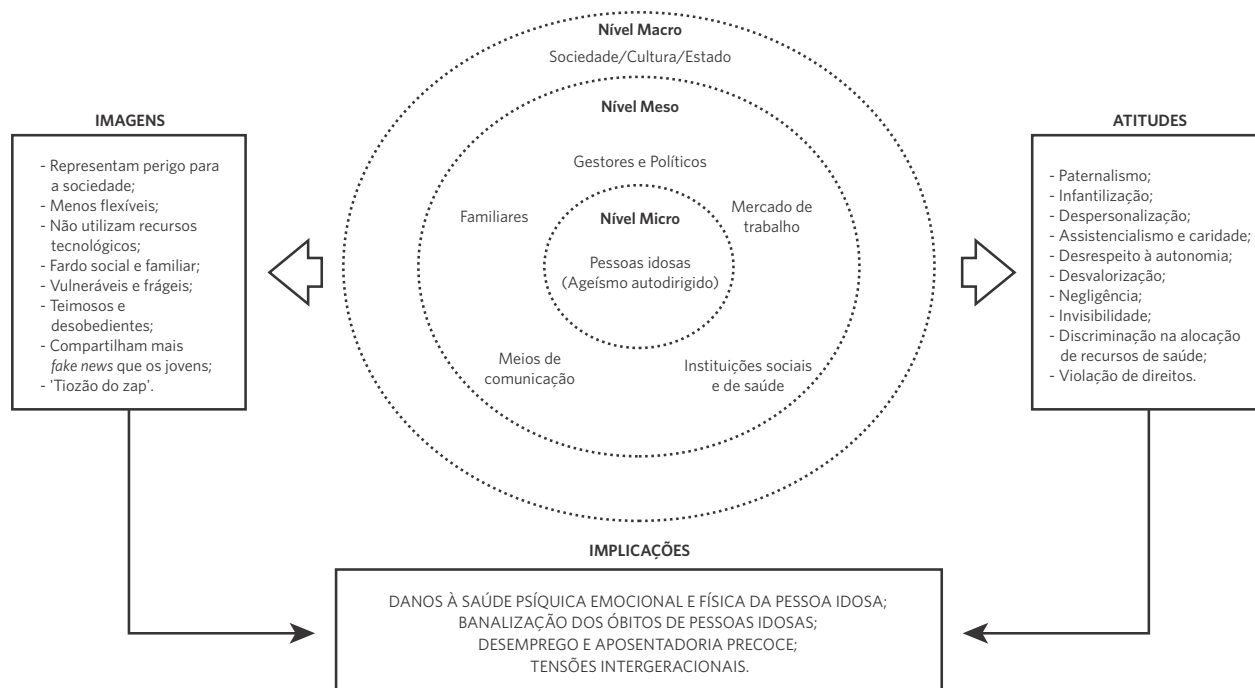
Quadro 2. (cont.)

Implicações do ageísmo contra a pessoa idosa	Fragmentos dos jornais
Tensões intergeracionais	<p>A situação fez com que se dramatizasse uma realidade já vivida pelos mais velhos, que é a de que eles são inúteis e um peso para a sociedade. Que só atrapalham, prejudicam, precisam ser controlados. É uma visão de que, quando você envelhece, pode ser eliminado. (N3_ FSP)</p> <p>A idade passou a ser um critério central para dividir a sociedade entre uns e outros, entre os acima de 60 e os que têm menos. (N15_G)</p> <p>Afastada da sociabilidade sob nova nomenclatura, a de grupo de risco, disputando com jovens o último respirador disponível, toda uma geração é vista como descartável. Vozes que impulsionaram mudanças sociais e construíram a redemocratização do país não parecem mais necessárias. (N20_ FSP)</p>

Fonte: elaboração própria.

A síntese representativa dos achados deste estudo está apresentada na *figura 2*.

Figura 2. Síntese dos resultados das expressões e implicações do ageísmo contra pessoas idosas no primeiro ano da pandemia da Covid-19



Fonte: elaboração própria.

Discussão

A pandemia da Covid-19 e as primeiras medidas de combate ao novo coronavírus, que tiveram como alvo as pessoas idosas, suscitaram comentários, opiniões e editoriais de estudiosos

sobre a realidade de ageísmo que crescia no mundo e alertava para as consequências desse fenômeno^{6,24-27}.

As medidas protetivas foram inicialmente focadas nas pessoas idosas, já que as taxas de letalidade eram alarmantes para essa

população. Entre os óbitos confirmados por Covid-19, no Brasil, 75% ocorreram em indivíduos maiores de 60 anos. Além disso, 74% deles apresentavam ao menos um fator de risco, como cardiopatia, pneumopatia, doença neurológica e renal²⁸. No Chile, a taxa de letalidade foi de 12,6% para o ano de 2020 (em todos os continentes, a letalidade global foi de 3,6%), e a mortalidade por Covid-19 foi de 433,5 x 100.000 habitantes em pessoas com 60 anos ou mais²⁹.

Diante da gravidade da situação, essas pessoas foram caracterizadas como pertencentes ao grupo de risco, com base na idade cronológica, independentemente das condições de saúde associadas. Essa decisão foi considerada arbitrária pelos estudiosos do envelhecimento, haja vista que outros aspectos interferem na morbimortalidade, para além da idade, tais como as condições físicas, os prognósticos de doenças prévias e os comportamentos que implicam surgimento de doenças e determinantes sociais³⁰. Outra consideração é que o rótulo de ‘grupo de risco’ minimiza a gravidade da pandemia, já que ‘somente’ pessoas mais velhas estariam expostas à Covid-19, trazendo uma falsa ideia de que os mais jovens eram imunes a infecção e morte pelo coronavírus, o que pode ter dificultado a adesão de pessoas de outras faixas etárias ao cumprimento das medidas de enfrentamento²⁶.

As notícias, no Chile, apontaram decretos de autoridades públicas proibindo as pessoas maiores de 75 anos de sair de casa, exceto com autorização para estritas situações^{16,17}. Essa medida pode ter afetado não apenas a dignidade das pessoas, pela restrição de sua autonomia, mas também pode comprometer a subsistência econômica das famílias³¹, além de expô-las ao abandono, preconceito, discriminação e à invisibilidade de suas necessidades³².

A recomendação de estrito distanciamento social da população idosa foi necessária devido às maiores taxas de gravidade e letalidade da doença, entretanto, as medidas implementadas pelos governos deveriam ter sido adequadas à cultura e às expectativas

locais e acompanhadas pela vontade da própria população de seguir essas indicações³³.

De modo geral, as opiniões de estudiosos ouvidos pelos jornais sobre as estratégias de combate à evolução da doença partem do princípio de que, mesmo com a intenção de proteger a pessoa idosa, elas foram implementadas sem considerar as especificidades e a heterogeneidade do envelhecimento. As pessoas idosas foram vistas como um problema, e a forma de resolvê-lo foi por meio da segregação social, de forma indistinta¹¹.

Justificar as medidas restritivas e o confinamento da pessoa idosa apenas pela idade cronológica e pelo caráter biológico da senilidade se configurou em uma forma inapropriada de protegê-la, visto que o processo de envelhecimento, assim como o processo saúde-doença, é multidimensional e abrange os contextos social, cultural, econômico, psicológico, espiritual, afetivo e histórico, que a todo tempo rodeiam e tensionam o modo de viver das pessoas.

O argumento da debilidade imunológica para confinar a pessoa idosa desconsidera todos os elementos que influenciam o processo saúde-doença e negligencia as desigualdades, iniquidades e exclusões às quais esse grupo populacional está exposto, diariamente. Ainda, sabe-se que o preconceito etário pode ser mais letal que o próprio coronavírus³¹.

As matérias dos jornais evidenciaram imagens e atitudes discriminatórias à pessoa idosa que precediam a pandemia, mas que foram potencializadas quando o mundo buscava superar a disseminação do novo coronavírus, e as expressões de ageísmo se desenvolviam nas interações sociais, no âmbito da saúde e da economia.

Na saúde, os recursos foram insuficientes para atender a toda população brasileira e chilena, gerando competição entre jovens e idosos. A mídia social destacou adultos mais velhos que sacrificaram suas próprias vidas para que os aparelhos de ventilação mecânica pudessem ser usados pelos mais jovens, e, quando os equipamentos médicos e

a capacidade hospitalar se tornaram escassos, os prestadores de cuidados se depararam com decisões éticas sobre quem teria prioridade à vida. Assim, a idade tornou-se um fator decisivo, levando a sociedade a acreditar que a vida de uma pessoa mais velha poderia ser menos valiosa do que a de alguém mais jovem⁶.

Alguns países usaram explicitamente a idade como critério para a alocação de tratamento, estabelecendo um limite etário para acesso à terapia intensiva, ao uso de ventiladores, o que reforçou a percepção de que as pessoas idosas são onerosas para a economia e o sistema de saúde⁸. A idade como critério de entrada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, deve ser apenas uma referência para definir o estado de saúde e o prognóstico da pessoa, e não um critério em si, tampouco o único marcador decisivo para utilização dos recursos³⁴. Assim, discursos e narrativas de que os idosos 'já viveram suas vidas' e de que era a hora de renunciarem aos seus direitos em detrimento dos mais jovens desconsideram a vida dessas pessoas, sua contribuição à sociedade e suas necessidades sociais, reproduzindo, assim, um discurso preconceituoso com a idade. Essas suposições e percepções acentuam desavenças intergeracionais e fortalecem um ciclo vicioso de preconceito etário.

No plano econômico, expressões de ageísmo foram evidenciadas quando discursos veiculados nos meios de comunicação afirmavam que a economia seria enfraquecida pelo isolamento social e a culpa recairia sobre as pessoas mais velhas. Essa talvez seja outra consequência da lógica individualista do neoliberalismo, em que tudo se torna mercadoria, e, então, não há espaço para um laço social que não seja mediado pelo consumo, interessando apenas os corpos produtivos. Isso gerou entendimentos de que a pandemia da Covid-19 seria responsável por um modo de vida destrutivo, tanto da natureza como dos seres humanos, resultante de um capitalismo mortal que devasta tudo em seu caminho³⁵.

Um Estado que se preocupa com seus cidadãos deveria promover um mínimo de

dignidade às pessoas em idades mais avançadas e mais vulneráveis em condições de saúde, sociais e econômicas. Entretanto, o movimento ocorre no sentido contrário, já que setores do governo, da propaganda e do mercado atuam no sentido de convencer que a pessoa idosa está próxima à morte, que a responsabilidade pelos cuidados com a saúde deveria ser, inteiramente, dela mesma, e que os recursos públicos deveriam ser destinados a pessoas jovens³⁶. Essa lógica faz com que as sociedades fortaleçam a imagem de que as pessoas idosas precisam de medidas assistencialistas e de caridade, e que são destituídas de direitos.

Quando adultos mais jovens morreram de complicações da Covid-19 em todo o mundo, frequentemente, geraram-se relatórios longos e detalhados na mídia, enquanto as mortes de milhares de idosos foram contadas e resumidas⁶. Paradoxalmente, ao passo que a pessoa idosa é vítima de imagens e atitudes depreciativas e de inatividade, por vezes, são as que contribuem para o sustento e a manutenção da renda doméstica de muitos lares brasileiros e chilenos.

No Brasil, a pessoa idosa contribui com 70,6% da renda dos domicílios, sendo 62,5% dela provenientes de pensões ou aposentadorias, ou seja, da Seguridade Social. A renda do trabalho da pessoa idosa constitui 28,5% do orçamento familiar, já que um terço dos homens e 15,0% das mulheres idosas que residiam nesses domicílios estavam ocupados, o que mostra que os mais velhos têm assumido um protagonismo importante na manutenção da renda familiar. Ademais, o tempo de permanência dos filhos morando com os pais tem aumentado, inclusive na faixa etária de 50 a 59 anos³⁷.

No Chile, cada vez mais homens e mulheres continuam trabalhando após a aposentadoria (que ocorre, em média, aos 70 anos) por conta própria, já que as taxas de emprego vêm caindo dez pontos percentuais nos dez anos anteriores à idade legal de aposentadoria. Com isso, mais de 50% dos idosos continuam trabalhando após os 70 anos, no caso das mulheres, e após os 65 anos, no caso dos homens³⁸.

A pandemia da Covid-19 evidenciou, portanto, a condição de vulnerabilidade da pessoa idosa, que foi potencializada com a crise sanitária, econômica, política e social. Entretanto, tal evidência não garante que esse segmento populacional venha a ser alvo de políticas públicas eficazes para combater as graves consequências do ageísmo no período pós-pandemia, o que é preocupante, uma vez que se estima um incremento de problemas como depressão, sentimentos de inutilidade social, tristezas, adoecimento psíquico e até risco para suicídio, como alertam os jornais examinados neste estudo. Por conseguinte, a demanda por serviços de saúde será aumentada.

O Brasil possui um sistema público universal que abrange mais de 200 milhões de pessoas, limitado a subfinanciamento e desigualdades. Concomitantemente, existe um setor privado dinâmico, que inclui prestadores privados ao SUS, e um segmento de planos e seguros de saúde, ao qual estão vinculadas cerca de 50 milhões de pessoas, ou 25% da população brasileira, que também utiliza o sistema público de saúde³⁹, potencializando, assim, o desafio de garantir universalidade e equidade.

No Chile, há incapacidade das políticas públicas em atender às necessidades sociais e de saúde, que foram potencializadas pelas consequências do descuido e do abandono na pandemia de uma população cada vez mais idosa. Nesse país, o sistema de saúde público é subfinanciado e insuficientemente equipado, resultando em longas listas de espera para tratamento especializado e procedimentos complexos, afetando de forma direta os mais velhos, pobres e com condições crônicas⁴⁰.

As vulnerabilidades pelas quais as pessoas idosas estão expostas fazem com que haja manifestações anti-idade nas redes sociais, as quais incluem piadas ou ridicularização à pessoa idosa, minimização do impacto da Covid-19 na população em geral e/ou sugestões de que a vida da pessoa mais velha é menos valiosa que as demais⁴¹.

Os jornais examinados no presente estudo fizeram importantes denúncias sobre o

idadismo na pandemia, o qual ganhou força através de memes na internet e piadas hostis que sugerem aniquilar as pessoas, por meio de uma caçada aos ‘velhos infratores’, tal qual a carrocinha em busca de cães abandonados, com ameaças de multa, prisão, perda de aposentadoria. Ainda, a Covid-19 foi intitulada ‘doença de velho’, e o coronavírus rotulado de ‘coronavírus’ ou ‘*baby remover*’, manifestações evidentes do preconceito etário, inclusive dentro do próprio núcleo familiar, o qual se espera que seja o primeiro a proteger e defender a pessoa (*quadros 1 e 2*. Fragmentos N36_FSP; N22_LT; N20_G; N12_FSP).

No entanto, a estigmatização acontece nas interações familiares a partir de atitudes de descrédito, desprezo e do emprego de adjetivos depreciativos que são assimilados pelas pessoas e conformam a autoimagem e uma identidade deteriorada da pessoa que deixa de atender às expectativas sociais. E o afastamento ou abandono por parte da família são comuns, especialmente em situações de dificuldades físicas que requeiram maior atenção e cuidado de proteção⁴². A necessidade do isolamento social favoreceu o descuido e a solidão das pessoas idosas, perpetrado tanto por familiares quanto por atores sociais das mais variadas esferas públicas, como as instituições sociais e de saúde e a sociedade como um todo.

O distanciamento social, que possuía intenção inicial de evitar a contaminação pelo vírus, foi sequenciado pelo abandono e pela vulnerabilidade à violência, visto que a dependência de terceiros para a realização de suas atividades instrumentais e/ou básicas de vida diária, somada ao reduzido apoio social formal e informal, consequente do isolamento, torna esse grupo um alvo de diferentes formas de violência praticadas no domicílio⁴³. Os momentos de distanciamento social deveriam ter a intenção de preservar e proteger a vida, ficando a autonomia e a independência resguardadas, uma vez que são alicerces para o envelhecimento saudável, e não se pode retroceder com relação à preservação da dignidade da pessoa idosa⁴⁴.

O impacto global do ageísmo é refletido na exclusão da pessoa idosa da pauta das agências de pesquisa em saúde; na desvalorização da vida; falta de trabalho; negação de acesso a cuidados de saúde e tratamentos; redução da longevidade; rebaixamento da qualidade de vida e do bem-estar; adesão a comportamentos de risco para saúde; empobrecimento das relações sociais; adoecimento físico, mental e deficiência cognitiva, indicando que as consequências desse fenômeno alcançam os níveis tanto estrutural quanto individual e afetam a saúde da pessoa idosa em seus múltiplos domínios⁴⁵.

Ao confirmar, neste estudo, que o ageísmo expressado na pandemia perpassou os níveis de origem macro, meso e microestrutural, seu enfrentamento requer ações dirigidas aos grupos que operam tal fenômeno. As intervenções para redução do ageísmo se fundamentam em ações educacionais e intergeracionais e devem se constituir em prioridade, tendo em vista que já foram testadas e demonstraram efeitos particularmente favoráveis ao combate de atitudes negativas relacionadas ao envelhecimento⁴⁶.

Além disso, dado que o preconceito etário constitui uma crise global, devem ser desenvolvidas intervenções adaptadas aos diferentes contextos nacionais e culturais, por meio de políticas públicas efetivas, com vistas à melhoria das condições de saúde e do bem-estar da pessoa idosa. Combater o preconceito etário interessa não somente à população já envelhecida, mas, também, à sociedade como um todo, por meio do fortalecimento de laços intergeracionais, de forma a ressignificar os vínculos com a pessoa idosa, com atitudes de respeito, valorização e consideração para com esse público⁴⁴.

Ainda, gestores, formuladores de políticas, profissionais da saúde e da comunicação devem estar cientes dos problemas do ageísmo, da amplitude das consequências desse fenômeno e precisam se atentar às narrativas que constroem e veiculam pelos meios de comunicação²⁶, visto que o preconceito de

idade pode ser perpetuado por vias políticas e também pela mídia, no local de trabalho e nas interações cotidianas casuais com o grupo populacional em questão⁴⁷.

Como contribuições para a saúde coletiva, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de se difundir os conhecimentos sobre ageísmo, suas formas de expressão e implicações para a pessoa idosa junto aos grupos que originam esse fenômeno, nos meios de comunicação, na esfera pública e na formação profissional; desenvolver e implementar políticas públicas que sejam capazes de incluir a pessoa idosa, respeitando seus direitos e sua autonomia. Ao reconhecerem as expressões e características do ageísmo contra esse grupo populacional, trabalhadores da saúde, da comunicação, familiares e sociedade podem adotar uma postura autovigilante no combate ao preconceito etário.

Este estudo tem como limitações o fato de conferir uma análise amostral apenas de jornais do Chile e do Brasil, de modo que a inclusão de outros países poderia trazer achados distintos, não se podendo generalizar os resultados. É possível a existência de notícias de jornais que não foram recuperadas na busca e que poderiam apresentar respostas à questão de pesquisa. Ainda, há impossibilidade de apresentar os dados empíricos sobre as medidas de enfrentamento do ageísmo contra pessoas idosas, em decorrência das limitações de espaço para descrição e análise dos resultados.

Considerações finais

As expressões do ageísmo encontradas nos jornais envolvem imagens e atitudes discriminatórias e que posicionam a pessoa idosa no lugar do 'outro da pandemia', que são originadas pela própria pessoa idosa no nível micro; por familiares, gestores e políticos, instituições sociais e de saúde e mercado de trabalho no nível meso; e pela sociedade e pelo Estado no nível macroestrutural. Essas

expressões geraram implicações negativas em diversos âmbitos da vida e da saúde tanto no contexto do Brasil quanto do Chile, podendo tornar a população idosa ainda mais vulnerável a iniquidades e desigualdades sociais e em saúde. Medidas restritivas para conter o avanço da pandemia evidenciaram situações de preconceito e discriminação etária, cujas implicações podem gerar mais necessidades e demandas por serviços públicos, carecendo, assim, de investigações a esse respeito.

As conquistas alcançadas a partir da luta de entidades, movimentos sociais e fóruns diversos que defendem os direitos da pessoa idosa, e que também são protagonizados ativamente por esse grupo populacional, estão ameaçadas de recuos e perdas, tamanhos são os retrocessos acelerados pelas crises sanitárias, econômicas, sociais e políticas e pelas incertezas do cenário pós-pandemia em médio e longo prazos.

Colaboradoras

Araújo PO (0000-0002-7941-9263)*, Freitas RA (0000-0002-9367-3639)*, Duarte ED (0000-0001-8170-7523)*, Cares LJ (0000-0002-4857-5343)*, Rodríguez KA (0000-0002-0360-3865)*, Guerra V (0000-0003-2093-2334)* e Carvalho ESS (0000-0003-4564-0768)* ofereceram contribuições substanciais para a concepção ou *design* do manuscrito, análise ou interpretação de dados para o trabalho; participaram da elaboração do trabalho e da revisão crítica do conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão a ser publicada; concordam em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas. ■

Referências

- Morais H, Oliveira R. Saúde é Política. A pandemia da COVID-19 é Política: apontamentos para o debate. Estudos Universitários Revista de Cultura. 2020 [acesso em 2022 jul 18]; 37(1):16-29. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/estudosuniversitarios/article/view/248760>.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Emenda Constitucional n. 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil; 2016.
- Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. Cad. Saúde Pública. 2020 [acesso em 2022 jul 16]; 36(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Flores RAR, Abagaro CP, Alves SV, et al. Impactos del COVID-19 en América Latina: políticas sanitarias disímiles, resultados dispares. La situación de Argentina, Brasil, Chile y México. In: Pereira AC, Boy M, Rosales FRA, et al., editores. La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo; 2021. p. 29-65.
5. Bernardini D. Nueva normalidad, nueva longevidad: ser mayor en tiempos de COVID-19. In: Marín CR, editor. La vejez. Reflexiones de la post pandemic. Medellín: Opción Colombia; 2020 [acceso em 2022 jul 15]. p. 65-80. Disponível em: https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/vejez_reflexiones_post_pandemia.pdf.
6. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, et al. Ageism and COVID-19: what does our society’s response say about us? Age Ageing. 2020 [acceso em 2022 jul 18]; 49(5):692-695. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa097>.
7. Butler RN. Age-ism: Another form of bigotry. The Gerontologist. 1969 [acceso em 2022 jul 17]; 9(4):243-246. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/4_Part_1/243/569551?redirectedFrom=fulltext&login=false.
8. Ayalon L, Tesch-Romer C. Introduction to the Section: Ageism-Concept and Origins. In: Ayalon L, Tesch-Romer C, editores. Contemporary Perspectives on Ageism. Springer One; 2018. p. 1-10.
9. Butler RN. Ageism: A Foreword. J. Soc. Nat. Inst. Aging. 1980 [acceso em 2022 jul 16]; 36(2):8-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>.
10. Marques S, Mariano J, Mendonça J, et al. Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2020 [acceso em 2022 jul 15]; 17(7):2560. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17072560>.
11. Lichtenstein B. From “Coffin Dodger” to “Boomer Remover”: Outbreaks of ageism in three countries with divergent approaches to coronavirus control. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2021 [acceso em 2022 jul 18]; 76(4):e206-e212. Disponível em: <https://doi.org/10.1093%2Fgeronb%2Fgbaa102>.
12. Vervoort D, Luc JG. Hashtag Global Surgery: The role of social media in advancing the field of global surgery. Cureus. 2020 [acceso em 2022 jul 18]; 12(6):e8468. Disponível em: <https://doi.org/10.7759%2Fcureus.8468>.
13. Feo Acevedo C, Feo Istúriz O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. Saúde debate. 2013 [acceso em 2022 jul 18]; 37(96):84-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000100010>.
14. Casero-Ripollés A. Impacto da Covid-19 nos sistemas de mídia: consequências comunicativas e democráticas do consumo de notícias durante o surto. Comunicação e Educação. 2020 [acceso em 2022 jul 19]; 25(1):109-129. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v25i1p109-129>.
15. Silva MF, Silva DSM, Bacurau AGM, et al. Ageismo contra idosos no contexto da pandemia da covid-19: uma revisão integrativa. Rev. Saúde Pública. 2021 [acceso em 2022 jul 18]; 55(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003082>.
16. Chile. Ministerio de Salud. Resolución n. 215 exenta. Dispone medidas sanitárias que indica por brote de COVID-19. Diario Oficial de la republica de Chile. N.42.619-B. Santiago. 30 Mar 2020.
17. Chile. Ministerio de Salud. Resolución n. 347 exenta. Dispone medidas sanitárias que indica por brote de COVID-19. Diario Oficial de la republica de Chile, N. 42.655. Santiago. 13 Mayo 2020.
18. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC; 2002. (Apostila).
19. Newman N, Fletcher R, Schulz A, et al. Reuters Institute Digital News Report 2021. Reut. Inst. Stud. J. 2021. [acceso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3873260>.
20. Organização Pan-americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é ago-

- ra caracterizada como pandemia; 2020. [acesso em 2021 jun 19]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018 [acesso em 2022 jul 18]; 169(7):467-473. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>.
 22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology.* 2006 [acesso em 2022 jul 17]; 3(2):77-101. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>.
 23. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage; 1994. p. 105-117.
 24. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health.* 2020 [acesso em 2022 jul 18]; 5(5):e256. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
 25. Previtali F, Allen LD, Varlamova M. Not Only Virus Spread: The Diffusion of Ageism during the Outbreak of COVID-19. *J Aging Soc Policy.* 2020 [acesso em 2022 jul 17]; 32(4-5):506-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1772002>.
 26. Ayalon L. There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *Int Psychogeriatr.* 2020 [acesso em 2022 jul 16]; 32(10):1221-1224. Disponível em: <https://doi.org/10.1017%2FS1041610220000575>.
 27. Skoog I. COVID-19 and mental health among older people in Sweden. *Int. Psychogeriatr.* 2020 [acesso em 2022 jul 27]; 32(10):1173-1175. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s104161022000143x>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epid.* 2020 [acesso em 2020 set 21]; (9). Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/12/2020-04-11-BE9-Boletim-do-COE.pdf>.
 29. Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública División de Planificación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. Informe Epidemiológico. *Personas Mayores con COVID-19.* Santiago: MS; 2020. [acesso em 2021 set 21]. Disponível em: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/PM_COVID_SE_24_2021.pdf.
 30. Rahman A, Jahan Y. Defining a 'Risk Group' and Ageism in the Era of COVID-19. *J Loss Trauma.* 2020 [acesso em 2022 jul 17]; 25(8):631-634. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1757993>.
 31. Torres-Marín B. El derecho a envejecer con dignidad no se confina. In: Marín CR, editor. *La vejez: reflexiones de la postpandemia.* Medellín: Opción Colombia; 2020. p. 225-233. [acesso em 2022 jul 19]. Disponível em: https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/vejez_reflexiones_post_pandemia.pdf.
 32. Muñoz CM, Hidalgo FA. La sobrevivencia en la vejez en Chile: lo que muestra la pandemia sobre la protección social. In: Abagaro CP, Boy M, Flores RAR, et al., editores. *La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo; 2021. p. 251-272. [acesso em 2022 jul 18]. Disponível em: <https://www.teseopress.com/pandemiasocial/chapter/la-sobrevivencia-en-la-vejez-en-chile-lo-que-muestra-la->
 33. Ochoa-Rosales C, Gonzalez-Jaramillo N, Vera-Calzaretta A, et al. Impacto de diferentes medidas de mitigación en el curso de la pandemia de COVID-19 en Chile: proyección preliminar para el período del 14 de abril al 14 de mayo. *Rev. salud pública.* 2020 [acesso em 2021 out 1]; 22(2):e205. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n2.86380>.
 34. Valera L, Carrasco MA, López R, et al. Orientaciones éticas para la toma de decisiones médicas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Chile. *Rev. Med. Chile.* 2020 [acesso em 2022 jul 18]; 148(3):393-398. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000300393>.

35. Abagaro CP, Boy M, Flores RAR, et al., coordenadores. La pandemia social de COVID-19 en América Latina: reflexiones desde la Salud Colectiva. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo; 2021. 280 p. [acesso em 2022 jul 17]. Disponível em: <https://www.teseopress.com/pandemiasocial/chapter/la-sobrevivencia-en-la-vejez-en-chile-lo-que-muestra-la/>.
36. Rosa CM. A velhice da morte. In: Marín CR, editor. La vejez: reflexiones de la postpandemia. Medellín: Opción Colombia; 2020. p. 151-161. [acesso em 2022 jul 17]. Disponível em: https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/vejez_reflexiones_post_pandemia.pdf.
37. Camarano AA. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? Ciênc. Saúde Colet. 2020 [acesso em 2022 jul 16]; 25(2):4169-4176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.30042020>.
38. Vives A, Gray N, González F, et al. Gender and Ageing at Work in Chile: Employment, Working Conditions, Work-Life Balance and Health of Men and Women in an Ageing Workforce. Annals of Work Exposures and Health. 2018 [acesso em 2022 jul 18]; 62(4):475-489. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy021>.
39. Machado CV. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: Diferentes caminhos, muitos desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2022 jul 18]; 23(7):2197-2212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>.
40. Moreno X, Lera L, Moreno F, et al. Socioeconomic inequalities in life expectancy and disability-free life expectancy among Chilean older adults: evidence from a longitudinal study. BMC Geriatrics. 2021 [acesso em 2022 jul 14]; 21(1):176. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02126-9>.
41. Jimenez-Sotomayor MR, Gomez-Moreno C, Soto-Perez-de-Celis E. Coronavirus, Ageism, and Twitter: An Evaluation of Tweets about Older Adults and COVID-19. J Am. Geriatr. Soc. 2020 [acesso em 2022 jul 16]; 68(8):1661-1665. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.16508>.
42. Carvalho ESS, Carneiro JM, Gomes AS, et al. Why does your pain never get better? Stigma and coping mechanism in people with sickle cell disease. Rev. Bras. Enferm. 2021 [acesso em 2022 jul 14]; 74(3):e20200831. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0831>.
43. Moraes CL, Marques ES, Ribeiro AP, et al. Violência contra idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. Ciênc. Saúde Colet. 2020 [acesso em 2022 jul 14]; 25(supl2):4177-4184. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27662020>.
44. Hammerschmidt KSA, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. Cogitare enferm. 2020 [acesso em 2021 set 21]; (25):e72846. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.
45. Chang ES, Kanno S, Levy S, et al. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PLoS One. 2020 [acesso em 2022 jul 16]; 15(1):e0220857. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>.
46. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR Jr, et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A systematic review and meta-analysis. Am J Public Health. 2019 [acesso em 2022 jul 18]; 109(8):e1-e9. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.2019.305123>.
47. Wister A, Speechley M. COVID-19: Pandemic Risk, Resilience and Possibilities for Aging Research. Can J Aging. 2020 [acesso em 2022 jul 17]; 39(3):344-347. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0714980820000215>.

Recebido em 03/12/2021

Aprovado em 10/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPPG-UEFS) através do Programa de Apoio à Pós-Graduação (Proap) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (Capes)

Structure and responsiveness: are Primary Health Care Units prepared to face COVID-19?

Estrutura e responsividade: a Atenção Primária à Saúde está preparada para o enfrentamento da Covid-19?

Denise de Lima Costa Furlanetto¹, Wallace Dos Santos^{1,2}, Magda Duarte dos Anjos Scherer^{1,3}, Fabrício Vieira Cavalcante¹, Aimê Oliveira¹, Klébya Hellen Dantas de Oliveira¹, Ricardo Ramos dos Santos², Thaís Alessa Leite², Katia Crestine Poças¹, Leonor Maria Pacheco Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213403

ABSTRACT The COVID-19 pandemic reinforced the need for global efforts to grant universal health coverage and access, which imposes management challenges for Primary Health Care (PHC). This study aimed to develop and apply an instrument to assess the PHC Units' responsiveness to COVID-19, based on co-production efforts between university researchers and PHC technical teams. The instrument composed of two modules, included identification, operating hours, workforce, work process, structure, equipment, furniture, supplies, Personal Protection Equipment (PPE), Symptomatic Respiratory Patient (SRP) examinations and follow-up, information, surveillance, integration, communication, and management. All the 165 PHC Units in Brasília were invited to complete the instrument. Main results: there was physical structure adaptation (adequate configuration of waiting rooms, internal and external spaces allowing safe distance); provision of PPE and COVID-19 tests; active search for SRP/COVID-19 suspects by phone, mobile or home visits; monitoring flows of patient transfer and telehealth implementation. In conclusion, the PHC Units reorganized their services to meet the demands of the pandemic context. Providing information about structure and responsiveness of PHC Units may subsidize health systems for planning and decision-making at different levels of management, which is crucial to determine strategies to empower and reinforce PHC responsivity in situations of pandemics and other calamities.

KEYWORDS COVID-19. Primary Health Care. Structure of services. Evaluation study. Health services research.

RESUMO A pandemia de Covid-19 reforçou a necessidade de esforços globais para garantir cobertura e acesso universal à saúde, impondo desafios na gestão da Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo objetivou desenvolver e aplicar um instrumento de avaliação da responsividade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) diante da Covid-19, baseado na coprodução entre pesquisadores universitários e equipes técnicas da APS. O instrumento, dividido em dois módulos, incluiu identificação; horário de funcionamento; processo de trabalho; estrutura física, equipamentos, mobiliário, suprimentos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI); atendimento, exames e acompanhamento de Usuários Sintomáticos Respiratórios (USR); vigilância, integração, comunicação e gestão. Todas as 165 UBS foram convidadas a completar o instrumento. Principais resultados: houve readequação da estrutura física (salas de espera, espaços internos/externos); fornecimento de EPI e de testes Covid-19, busca ativa de USR/suspeitos Covid-19 por telefone/visitas domiciliares, monitoramento de fluxos de transferência de pacientes e tele-saúde. Concluindo, as UBS reorganizaram seus serviços para atender necessidades da pandemia. Fornecer informações sobre estrutura e capacidade de resposta das UBS pode subsidiar sistemas de saúde para planejamento e tomada de decisões, em diferentes níveis de gestão, crucial para determinar estratégias para reforçar a responsividade da APS em situações de pandemias e outras calamidades.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Estrutura de serviços. Estudo de avaliação. Pesquisa de serviços de saúde.

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brazil. dlcfurla@hotmail.com

²Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brazil.

³Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRDT), Conservatoire des Arts et Métiers (CNAM) – Paris, France.

Introduction

Health systems in high and low-middle income countries have faced the challenge of dealing with the existing high prevalence of chronic non-communicable diseases, along with pandemics that represent a global risk. Spread worldwide, COVID-19 has reinforced the need for joint efforts aimed at strengthening Universal Health Coverage (UHC) and access to health services, which imposes management challenges to Primary Health Care (PHC) Units¹⁻⁴. Investing in PHC is a priority for improving access to health.

The COVID-19 pandemic highlights the role of PHC as the preferred entrance door integrated into a wider healthcare network within the scope of the Brazilian Unified Health System (SUS). Similarly, other countries, such as the United Kingdom, Australia, and Iceland, have PHC as the preferred gateway and filter for more complex levels of care⁵. Considering that primary care is where most healthcare takes place, it is essential to find ways to best sustain its services to provide the necessary responses to pandemics⁶.

The availability of tools may subsidize health managers and direct the investments needed to allow the implementation of appropriate strategies towards improving PHC. The complexity of PHC evaluation is recognized and the importance of information production before defining interventions towards PHC services⁷ is highlighted. To tackle the challenges imposed by local reality, especially in the context of extreme situations as the pandemic scenario, it is even more relevant to have elements to optimize quick responses. That way, constructing instruments based on existing experiences, but also dialoguing with local reality, may be innovative and useful to health services.

Evaluating health services from the perspective of the concept of responsiveness may bring the opportunity to guide reorientation of practices with greater chance to have adherence and commitment and consequently better respond to the actual needs. Responsiveness is a measure of how health systems address expectations of people in a legitimate way⁸.

The aim of this study was the development and application of an instrument to analyze the structures and responsiveness of PHC Units to COVID-19, in order to identify resource availability and gaps, enabling the necessary adjustments.

Material and methods

Background

An instrument was developed as part of the activities related to the ongoing PHC Qualification Program (QualisAPS), implemented in Brasília, Federal District (DF), the capital of Brazil. This PHC is based on the Family Health Strategy (FHS), as defined by the local government directive since 2017⁹. The QualisAPS Program, implemented in 2019, aims to qualify management and health care to improve the PHC services provided. It involves the use of innovative methods for coproduction and the development of participatory assessment for healthcare teams, scientific dissemination, and diffusion and incorporation of knowledge.

The structure is an important component of health systems. In this study, structure is defined as the physical, technical, and organizational aspects considered essential for the quality of health service provision¹⁰.

Methodology for instrument development

The instrument was developed according to the general guidelines for PHC services, in addition to the Contingency plans and Technical Notes that dealt specifically with adaptations and reorganization of PHC to tackle the COVID-19 pandemic at the local level.

Initially, a literature review was performed using the documentary analysis method. The review included norms and technical documents from the Ministry of Health and the local Health Secretariat, such as guides, manuals, and guidelines for clinical and organizational support of PHC, elaborated in the context of the pandemic (*box 1*).

Box 1. Regulations and technical documents used to prepare the instrument for analyzing the structure and response capacity of the Primary Health Care Units to COVID-19

Regulation/ Technical Document	Description	Source
National Program for Improving Access and Quality in Primary Care	The PMAQ/AB intends to increase the transfer of funds from the Federal level to participating municipalities, aiming at improving the quality of health services through the qualification, monitoring, and evaluation of work processes.	(a ₁) (a ₂)
Self-assessment for improving access and quality of primary care	The AMAQ/AB instrument was developed in the context of the 'Health Closer to You' program, from which the PMAQ was developed, with the objective of encouraging the evaluation of primary care.	(b)
Physical structure manual of Primary Health Care Units	It aims to assist in the conception and strengthening of the Family Health Strategy (FHS), suggesting the elaboration of renovation, construction, and expansion of PHC Units projects to enable the physical structure to facilitate the improvement of health practices.	(c)
Ordinance No. 77, of Feb 14, 2017, which establishes the PHC Policy of the Federal District. DODF No. 33, Section 1, 2, and 3, Feb 15, 2017.	Establishes the Federal District's Primary Health Care Policy: principles, guidelines, administrative organization of teams, PHC Units, management of PHC and organization of services in the territory, planning, monitoring, and evaluation of health actions, patient access, reception, and risk classification. The organization of the work schedule and agenda, the supply of medicines and health products, collection of tests, organization of vaccination, regulation for specialties, transport, permanent health education and health surveillance.	(d)
DF Contingency Plan for Human Infection by the Novel Coronavirus	Characterizes the degree of response and the organization of command to be made at each level of response to human infection by the Novel Coronavirus.	(e)
Technical Note COAPS/SAIS/SES. COVID-19 No. 01/2020 v2	Clinical and organizational support in addressing the Patient with Suspected Coronavirus Disease (COVID-19) in the PHC of the State Department of Health of the DF.	(f)
CONASS Healthcare network service during COVID-19 pandemic	It aims to provide instruments, guidance, management, and control of conditions in the healthcare service network during the COVID-19 pandemic.	(g)
WHO case management of COVID-19 in health facility and community	Intended for decision-makers, aiming at improving the care of patients with COVID-19 regarding treatment, without compromising the actions of public health services and health professionals.	(h)
Health Care Protocol: PHC Nursing Guide	Description of Standard Operating Procedures and their flowcharts in nursing care in PHC.	(i)
Technical Report of Primary Care No. 01 Brasília, Aug 4, 2020	Characterization of the role of Family Health Teams in the prevention, control, and management of COVID-19.	(j)

Source: Self elaborated.

(a₁) http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

(a₂) http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf

(b) <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>

(c) http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf

(d) http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html

(e) <https://www.saude.df.gov.br/tag/plano-de-contingencia/>

(f) http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/NOTA_TECNICA-APS-COVID19_2-versao_27032020-1.pdf

(g) <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/04/ATENDIMENTO-DA-REDE-DE-ATENCAO-A-SAUDE-PANDEMIA.pdf>

(h) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(i) https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/ENFERMAGEM-1-Protocolo_Final_Parte_1.pdf

(j) SEI Process 00060-00149762/2020-41 (SES-DF).

From the document analysis, we identified and developed items to measure indicators for each of the structural axes of PHC during the COVID-19 pandemic: functioning during the COVID-19 pandemic, workforce, organization, and work processes of health teams. Thus physical structure, equipment, furniture and supplies; Personal Protective Equipment (PPE) and collective protection measures; follow-up of the patients and exams; and information, surveillance, integration, communication, and management of health services were considered.

The following step included a panel of experts composed of a group of specialists in PHC from the University of Brasília (QualisAPS members) and from Federal University of São Paulo – UNIFESP (invited member), and health professionals from the local of Health Secretariat. The group reviewed all items of the instrument for criteria of clarity, simplicity, objectivity, and technical and contextual adequacy and provided feedback on necessary items on each structure axis.

The expert panel technique has been utilized in a great variety of health research studies^{11,12}. Its implementation in this study was based on the QualisAPS Program postulate that the best strategy to encourage the use of evaluation results is to build any instrument in the context in which it will be applied. Also, besides taking into consideration the literature reports, it is relevant to consider experiences, interests, and problems detected and seen as significant by health managers and professionals¹³⁻¹⁵, in a co-production perspective¹⁶⁻¹⁸.

METHODOLOGY FOR INSTRUMENT APPLICATION

We applied the software Research Eletronic Data Capture (REDCap), an open access platform, for data collection, developed by the Vanderbilt University, Tennessee, USA. REDCap allows storing and managing research and databases, as well as creating data collection instruments, managing reports, among

other functionalities^{19,20}.

Before application, the instrument's axes were divided into two modules to be applied through telephone interviews and through self-completion, respectively. The axes that included information readily available by the PHC Unit managers were surveyed by telephone interviews. The axes that required searches from internal reports and information systems were allocated to the self-completion link and sent when the telephone interview was concluded.

At this stage, the instrument was pretested by health managers of two PHC Units in Brasília. The issues raised, mainly related to clarity and language adequacy, were modified. The average time for the instrument application was identified as 45 minutes for the telephone interview and 60 minutes for the self-completion instrument. The instrument was developed in June-July 2020, period of the first pandemic wave; data collection occurred from August 2020 to January 2021, before the second pandemic wave in Brasília, which happened in March 2021.

The units of analysis are the PHC Units of Brasília. The potential respondents are the Unit's managers who were first contacted by telephone. After the arrangements for the interview, an email was sent to reinforce the information provided on the phone call. The informed consent form was sent by email and signed before the telephone interview date. This study was approved by the Ethical Committee from the Faculty of Health Sciences of University of Brasília (CAAE no.29640120.6.0000.0030).

Results and discussion

Instrument structure

The final version of the instrument designed to analyze the structure and responsiveness of PHC Units to COVID-19 was composed

of 11 thematic axes, with a total of 127 items, distributed in two modules. The telephone-based module consists of 60 items distributed between axis 1 (respondent identification), axis 2 (identification of PHC Unit), axis 5 (organization and work process), axis 6 (structure), axis 8 (PPE), and axis 11 (management) (figure 1). The self-completion module is composed of 67 items organized in axis 3 (functioning of PHC Unit during the COVID-19 pandemic), axis 4 (workforce), axis 7 (equipment, furniture and supplies), axis 9 (patient follow-up and examinations), and axis 10 (information,

surveillance, integration, and communication) (figure 2).

The instrument was planned to encompass the PHC's attributions, and its different dimensions of organization and functioning to provide comprehensive care. Therefore, the evaluation included identification, functioning hours, workforce, work process, structure, equipment, furniture, supplies, PPE, Symptomatic Respiratory Patient (SRP)/ COVID-19 suspects' examinations and follow-up, information, surveillance, integration, communication, and management.

Figure 1. Telephone-based instrument module elaborated to evaluate structure and responsiveness of Primary Health Care Units to COVID-19. Brasília, DF, 2020


 QualisAPS
<p>AXIS 1 IDENTIFICATION OF THE RESPONDENT</p> <p>1.1 Full name of the respondent at the Primary Health Care Unit (PHC Unit) _____</p> <p>1.2 E-mail _____</p> <p>1.3 Position of respondent _____</p>
<p>AXIS 2 IDENTIFICATION OF PHC UNIT</p> <p>2.1 Health/ Administrative Region: _____</p> <p>2.2 Name of PHC Unit: _____</p> <p>2.3 Location? a. Urban area b. Rural area</p> <p>2.4 Type of PHC Unit: a. Type 1 b. Type 2 c. Type 2 with extended hours (Saúde na Hora)</p> <p>2.5 Is this a Sentinel Unit for surveillance of Influenza Syndrome and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) and performs epidemiological surveillance through case identification and notification? a. Yes b. No</p>
<p>AXIS 5 ORGANIZATION AND WORK PROCESS</p> <p>5.1 Are there health workers located at the entrance of PHC Unit to identify and assist the reception of symptomatic respiratory patients (SRP) or COVID-19 suspects? a. Yes, always b. Yes, sometimes c. No (skip to 5.2)</p> <p>5.1.1 If yes, which workers are assigned to this duty? _____</p> <p>5.2 Do health workers perform the SRP risk classification? a. Yes b. No (skip to 5.3)</p> <p>5.2.1 If yes, which workers perform this duty? _____</p> <p>5.3 Are there exclusive workers assigned to the SRP service scale? a. Yes b. No (skip to 5.4)</p> <p>5.3.1 If so, which and how many workers perform this duty? _____</p> <p>5.4 Does the PHC Unit welcome and listen actively to patients, even if they are not in the coverage area? a. Yes b. No</p> <p>5.5 Is the pre-defined reception flow for the SRP used? a. Yes b. No (skip to 5.6)</p> <p>5.5.1 If yes, is there physical space reserved for guidance on the use of masks and hand hygiene? a. Yes b. No</p> <p>5.6 For cases in which hospitalization was not indicated, is home monitoring of the patient and his/her home contacts performed (active search)? a. Yes b. No (skip to 5.7)</p> <p>5.6.1 If yes, what is the periodicity? _____</p> <p>5.6.2 How is this home monitoring conducted? a. By phone or mobile b. By home visit</p> <p>5.7 Are the teams conducting home visits, including active search for new SRP cases? a. Yes b. No (skip to 5.8)</p> <p>5.7.1 If so, which team workers are conducting home visits? _____</p> <p>5.8 In general, do workers prioritize situations of greater risk of clinical and social vulnerability in consultations and elective home visits? a. Yes b. No (skip to 5.9)</p> <p>5.8.1 Which workers perform this duty? _____</p> <p>5.9 Has the population included in the risk group for COVID-19 been mapped by the teams? a. Yes b. No</p> <p>5.10 Do the teams advise the population about COVID-19 (preventive measures, signs and symptoms, others)? a. Yes b. No</p> <p>5.10.1 If so, which team workers have carried out these guidelines? _____</p>

Figure 1. (cont.)

5.11 What COVID-19 guidelines are offered to the population? a. Hygiene measures b. Proper use of gel alcohol and masks c. Social isolation measures d. Contagion prevention e. Measures of social distancing f. Procedures for suspected COVID-19 cases g. Signs and symptoms of COVID-19 h. Treatment guidelines for COVID-19

5.12 Are educational activities carried out at PHC Units for patient who are waiting for assistance? a. Yes b. No (Go to 5.13)
5.12.1 If so, which workers carry out these educational activities? _____

5.13 Is the population informed about the visits and exams performed at the PHC Units? a. Yes b. No (Go to 5.14)
5.13.1 If so, how? a. By telephone b. E-mail c. Message app d. During home visit e. At the reception

5.14 Are patients advised to arrive just 15 min. before consultation to avoid crowding the PHC Units reception and/or the teams' reception rooms? a. Yes b. No

5.15 How are elective appointments scheduled? a. By appointment b. By shifts c. By block of hours d. Not applicable

5.16 Are the psychosocial aspects of patients in situations of social isolation evaluated? a. Yes b. No (Go to 5.17)
5.16.1 If yes, by which workers? _____

5.17 Are there matrix support activities (psychology) at distance? a. Yes b. No

5.18 Have the professionals participated in team meetings during the COVID-19 pandemic? a. Yes b. No

5.19 Are there team meetings to discuss suspected COVID-19 cases? a. Yes b. No

5.20 Is vaccination organized to ensure little/no contact with patients who are at the PHC Units, to prevent COVID-19 transmission? a. Yes b. No

5.21 Does the pharmaceutical assistance accept the prescriptions with extension of validity to 60 days, without the need for renewal, in order to reduce the number of patients in PHC Units? a. Yes b. No

5.22 Does the pharmacy accept digitally certified prescriptions issued by telehealth?

AXIS 6 STRUCTURE

6.1 General characterization of the PHC Units ambience
6.1.1 Regarding the general characterization of the PHC Units' ambience, check if the following internal visible signs are present: The opening hours of PHC Units? List of services offered? The scale of professionals with names and working hours? PHC Unit contact(s) information: phone, email, WhatsApp, Instagram, Facebook? a. Yes b. No
6.1.2 Do signs, in your opinion, facilitate the orientation and circulation of patients and professionals? a. Yes b. No
6.1.3 Is there a service flow marked on the PHC Unit's floor to maintain a 2 meters minimum distance? a. Yes b. No
6.1.4 Is there adequate external space for the SRP to wait for assistance? a. Yes b. No
6.1.5 Is there an internal space reserved only for the SRP, far from the service rooms of other patients? a. Yes b. No
6.1.6 Is there a screening area for the SRP? a. Yes b. No
6.1.7 Is the space for the SRP close and does it have a bathroom for individual use? a. Yes b. No

6.2 In relation to the offices destined to consultation of SRP:
6.2.1 Are there offices dedicated exclusively to the care of the SRP? a. Yes b. No
6.2.2 Does the office have curtains/blinds? a. Yes b. No
6.2.3 Does the office furniture have surfaces that can be disinfected? a. Yes b. No
6.2.4 Is the office(s) ventilated? a. Yes b. No
6.2.5 At the time of SRP consultations, the doctor's office is maintained with:
a. Door open closed There is no door
b. Window open closed There is no window
c. Ventilator/fan on off There is no ventilator/fan
d. Air conditioner on off There is no air conditioner
6.2.6 Is there a sink with soap and water to allow frequent hand hygiene? a. Yes b. No
6.2.7 Are there physical barriers (PVC film, strip, etc.) to prevent transmission of COVID-19? a. Yes b. No

6.3 Is there a structure for managing contaminated waste at the PHC Unit? a. Yes b. No

6.4 Are there physical barriers or markings defining the distance between workers at the Unit? a. Yes b. No

6.5 Are there physical barriers or markings defining the distance between patients at the PHC Unit? a. Yes b. No

AXIS 8 PERSONAL PROTECTION EQUIPMENT (PPE)

8.1 Choose the option that best describes the availability of these PPE in the Unit:
a. Disposable surgical mask b. N95 or PFF2 mask c. Disposable hospital cap d. Safety glass e. Non-sterile latex proc gloves
f. Non-surgical nitrile procedure gloves g. Protective overalls h. Shoe covers
i. Face protector j. Disposable sterile surgical gown k. Surgical cap l. Disposable turban
 in sufficient quantity for the entire month
 in insufficient quantity for the entire month
 not currently available

8.2 Which PPE do workers use correctly and frequently?
a. Safety glasses or face shield b. Mask c. Disposable hat/cap/turban d. Waterproof surgical gown
e. Procedure gloves f. Closed shoes g. none

8.3 Which PPE are used by health workers while caring for patients suspect of having contracted COVID-19?
a. Safety glasses or face shield b. Mask c. Disposable hat/cap/turban d. Waterproof surgical gown
e. Procedure gloves f. Closed shoes g. none

8.4 Do health workers keep at least a one-meter distance while providing care for SRP? a. Yes b. No

8.5 Do health workers correctly use PPE while collecting test samples? a. Yes b. No

8.6 Do people with respiratory symptoms receive surgical masks when present at the PHC Unit? a. Yes b. No

Figure 1. (cont.)

8.7 Do health workers guide patients on the correct use a surgical/home-made masks, as well as explain care for mask hygiene? a.Yes b.No

8.8 Is 70% alcohol hand sanitizer available to patients suspected of having contracted COVID-19? a.Yes b.No

8.9 Is a person suspect of having contracted COVID-19 taken to an isolated and ventilated environment as a precaution to prevent transmission?

8.10 Are workers advised on the use of PPE and the maximum period masks may be used? a.Yes b.No

8.11 Do healthcare workers use N95, PFF2, or equivalent masks when performing aerosol-generating procedures (intubation or tracheal aspiration, non-invasive ventilation, cardiopulmonary resuscitation, manual ventilation before intubation, collections of nasotracheal samples)?

8.12 Do professionals correctly dispose of PPE? a.Yes b.No

8.13 Do workers wash their hands often? a.Yes b.No

8.14 Are objects and surfaces that have been touched cleaned and disinfected w/ 70% alcohol frequently? a.Yes always b.Yes some-times c.No

8.15 Is there a routine established for waste management? a.Yes b.No

8.16 Regarding administrative staff, health visitors, or other workers who listen to patients at the reception: Do these workers maintain a minimum distance of 2 meters? a.Yes b.No Do they wear a mask? a.Yes b.No

8.17 Are support and cleaning workers advised on the correct use and disposal of PPE? a.Yes b.No

8.18 Do cleaning workers use PPE correctly and frequently during the sanitation process of contaminated areas? a.Yes b.No

AXIS 11 MANAGEMENT

11.1 Regarding the Unit's management team, does the team monitor and manage, within its competencies:

a.The strategic stock of laboratory inputs for the diagnosis of human infection with the COVID-19 virus? a.Yes b.No

b.The strategic stock of medication for the treatment of suspected and confirmed cases of COVID-19? a.Yes b.No

c.The strategic stock of PPE for PHC Unit professionals? a.Yes b.No

d.The structure for permanent access to the telephone network, internet, consumer material and administrative furniture, and telephone and computer equipment? a.Yes b.No

e.Does the team have the knowledge about Standard Operating Procedure to collect data from e-SUS AB for monitoring suspect/confirmed cases of COVID-19/SRP? a.Yes b.No

11.2 Does the Unit manager participate in team meetings? a.Yes b.No

11.3 Is there some difficulty in offering and/or supplying and monitoring the strategic stock of the following: a.Laboratory supplies b.Medicines c.PPE d.None


11.4 Do the Unit's managers have daily access to the report with confirmed cases of COVID-19? a.Yes b.No

11.5 Is there a regulation or protocol for the surveillance and monitoring process in your Health Region? a.Yes b.No

11.6 Are there workers who have had contact with a suspected or confirmed case and do not show symptoms monitored? a.Yes b.No

Source: Self elaborated.

Figure 2. Self-completion instrument module elaborated to evaluate structure and responsiveness of Primary Health Care Units to COVID-19. Brasília, DF, 2020



AXIS 3 FUNCTIONING OF PHC UNIT DURING THE COVID-19 PANDEMIC

3.1 Have the PHC Unit face-to-face opening hours been modified due to COVID-19? a.Yes b.No (go to 3.2)

3.1.1 If so, what was the change? a.Expanded hours b.Reduced service hours

3.2 Currently, for which groups is the PHC Unit offering specific services? _____

3.3 Is the PHC Unit offering scheduled service? a.Yes b.No

3.3.1 If so, what percentage is used for these services? _____

3.4 Is the PHC Unit offering spontaneous demand service? a.Yes b.No

3.4.1 If so, what is the percentage of spontaneous demand? _____

3.5 Is the PHC Unit offering a telehealth service? a.Yes b.No

3.5.1 If so, which professionals are offering this service? _____

3.6 Is the PHC Unit offering telephone monitoring service for patients suspected of COVID-19? a.Yes b.No

3.6.1. If so, how many professionals are conducting telephone monitoring of patients suspected of having contracted COVID-19? _____

3.7 Is the PHC Unit working with priority care for patients who have respiratory symptoms? a.Yes b.No

3.8 Are other services being offered by the PHC Unit (in addition to those) during opening hours and days? a.Yes If so, which? _____ b.No

3.9 What is the population covered by the PHC Unit? _____

3.10 What is the population served by the PHC Unit? _____

3.11 Are there traditional people/communities in the area covered by the PHC Unit (indigenous, quilombolas, afro worship places, etc.)? a.Yes b.No

Figure 2. (cont.)

<p>AXIS 4 WORKFORCE</p> <p>4.1 How many Primary Health Care teams are there in the Unit? a.Family Health Strategy Team b.Oral Health Team c.Homeless Health Team d.Rural Family Health Team e.Family Health support center f.Vaccine Team g.Reception Room Team h.Pharmacy Team</p> <p>4.2 Do FHT have a NASF-AB to refer patients? 4.2.1 If yes, how many teams? _____</p> <p>4.3 Are FHT registered in the CNES? a.Yes b.No</p> <p>4.4 What is the total number of professionals in the PHC Unit and the number of hours per professional category?</p> <p>4.5 In the last month, what was the total number of absences per professional category? _____</p> <p>4.6 Have workers been asked to perform a different activity than usual in the last month? 4.6.1 If so, who and how many workers were affected?</p> <p>4.7 Have any workers from another point of care been moved to work in this PHC Unit? 4.7.1 If so, who and how many workers were affected?</p> <p>4.8 Are any workers telecommuting? a.Yes b.No (skip to 4.9) 4.8.1 If so, how many workers and in which tasks?</p> <p>4.9 Have any of the PHC Unit workers left due to being identified as belonging to a COVID-19 risk group? a.Yes b.No</p> <p>4.10 How many workers are on sick leave at the moment? _____</p> <p>4.11 How many workers have been away on suspicion of COVID-19 since the beginning of the pandemic by professional category? _____</p> <p>4.12 Which workers were removed due to COVID-19 since the beginning of the pandemic by professional category? _____</p> <p>4.13 Do workers with symptoms of COVID-19 remain in home isolation? _____</p> <p>4.14 Are workers being tested at the PHC Unit? a.Yes b.No</p> <p>4.15 For which of the following COVID-19 diagnostic tests did the PHC Unit train workers for sample collection? ()Swab ()Rapid Test ()Swab and Rapid Test ()None () Not applicable 4.15.1 Which workers are trained for each test? _____</p> <p>4.16 Did the teams receive training and/or guidance on the clinical management of COVID-19 in Primary Health Care? a.Yes b.No</p> <p>4.17 Did the teams receive training on how to advise the population to prevent COVID-19? 4.17.1 How was the training on COVID-19 carried out?</p> <p>AXIS 7 EQUIPMENT, FURNITURE AND SUPPLIES</p> <p>7.1 Equipment and materials available at the PHC Unit</p> <p>7.1.1 Are there phones in working condition and a telephone network available to teams? a.Yes b.No</p> <p>7.1.2 Are computers in working order and available to teams?</p> <p>7.1.3 Are there computers in the pharmacy in good condition? a.Yes b.No</p> <p>7.1.4 Are printers available in good conditions of use? a.Yes b.No</p> <p>7.1.5 What equipment those items that are available and in good conditions of use at the PHC Unit? (list of 24 equipments used in PHC)</p> <p>7.1.6 Are there alcohol gel dispensers/gel holders available and in good condition for patients in sufficient quantity? a.Yes b.No</p> <p>7.1.7 Are there alcohol gel dispensers/gel holders in good conditions of use and available for professionals in sufficient quantity? a.Yes b.No</p> <p>7.1.8 Are antiseptic dispensers available and in good conditions of use at the PHC Unit in sufficient quantity? a.Yes b.No</p> <p>7.1.9 Are antiseptic dispensers available and ready for use by professionals in sufficient quantity? a.Yes b.No</p> <p>7.1.10 Are liquid soap dispensers available and in good condition for patients in sufficient quantity? a.Yes b.No</p> <p>7.1.11 Are liquid soap dispensers available and ready for use by professionals in sufficient quantity? a.Yes b.No</p> <p>7.1.12 Choose among the following materials, those that the PHC Unit has available for COVID-19 tests sample storage (list of 7 storage supplies)</p> <p>7.2 Emergency cart</p> <p>7.2.1 Does the PHC Unit have a emergency cart? a.Yes b.No 7.2.1.1 If so, does the emergency cart have all the necessary supplies and equipment in working order, medicines, and mandatory materials in each compartment, in line with PHC Protocol guidelines? 7.2.1.2 Does it have a seal? 7.2.1.3 Does it have a check list? a.Yes b.No 7.2.1.4 When was the emergency cart last checked? _____ 7.2.1.5 Who was the professional responsible for the last check? ____ 7.2.1.5.1 Does the PHC Unit have trained professionals to use the emergency cart supplies and equipment available? a.Yes b.No</p> <p>7.3 Furniture</p> <p>7.3.1 Does the PHC Unit have tarpaulins or tents on the outside area? a.Yes b.No</p> <p>7.3.2 Does the PHC Unit have seats in good working condition that can be used in the patient's waiting room? a.Yes b.No 7.3.2.1 If so, the seats allow patients to maintain the recommended distance? a.Yes b.No</p> <p>7.3.3 Does the PHC Unit have large waste bins with lids and pedals in good working condition? a.Yes b.No</p> <p>7.4 Supplies</p> <p>7.4.1 Availability of O2, sanitizer, syringes, gauze, cotton, etc. (list of 23 medical supplies)</p> <p>7.5 Health tests</p> <p>7.5.1 Availability of tests: (a)COVID-19 swab (TR-PCR test) (b)COVID-19 rapid test (antibody) (c)Dengue rapid test</p> <p>7.6 Medicines for patients at the PHC Unit (list of 13 medicines)</p> <p>7.7 Office supplies (list of 10 office supplies)</p> <p>7.8 Vehicle</p> <p>7.8.1 Is there an ambulance/transport vehicle to take suspected cases of COVID-19 that are not critical back to their home?</p> <p>7.8.2 Is there an ambulance/transport vehicle to take serious suspected cases of COVID-19 that are critical to the referral unit? a.Yes b.No</p> <p>7.8.3 The transportation of suspected cases is carried out by: a.SAMU b.Fireman ambulance c.SES ambulance d.patient's own car</p> <p>7.8.4 Is there transportation available for driving professionals who perform home care for people with respiratory symptoms? a.Yes b.No</p>
--

Figure 2. (cont.)

<p>AXIS 9 PATIENT FOLLOW-UP AND EXAMINATIONS</p> <p>9.1.1 About home care and O2 supply: a.Does the team have access to the regulations that guide the risk classification for home care? b.Does the PHC Unit have a defined flow for monitoring patients eligible for the use of devices such as inhalers, vacuum cleaners, concentrators/cylinders for O2 therapy, non-invasive ventilation, and chronic care with tracheostomy? c.Does the team monitor patients in Long-Term Home Oxygen Therapy (LTOT) and Home Mechanical Ventilation (HMV)? d.Does the team monitor the O2 supply to patients eligible for LTOT and HMV? e.Is the team supported by the Regional Center for Home Care (RCHC) in the organization of home care? f.Does the FHT team have defined a flow with RCHC? g.Does the team follow protocols or guidelines for the management of inputs and medicines in home care?</p> <p>9.2 Flow for laboratory tests:</p> <p>9.2.1 Does the team know the MA-LACEN-0007 collection manual? (LACEN= Central Laboratory)</p> <p>9.2.2 Is the collection for dengue testing sent to LACEN?</p> <p>9.2.3 Is the collection of material for COVID-19 testing sent to LACEN?</p> <p>9.2.4 Is upper respiratory tract secretion collected in COVID-19/SRP investigation?</p> <p>9.2.5 How long does it take to send the collected material to the laboratory (average)?</p> <p>9.2.6 Is there a defined flow to send samples to LACEN?</p> <p>9.2.6.1 If yes, is there a vehicle available daily?</p> <p>9.2.6.2 Is there a vehicle available within 48h of collection?</p> <p>9.2.6.3 Does the vehicle follow a pre-established route between the PHC Units in the Health Region?</p> <p>9.2.6.4 If not, how the samples are sent?</p> <p>9.2.6.5 Is the vehicle made available to the PHC Unit after request by the Management of Primary Health Care Services? a.Yes b.No</p> <p>9.3 Has the PHC Unit already attended to any patient diagnosed with COVID-19 with complications, after they were discharged? a.Yes b.No</p> <p>9.4 If so, what were the complication(s)? a.Renal b.Hypertension c.Blood glucose changes d.Respiratory problem e.Others</p> <p>AXIS 10 INFORMATION, SURVEILLANCE, INTEGRATION, AND COMMUNICATION</p> <p>10.1 Does the team record clinical and production data in Information Systems systematically and within the established deadlines? a.Yes b.No</p> <p>10.2 Does the PHC Unit team have any difficulties in recording data in the Information Systems? a.Yes b.No</p> <p>10.3 Did the team receive guidance on the completion of care data of SRP and COVID-19, and their respective codes, in e-SUS? a.Yes b.No</p> <p>10.4 Does the team record the information of patients with suspected or confirmed COVID-19 diagnosis in the medical record? a.Yes b.No</p> <p>10.5 Does the team record the clinical monitoring of suspected/confirmed COVID-19 cases who are in home isolation in the information systems?</p> <p>10.6 Does the team record teleconsultation data on e-SUS? a.Yes b.No</p> <p>10.7 Does the team record the notifications of suspected cases of COVID-19 in the defined systems (e-SUS VE, SIVEP/Gripe)? a.Yes b.No</p> <p>10.8 Does the team/PHC Unit have a record of the historical series of visits made? a.Yes b.No</p> <p>10.9 Does the team analyze the demand and build a historical series of services? a.Yes b.No</p> <p>10.10 Does the team use information generated by the databases for planning and scheduling the offer and organizing the agenda? a.Yes b.No</p> <p>10.11 Is the percentage of SRP visits monitored in relation to the total number of visits made? a.Yes b.No</p> <p>10.12 Is the percentage of suspected cases of COVID-19 monitored in relation to the total number of cases? a.Yes b.No</p> <p>10.13 Do workers advise vulnerable families about the social benefits of the government? a.Yes b.No</p> <p>10.14 Does the team currently develop intersectoral actions in your territory? a. If so, with which organizations? (list of 6 organizations)</p> <p>10.15 Is the team mapping the elderly in the territory to the Adequate Housing Program during the COVID-19 pandemic in DF? a.Yes b.No</p> <p>10.16 Is the team advising the elderly in the territory about the Adequate Housing Program during the COVID-19 pandemic in DF? a.Yes b.No</p> <p>10.17 Are the notifications required by the Department of Health made within 24 hours? a.Yes b.No</p> <p>10.18 Is the notification accompanied by the completion of the form available at "https://notificacao.saude.gov.br"? a.Yes b.No</p> <p>10.19 Is the notification form being completed in the e-SUS Epidemiological Surveillance? a.Yes b.No</p> <p>10.20 Are the deadlines for returning laboratory results being met? a.Yes b.No</p> <p>10.21 Is there sharing the care of patients with the secondary care? a.Yes b.No</p> <p>10.22 When there are doubts about the management of the case, does the professional call the Epidemiological Surveillance and Immunization Center in your region? a.Yes b.No</p> <p>10.22.1 If so, do they respond in a timely manner to resolve the case? a.Yes b.No</p> <p>10.23 Are there agreed flow of patient care transfer to secondary level?</p> <p>10.23.1 If so, are the rules available for professionals to know? a.Yes b.No</p> <p>10.24 Are there agreed flow of patient care transfer to hospital level?</p> <p>10.24.1 If so, are the rules available for professionals? a.Yes b.No</p> <p>10.25 Are the agreed-upon flows adequate to address the transfer needs of patients? a.Yes b.No</p> <p>10.26 Does the PHC unit have information material about COVID-19 aimed at the patient?</p> <p>10.26.1 If so, what materials are available?</p> <p>10.26.2 Is the material available in a visible location for patients?</p> <p>10.26.3 Are these materials available in print for providing health education services?</p> <p>10.27 Have health professionals had access, in a timely manner (whenever necessary), to the protocols and technical regulations designed to provide guidance on COVID-19? a.Yes b.No 10.27.1 If so, how can these documents be accessed? (list of 10 possibilities)</p> <p>10.28 What Health Department publications have been used by PHC Unit workers to guide COVID-19 care? (list of 12 publications)</p>
--

Source: Self elaborated.

Results of instrument application

All 165 PHC Units functioning in Brasília, DF completed the telephone-based instrument, whereas 159 filled the self-completion module, from August 2020 to January 2021. Application of the instrument to evaluate the structure and

responsiveness was essential to describe the work process, structure and inputs' availability. Selected variables are presented in *tables 1 and 2*. The instrument covered other aspects related to the care of COVID-19 and Symptomatic Respiratory Patients (SRP), in addition to the ones presented in the following tables.

Table 1. Structure and responsiveness of Primary Health Care Units to COVID-19, as evaluated by telephone-based instrument module. Brasília, DF, August 2020-January 2021 (N =165)

Description of structure, inputs and procedures of Primary Health Care Units ^a	N	Proportion %
There are health workers at the entrance of PHC Units to identify and assist the reception of SRP/COVID-19 suspects	146	88.5
The professional assigned for SRP reception is the community health worker	118	80.9 ^b
The health workers perform the SRP/COVID-19 suspects risk classification	135	81.8
There is an adequate external space for the SRP/COVID-19 suspects to wait for assistance	135	81.8
There is an internal space reserved only for the SRP/COVID-19 suspects, far from the service rooms of other patients	99	60.0
There are ventilated consultation offices dedicated exclusively to SRP/COVID-19 suspects care	134	81.2
The offices have a sink with soap and water to allow frequent hand hygiene	112	67.9
There are PFF2, or N95 masks in sufficient quantity for the entire month	144	87.3
There are disposable surgical masks in sufficient quantity for the entire month	155	93.9
The SRP receive surgical masks when they attend the Primary Health Care Unit	109	66.1
The health workers use procedure gloves correctly and frequently	146	88.5
The Family Health Teams conduct active search for new SRP/COVID-19 suspects	150	90.9
The active searches are conducted by phone or mobile	132	88.0 ^c
The active searches are conducted by home visits	67	44.6 ^c

Source: Self elaborated.

PHC = Primary Health Care

SRP = Symptomatic Respiratory Patients, that include COVID-19 diagnosed/suspected cases

^a All the 165 Primary Health Care (PHC) Units operating in Brasília responded the survey

^b Proportion relative to 146 PHC Units with reception procedures for SRP

^c Proportion relative to 150 PHC Units with active search for new SRP.

Table 1 shows favorable adaptations in the work process within the PHC Units, as the majority of them (over 88%) assigned a health worker to identify SRP/COVID-19 suspects at the entrance, immediately performing risk classification and directing them to appropriate care. The structural configurations of PHC Units in Brasília also demonstrated availability of adequate external space for SRP/COVID-19 suspects to wait for assistance in almost 82% of

them. On the other hand, in only 60% of the PHC Units there is internal space reserved only for those patients. Ventilated consultations offices dedicated exclusively to SRP/COVID-19 suspect cases were available in 81% of Units, but just 68% of the offices had a sink, water, and soap.

Results showed adherence to important aspects within the scope of PHC services, including actions to avoid the transmission of COVID-19, such as social distance, separation

of the areas of health services offered to SRP and other patients, the use of masks, frequent hand and surface hygiene, as pointed by other studies^{21,22}. Recommendations include attending the SRP outside and in a ventilated area, the distance between patients and professionals, the use of physical barriers to maintain the distance, and changes in flows¹.

Most of the studied PHC Units reported to have PFF2, N95 and disposable surgical masks available for professionals, and 66% declared to offer surgical masks for SRP/COVID-19 suspects who attended the Unit, although the availability may vary throughout the month and among Units. Running out of PPE has been a great concern worldwide; shortages of visors, gowns, and facemasks mainly in care homes, community health facilities, and general practices were reported in the United Kingdom²³. In Australia,

some of the greatest concerns regarding teamwork and patient safety are related to the lack of resources, such as PPE²⁴. The availability of PPE, its use, and measures to minimize the transmission of COVID-19 are necessary to ensure safe working conditions and protect workers, as well as the population, by reducing the dissemination sources of COVID-19⁴. A global challenge was the availability of PPE: high-income countries have rapidly guaranteed their own internal PPE supply, causing a shortage for low- and middle-income countries dependent on external supply chains side by side to a preferential allocation to hospitals, at the expense of PHC points²⁵. Over 90% of the Family Health Teams conduct active search for new SRP/COVID-19 suspect cases. The majority of these contacts (88%) were done by telephone or mobile phone.

Table 2. Structure and responsiveness of Primary Health Care Units to COVID-19, as evaluated by self-completion instrument module. Brasília, DF, August 2020-January 2021 (N= 159)

Description of structure, inputs, and procedures of Primary Health Care Units ^a	N	Proportion %
COVID-19 rapid tests are available in sufficient quantity for the entire month ^b	103	64.8
COVID-19 swab tests are available in sufficient quantity for the entire month ^c	120	75.5
The PHC Unit has an emergency cart with all the necessary supplies and equipment in working order, with a checklist, and sealed.	142	89.3
The Family Health Teams received training and/or guidance on the clinical management of COVID-19 in PHC	137	86.2
The Family Health Teams received training on how to advise the population on COVID-19 prevention measures	141	88.7
The PHC Unit has information material about COVID-19 aimed at patients	110	69.2
The PHC Unit offers Telehealth services during the pandemic	91	57.2
There are established flows of patient transfer to the secondary care level	136	85.5
There are established flows of patient transfer to the hospital care level	149	93.7
The established flows are adequate to address the transfer needs of patients	108	67.9
The teams notify suspected cases of COVID-19 in the defined surveillance systems (e-SUS VE, SIVEP/Gripe)	155	97.5
The percentage of SRP consultations in relation to the total number of consultations is monitored	112	70.4

Source: Self elaborated.

PHC = Primary Health Care

SRP = Symptomatic Respiratory Patients, that include COVID-19 diagnosed/suspected cases

^a Number of UBS operating in Brasília that filled the survey: 159 (out of 165)

^b Rapid test was the common name for COVID-19 antibody test in 2020

^c Swab test was the common name for RT-PCR test in 2020.

Our results show that the reorganization necessary to ensure safe and quality care in the face of structural limitations seems to meet the requirements according to the COVID-19 epidemic. In the Brazilian context, Sarti et al.²⁶ cite, among the specific strategies and actions to face the pandemic, the presence of trained health professionals; adequate physical space to handle suspected cases of COVID-19; diagnostic tests in sufficient quantity; structure for requesting complementary exams and diagnostic support. Equally important are well-defined flows and protocols for accessing health services at different levels of healthcare; epidemiological surveillance; adequate and sufficient personal protective equipment for healthcare professionals and symptomatic individuals²⁶.

Regarding COVID-19 tests, at the time of data collection, rapid (antibody test) and swab (RT-PCR tests) were available in almost 65% and 75% of the Units, respectively. The accessibility of the rapid test was not ideal (65%) considering that the distribution of serological tests for COVID-19 was among one of the federal actions planned to occur to support and strengthen the fight against COVID-19²⁷. The vast majority of PHC Units included in this survey had a complete emergency cart, with life support devices/medication in case of need for assistance to a critical SRP. Coping with COVID-19 requires logistical and operational equipment and materials. The monitoring of patients and tests, home care visits, O₂ supply, and flows for laboratory tests is part of the PHC's role in confronting COVID-19. Depending on the severity of the cases, the supply of O₂ is important, and the continuity of patient care must take place in an integrated manner in PHC through efficient communication channels and flows⁴.

A recent study analyzed Primary Care provision in the context of the pandemic in six high income countries (Australia, New Zealand, Canada, Netherlands, UK, US) and reported that the lockdown severely reduced access and continuity of services in non-COVID-19

conditions, as managing the pandemic became a priority; in some ways, this limitation can be mitigated by telehealth support⁶. In the present study, out of the 159 PHC Units participants of the self-completion module, 57.2% reported to offer telehealth support. The professionals mostly involved in this service were physicians (39.6%), nurses (36.5%), community health workers (31.4%), and nurse technicians (22.6%). Teleconsultation is a strategy widely used elsewhere in the COVID-19 context⁶, but hampered in the present study (57.2%) because not all PHC Units have proper access to telephone and the internet. Regarding the availability of communication equipment, more than 40% of the PHC Units evaluated reported to have insufficient telephone equipment and computer network for the teams (data not shown). In Brazil, the Telehealth Program (Programa Telessaúde) was implemented in 2011 within the scope of the SUS, and could be an important tool in the fight against COVID-19^{27,28}.

Teleconsultation should be encouraged as it makes services accessible to distant populations². However, PHC Units must incorporate the SRP screening and classification protocols to subsidize both telehealth actions and face-to-face activities in the PHC Units¹.

In addition to the flow of care and reorganization of the PHC Units, it is crucial to have a defined flow of referral of serious cases to other levels of care, by means of exclusive ambulances for transportation¹. It was reported in the present study that the flow of referral to secondary and hospital levels were established in more than 80% of the PHC Units assessed, of which 67% considered the service adequate to the needs of patients.

The great majority of respondents (97%) reported having notified suspected cases of COVID-19 in the appropriate information systems. It was also reported that the number of SRP consultations compared to the total number was monitored in 70.4% Units. The recording and the use of information systems for surveillance, supply planning, organizing

the agenda, and development of intersectoral actions by staff in the territory are key steps for tackling the pandemic in the context of PHC⁴.

Especially when dealing with respiratory-transmitted agents, such as SARS-CoV-2, epidemiological surveillance strategies allow the identification and control of contacts and the reduction of new cases. As stated by Teixeira et al.²⁹, health and epidemiological surveillance teams must work in an integrated manner to correctly feed the surveillance system and carry out COVID-19 prevention actions, with guidance and support for the general population and vulnerable groups²⁹.

Despite the challenges mentioned, the monitoring of suspected cases of COVID-19 and working with priority care for patients who have respiratory symptoms were also strategies adopted by 91.8% of the Units to face the pandemic context. The use of these and other information and communication features such as social media and messaging applications has the potential to ensure attention to the enrolled population, to avoid discontinuity of treatment and worsening of diseases, and contributes to the reduction of access and social inequality barriers. COVID-19 mostly affects minorities and poor and vulnerable populations, due to its inequitable spread in areas of dense population with limited response capacity, due to poor access to health services and high prevalence of chronic conditions³⁰.

The consequences of COVID-19 pandemic in the PHC services working process should be considered. While it is essential to reorganize PHC services to face the pandemics, it is also necessary to maintain the regular offer of other activities and actions^{4,21}. Services like renewal of prescriptions, attention to other acute and chronic diseases¹, monitoring of socially vulnerable populations and groups at risk, and regular vaccination activities ought to continue^{1,4}. However, these actions must be organized in such a way to minimize the risk of transmission of COVID-19⁴. In the present study, from the total of 137 PHC Units where vaccination services were reported to continue

regularly, 77% stated that these services were reorganized in order to guarantee the least possible contact among patients (COVID-19 vaccination was not available when we conducted this survey – it started in late January 2021). From the PHC Units where pharmaceutical assistance was offered (n=137), prescriptions with an extension of validity to 60 days, without the need for renewal, were accepted in the great majority (81%), in order to reduce the number of patients coming to the PHC Units.

An evaluation of COVID-19 Primary Care must consider technological support and remote approaches, which have been essential components of the health services delivered during the pandemic worldwide. For example, one Italian study suggested that everyone, worldwide, should have updated smartphone applications to facilitate communication between population and health professional teams³¹. One Indian study indicated that this is the right time to increase our knowledge about the multifaceted digital health interventions available³². Chinese general practitioners suspended elective procedures and outpatient clinics and adopted online consultation and teleconsultation services³³. In a Greek study, it was found that the COVID-19 pandemic provided an opportunity to expand the telemedicine system to remote areas³⁴, and studies conducted with Australian health professionals found that telehealth services were an integral part of the practices adopted during the pandemic²⁴. Spanish researchers have suggested that it is important to determine which factors are likely to influence the choice between telephone and video services, including the patient's access to technology, the telemedicine infrastructure of the services, and the preferences of the patient and the doctor³⁵.

In Brazil, the FHS, organized by territory and community oriented, is an appropriate model to support the population in the face of COVID-19 mitigation and containment measures⁴. There is evidence indicating that the PHC is the place where the majority of healthcare takes place and where trustworthy

and long-term professional and patient relationships can be established⁶. However, to reduce morbidity and mortality, in addition to the potential of the FHS, it is necessary to have a PHC that is organized and structured with qualified professionals that are able to attend to local health needs¹. Permanent education and matrix support activities for professionals are also essential measures⁴, as well as promotion and prevention activities for the population on the correct hand hygiene and social distance. According to the results obtained, in more than 85% of PHC Units, health teams received training or guidance on the COVID-19 clinical management and prevention measures to advise the population.

In some countries, actions for tackling the COVID-19 pandemic had, to a large extent, major focus on hospital care. PHC involvement to respond the emerged situation varied according to the organization of health systems in different countries. There were examples, such as in China, India, and Cuba, where PHC assistance went through immediate reorganization. On the other hand, in some places, such as Spain, PHC professionals were allocated to hospitals, affecting PHC assistance. Facing a pandemic require individual and community approaches based on comprehensive and articulated care towards populational needs³⁶. It is relevant to consider that a great part of the population in Brazil have PHC Units as their reference for health assistance, and this continued during the COVID-19 pandemic. Also, considering that appropriate and early approaches may prevent worsening of health conditions, it is crucial to determine strategies to empower and reinforce PHC response to the pandemic³⁷.

The permanent challenges in health management is undeniable, which should focus on the population needs to facilitate timely responses during crises. In this way, adapting working processes and services structures to enhance the PHC provision becomes favorable not only for tackling COVID-19, but also for future challenges.

Managers' participation in the present study, assessing the structure and responsiveness of their PHC Units to COVID-19, has the potential for positive externalities. The participation may lead them to reflect on the strengths and weaknesses of PHC Units, as well as to drive them towards the best planning and management of activities, according to the needs of the current context and with the support of regional and central management of health services.

Conclusions

In addition to the challenges faced in responding to regular health services demands, the context of the COVID-19 pandemic brought the need for adaptation and new structural configurations in the provision of PHC services. The reorganization of the working process, health unit ambience, incorporation of equipment, laboratory supplies, and human resources, among other strategies, to mitigate the effects of the pandemic were in urgent need. This study demonstrated favorable adaptations and reorganization of working processes in PHC Units. In this context, it is relevant to highlight the power and capability of PHC workers to promote changes and adaptations in adverse scenarios. But the importance of the structural conditions provided to allow these initiatives must be emphasized. Interventions and tools designed to evaluate and monitor health services can contribute to planning and decision-making at different levels of management, which is crucial to determine strategies to empower and reinforce PHC response in situations of pandemics and other calamities.

Collaborators

Furlanetto DLC (0000-0002-5703-7520)*, Santos W (0000-0001-5705-936X)*, Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)*, Oliveira KHD

(0000-0002-3600-4009)* and Santos LMP (0000-0002-6739-6260)* contributed to the conception and planning, to the analysis and interpretation of data; to the writing and review of the article; critical review of the intellectual content. Cavalcante FV (0000-0002-8706-0457)*, Oliveira A (0000-0002-3084-6491)*,

Santos RR (0000-0003-1202-3579)*, Leite TA (0000-0001-9307-4807)* and Poças KC (0000-0002-1254-8001)* contributed to the interpretation of data; to the writing and review of the article; critical review of the intellectual content. All the authors approved the final version of the manuscript. ■

References

1. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: Limits and possibilities for fighting Covid-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [access on 2021 Feb 27]; 36(12):e00104120. Available at: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LpxCJfYrMkRWnBr7K9pGnXv/?lang=en>.
2. Lahariya C. Health & wellness centers to strengthen primary health care in India: Concept, progress and ways forward. *The Indian J. Pediat*. 2020 [access on 2021 Feb 20]; 87(11):916-29. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12098-020-03359-z>.
3. Li X, Krumholz HM, Yip W, et al. Quality of primary health care in China: Challenges and recommendations. *The Lancet*. 2020 [access on 2021 Feb 6]; 395(10239):1802-12. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620301227>.
4. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Primary healthcare in times of COVID-19: What to do? *Cad. Saúde Pública*. 2020 [access on 2021 Feb 6]; 36(8):e00149720. Available at: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/en/>.
5. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, et al. The international response of primary health care to Covid-19: Document analysis in selected countries. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [access on 2021 Nov 21]; 36(12):e00183820. Available at: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7ws7tVbWLS7LYk559MBJfLL/?format=html&lang=en>.
6. Huston P, Huston JC, Grant R, et al. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open*. 2020 [access on 2022 Apr 27]; 4(4):bjgpopen20X101128. Available at: https://bjgpopen.org/content/4/4/bjgpopen20X101128?utm_source=trendmd&utm_medium=cpc&utm_campaign=BJGP_Open.
7. Cubas MR, Faoro NT, Moysés ST, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. *Saúde debate*. 2017 [access on 2022 Apr 20]; 41(113):471-85. Available at: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711310>.
8. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health*. 2017 [access on 2022 Apr 20]; 2(4):e000486. Available at: <https://gh.bmj.com/content/2/4/e000486.abstract>.
9. Federal Distrito. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*. 2017 Feb 14. [access on 2021 Feb 6]. Available at: <http://www.sinj.df.gov.br/sinj/>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

[Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0838-8).

10. Scholz S, Ngoli B, Flessa S. Rapid assessment of infrastructure of primary care facilities – a relevant instrument for health care systems management. *BMC Health Serv Res*. 2015 [access on 2022 Apr 20]; 15(1):1-10. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-015-0838-8>.
11. Hogg W, Rowan M, Russel G, et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care*. 2008 [access on 2022 Apr 22]; 20(5):308-13. Available at: <https://academic.oup.com/intqhc/article/20/5/308/1793755?login=false>.
12. Pinheiro JQ, Farias TM, Abe-Lima JY. Painel de Especialistas e Estratégia Multimétodos: Reflexões, Exemplos, Perspectivas. *Psico*. 2013 [access on 2022 Apr 27]; 44(2). Available at: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/11216>.
13. Dennis J-L, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz MA, organizadores. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88. [access on 2022 Apr 27]. Available at: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>.
14. Patton MQ. Utilization-focused evaluation: process and premises. *Utilization focused evaluation: the news century text*. 1997 [access on 2022 Apr 27]; (3):371-85. Available at: https://www.betterevaluation.org/en/resource/guide/UFE_4th_edn.
15. Patton ERL, Labossière F. L'évaluation axée sur l'utilisation. In: Ridde V, Dagenais C. *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2012. p. 145-160. [access on 2022 Apr 27]. Available at: <https://books.openedition.org/pum/5959>.
16. Traynor R, Dobbins M, Decorby K. Challenges of partnership research: insights from a collaborative partnership in evidence-informed public health decision making. *Evid Policy A J Res Debate Pract*. 2015 [access on 2022 Apr 27]; 11(1):99-109. Available at: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1131923>.
17. Filipe A, Renedo A, Marston C. The co-production of what? Knowledge, values, and social relations in health care. *PLoS Biol*. 2017 [access on 2022 Apr 28]; 15(5):e2001403. Available at: <https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.2001403>.
18. Langley J, Wolstenholme D, Cooke J. 'Collective making' as knowledge mobilisation: the contribution of participatory design in the co-creation of knowledge in healthcare. *BMC Health Serv Res*. 2018 [access on 2022 Apr 27]; 18(1):1-10. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-018-3397-y>.
19. Harris PA, Taylor R, Payne J, et al. Research electronic data capture (REDCap) a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J. bio-med. info*. 2009 [access on 2022 Apr 27]; 42(2):377-381. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046408001226>.
20. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. *Journal of biomedical informatics*. 2019 [access on 2022 Apr 28]; (95):103208. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1532046419301261>.
21. Garg S, Basu S, Rustagi R, et al. Primary health care facility preparedness for outpatient service provision during the COVID-19 pandemic in India: Cross-sectional study. *JMIR Public Health and Surv*. 2020 [access on 2022 Apr 27]; 6(2):e19927. Available at: <https://publichealth.jmir.org/2020/2/e19927/>.
22. Hussain I, Majeed A, Imran I, et al. Knowledge, attitude, and practices toward COVID-19 in primary healthcare providers: A cross-sectional study from three tertiary care hospitals of Peshawar,

- Pakistan. *J. Comm. Health*. 2020 [access on 2022 Apr 28]; 46(3):441-49. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-020-00879-9>.
23. Hoernke K, Djellouli N, Andrews L, et al. Frontline healthcare workers' experiences with personal protective equipment during the COVID-19 pandemic in the UK: A rapid qualitative appraisal. *BMJ Open*. 2021 [access on 2021 Feb 27]; 11(1):e046199. Available at: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/1/e046199.abstract>.
 24. Kippen R, OSullivan B, Hickson H, et al. National survey of COVID-19 challenges, responses and effects in Australian general practice. *Aust J Gen Pract*. 2020 [access on 2021 Dec 12]; 49(11):745-51. Available at: <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/INFORMIT.553734658477640>.
 25. Salman R, Allen LN, Stigler FL, et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Euro. J. General Pract*. 2020 [access on 2021 Dec 12]; 26(1):129-33. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2020.1820479>.
 26. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?. *Epid. Serv. Saúde*. 2020 [access on 2022 Apr 28]; 29(2):e2020166. Available at: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=en>.
 27. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, et al. Federal actions to support and strengthen local efforts to combat COVID-19: Primary Health Care (PHC) in the driver's seat. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [access on 2022 Apr 28]; (25):2493-97. Available at: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25suppl1/2493-2497/en/>.
 28. Souza CDFD, Gois-Santos VTD, Correia DS, et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz. research*. 2020 [access on 2022 Apr 28]; (34):e047. Available at: [lo.br/j/bor/a/FWF6mZvzvSBYh9VBxTD4wCd/abstract/?lang=en](https://www.scielo.br/j/bor/a/FWF6mZvzvSBYh9VBxTD4wCd/abstract/?lang=en).
 29. Teixeira MG, Medina MG, Costa MDCN, et al. Reorganization of primary health care for universal surveillance and containment of Covid-19. *Epid. Serv. Saúde*. 2020 [access on 2022 Apr 28]; 29(4):e2020494. Available at: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2020494/en/>.
 30. Shadmi E, Chen Y, Dourado I, et al. Health equity and COVID-19: global perspective. *Inter. J. Equity in Health*. 2020 [access on 2021 Dec 12]; 19(1):1-16. Available at: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-020-01218-z>.
 31. Bressya S, Zingarelli EM. Technological devices in COVID-19 primary care management: The Italian experience. *Fam. Pract*. 2020 [access on 2021 Feb 10]; 37(5):725-26. Available at: <https://academic.oup.com/fampra/article/37/5/725/5841936?login=false>.
 32. Sarbadhikari S, Sarbadhikari SN. The global experience of digital health interventions in COVID-19 management. *Indian J Public*. 2020 [access on 2021 Feb 10]; 64(6):117-24. Available at: <https://www.ijph.in/text.asp?2020/64/6/117/285593>.
 33. Tse DMS, Li Z, Lu Y, et al. Fighting against COVID-19: preparedness and implications on clinical practice in primary care in Shenzhen, China. *Fam. Practice*. 2020 [access on 2021 Dec 12]; 21(1):1-7. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1186/s12875-020-01343-2>.
 34. Giannopoulou T, Giannopoulou I, Tsobanoglou G. COVID-19 pandemic: Challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish J. Psych. Med*. 2020 [access on 2021 Feb 12]; 37(3):226-30. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7287301/>.
 35. Rodriguez JA, Betancourt JR, Sequist TD, et al. Differences in the use of telephone and video telemedicine visits during the COVID-19 pandemic. *Am. J. Man. Care*. 2021 [access on 2021 Dec 20];

- 27(1):21-26. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33471458/>.
36. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2021 [access on 2022 Apr 28]; (44):161-76. Available at: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlz-5prtrLwWLzNJZfQRy/abstract/?lang=pt>.
37. 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. [access on 2021 Oct 28]. Available at: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>.

Received on 11/17/2021

Approved on 06/14/2022

Conflict of interests: non-existent

Financial support: The Federal District Health Secretariat financed the QualisAPS Program and the fieldwork; the publication was supported by Public Call MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit N° 07/2020

A telemedicina no combate à Covid-19: velhos e novos desafios no acesso à saúde no município de Vitória/ES, Brasil

Telemedicine in the fight against COVID-19: old and new challenges in access to health in Vitória/ES, Brazil

Henny Luz Heredia Martínez¹, Elizabeth Artmann¹, Sheila Cristina de Souza Cruz², Dilzilene Cunha Sivirino Farias²

DOI: 10.1590/0103-1104202213404

RESUMO Objetivo: analisar o atendimento pela telemedicina em Vitória/ES de abril/2020 a mar/2021. Método: estudo de caso ancorado na categoria acesso de Thiede et al. e em dados secundários. Utilizaram-se relatórios das consultas de telemedicina da Rede Bem Estar. Incluíram-se todas as 29 Unidades Básicas de Saúde do município. Resultados: no período foram atendidos 15.548 usuários, 64% do sexo feminino (9.953) e 36% do masculino (5.595), em 21.481 consultas. O grupo etário mais atendido foi o de 30-39 anos (19,5%). O número por 10.000 hab. para todas as causas oscilou entre 35,86/10.000 hab. de out-dez/2020 e 65,75 de abr-jun/2020. Destes atendimentos, 56% (11.946) foram coronavírus (causas B342 e B972), sendo, 22,54 consultas por 10.000 hab. de out-dez/2020 e 31,96 de abr-jun/2020. Conclusões: Os resultados refletem o impacto transformador da Covid-19 nos cuidados à saúde por telemedicina como parte da resposta de primeira linha à pandemia no município de Vitória/ES. As desigualdades no acesso presencial se reproduzem na telemedicina, o que torna imprescindível manter um relacionamento forte entre o sistema de saúde, as equipes de saúde e os usuários na implantação da telemedicina. As duas formas permanecem interdependentes e complementares na busca de garantia do acesso equitativo em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Telemedicina. Covid-19. Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de informação em saúde.

ABSTRACT Objective: to analyze telemedicine care in Vitória, Espírito Santo, Brazil, from April 2020 to March 2021. Method: based on Thied et al.'s dimensions of access, a case study was conducted using secondary data collected from the Bem Estar Network's telemedicine reports. All 29 Basic Health Units of the municipality were included. Results: a total of 15,548 users were assisted in 21,481 consultations, 64% female (9,953) and 36% male (5,595). The most attended age group was 30-39 years old (19.5%). The number per 10,000 inhabitants for all causes ranged between 35.86/10,000 inhabitants from Oct-Dec/2020 and 65.75 from Apr-Jun/2020. Of these calls, 56% (11,946) targeted coronavirus (causes B342 and B972), ranging from 22.54 consultations per 10,000 inhabitants in Oct-Dec/2020 to 31.96 in Apr-Jun/2020. Conclusions: Results reflect the transformative impact COVID-19 had on telemedicine care as part of the first-line response to the pandemic in Vitória, Brazil. Inequalities in face-to-face access are reproduced in telemedicine, making it essential to maintain a strong relationship between the health system, health teams, and users when implementing telemedicine. Both forms of health care remain interdependent and complementary in the search to ensure equitable access to health.

KEYWORDS Telemedicine. COVID-19. Health services accessibility. Primary Health Care. Health information systems.

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

²Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SMSV) – Vitória (ES), Brasil.



Introdução

A Covid-19 foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020¹. Desde então a doença tem provocado uma urgência na saúde global, com uma rápida evolução² e consequências gravíssimas sem precedentes³⁻⁵. As principais medidas utilizadas pelos países para mitigar sua propagação e reduzir a sobrecarga dos sistemas de saúde foram: higiene das mãos, distanciamento social, isolamento dos casos e quarentena dos contatos, restrições em viagens não essenciais, medidas de proteção social que abrangem políticas de proteção econômica, de segurança alimentar e de fechamento de escolas, entre outras⁶⁻⁹.

As restrições à mobilidade impostas no enfrentamento da Covid-19 impulsionaram importantes transformações nas formas de organização e prestação dos serviços nos sistemas de saúde no mundo, sendo a saúde digital a principal propulsora destas mudanças¹⁰⁻¹⁴. A saúde digital refere-se ao uso de tecnologias (digitais, móveis e sem fio) para apoiar a execução dos objetivos de saúde¹⁵. Também é definida como o uso de tecnologias da informação e comunicação para contribuir na melhoria da saúde humana, na prestação dos serviços de atenção à saúde e no bem-estar de indivíduos e populações¹⁶.

Para a OMS a saúde digital é descrita como uso geral das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e abrange: a saúde eletrônica ou e-Saúde (*eHealth* em inglês, também conhecida como ciber saúde)¹⁷ definida como o uso custo-eficaz e seguro das TIC no setor de saúde^{15,18}; e, ainda, a saúde móvel ou m-Saúde (*mHealth* em inglês) para descrever a utilização das tecnologias móveis e sem fio, na saúde pública^{15,19}. O termo e-Saúde constitui um marco de referência importante neste campo¹⁸⁻²⁰, mas a tendência predominante é o uso do termo saúde digital^{15,21-24} (OMS. *Digital health*. https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_1). Neste artigo os termos

e-Saúde e saúde digital serão utilizados como sinônimos para nos referirmos ao uso das TIC no setor de saúde^{17,21}.

Dentre os principais componentes de e-Saúde destacam-se: o registro médico eletrônico ou prontuário clínico eletrônico; tele-saúde (incluída a telemedicina); a estratégia m-Saúde ou saúde por dispositivos móveis; *eLearning* (incluída a formação à distância); educação continuada em TIC; padronização e interoperabilidade, entre outros^{17,20}.

Destes componentes, a telessaúde ou prestação de serviços para o tratamento, diagnóstico e processamento de imagens através do uso das TIC^{25,26}, mais especificamente a telemedicina ou comunicação síncrona, audiovisual e à distância entre um paciente e um profissional de saúde, estão sendo utilizadas em vários países para organizar respostas na Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia^{12,13,27-31}.

Embora a telemedicina não seja uma solução perfeita para todos os cenários²⁹, no combate à pandemia tem apresentado potencialidades inestimáveis para a APS porque permite: a) identificar casos e fazer rastreamento dos contatos, apoiando a detecção antecipada de casos através dos sistemas de vigilância existentes; b) melhorar significativamente a triagem, a coordenação do atendimento para pacientes com Covid-19 confirmado^{13,28} através do seguimento dos casos leves e moderados e o encaminhamento dos casos graves, especialmente nas áreas mais vulneráveis²⁸; c) atender as urgências decorrentes da Covid-19¹²; d) melhorar o acesso aos serviços regulares, respondendo às necessidades de cuidados contínuos de saúde de pacientes não Covid com outras comorbidades (por exemplo, doenças crônicas)^{29,30}; e) proteger os pacientes de alto risco (idosos e aqueles com outras comorbidades), ao reduzir sua exposição nas unidades de saúde que podem ser frequentadas por pessoas com infecção aguda por Covid-19²⁷; f) proteger ativamente os profissionais de saúde ao diminuir as interações entre paciente e provedor, minimizando o risco de transmissão de Covid-19 entre indivíduos infectados^{27,31}; g)

evitar a superlotação das unidades de saúde e diminuir o risco de transmissão ao reduzir as visitas presenciais^{29,30}, entre outras.

No Brasil foram desenvolvidas, através do Sistema Único de Saúde (SUS), várias iniciativas baseadas na telessaúde e na telemedicina para melhorar a resposta à Covid-19, tanto no Ministério de Saúde como em várias secretarias estaduais e municipais de saúde²⁶. A Lei nº 696/2020 de 15 de abril de 2020³² trouxe uma inovação na aplicação da telemedicina no País ao autorizar, enquanto durar a crise da pandemia, o uso da telemedicina nas diferentes atividades da área de saúde do Brasil, incluindo a teleconsulta.

Contudo, esta inovação surge em um cenário pouco alentador, devido a que o Brasil tem apresentado uma das piores respostas à Covid-19³³, caracterizado pela ausência de ações articuladas e de coordenação; o negacionismo da ciência; a simplificação da pandemia e seus impactos; a promoção do uso de tratamentos sem quaisquer evidências científicas; a recusa de alguns segmentos à instituição das intervenções não farmacológicas internacionalmente recomendadas, entre outras³³⁻³⁶. Em 24/08/2021, o Brasil ocupava a terceira posição entre os países com maior número de casos, 20.570.891, e a segunda em mortalidade, com 574.527 (OMS. WHO Coronavirus – COVID-19 – Dashboard. <https://covid19.who.int>).

O município de Vitória no Espírito Santo (Vitória/ES) foi pioneiro na implantação da saúde digital com a Rede Bem Estar (RBE), *software* de gestão de saúde desenvolvido pelos servidores municipais da Subsecretaria de Tecnologia da Informação (Sub-TI). Desde 2009 a RBE interliga em um único sistema os equipamentos da rede municipal de saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), pronto-atendimentos, laboratórios de análises clínicas, farmácias, consultórios odontológicos, centros de especialidades e centros de referência.

Dentre as estratégias para o enfrentamento à Covid-19, a Secretaria Municipal de Saúde (Semus) de Vitória/ES implantou em março de 2020 a telemedicina através da central 156

visando garantir o acesso da população aos serviços de saúde, assim como facilitar o isolamento populacional e a otimização da infraestrutura da assistência presencial para casos prioritários³⁷. A estratégia foi regulamentada através da Nota Técnica nº 0007/2020 de 24 de março de 2020³⁷.

O presente artigo tem como objetivo analisar o atendimento através da estratégia de telemedicina no contexto de Vitória/ES durante o período de abril/2020 a março/2021 e discutir aspectos da experiência que subsidiem a reflexão sobre as potencialidades e desafios emergentes no combate à Covid-19.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso ancorado na categoria acesso de Thiede et al.³⁸, nas orientações sobre saúde digital, telessaúde e telemedicina propostos pela OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)^{15,17,18,21,23,39} e em estudos similares desenvolvidos em outros países^{12,13,27-31}. A partir destas fontes documentais e dados secundários procurou-se compreender o processo de atendimento através da estratégia da telemedicina implantada nas UBS do município de Vitória/ES para o enfrentamento à Covid-19. A seleção de Vitória se deu pelo seu diferencial com a implantação da RBE e pela disponibilização dos bancos de dados quando da aprovação da pesquisa pela Semus. O trabalho presencial foi substituído por reuniões on-line.

Utilizaram-se os registros referentes aos atendimentos de telemedicina realizados à população residente no município de Vitória, através da central 156. As variáveis analisadas foram: data do atendimento; hora do atendimento; tipo de profissional; idade; sexo; raça/cor; UBS de origem do paciente; código e descrição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10); classificação de risco; classificação, encaminhamentos e documentos gerados no último monitoramento.

O estudo incluiu as 29 UBS do município e considerou o período de 1º abril de 2020 a 31 de março de 2021, utilizando dados do relatório ‘Telemedicina – Atendimentos Realizados’ da RBE⁴⁰. Também foram utilizados documentos oficiais sobre o processo de implantação da telemedicina no município no ano 2020^{32,37,41,42}, consultas à Sub-TI, discussões nas oficinas virtuais (por Zoom, Meet ou WhatsApp) e mensagens em correio eletrônico trocadas com as equipes das instâncias de gestão ou indicadas por terem maior conhecimento do processo.

Os atendimentos por 10.000 hab. foram calculados para o município e regiões de saúde tendo como numerador as médias trimestrais dos atendimentos por telemedicina segundo a UBS de origem do usuário e como denominador o número de habitantes residentes por bairros/setores para 2020 segundo as projeções mais recentes do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010⁴³. Dessa forma, foram minimizadas eventuais flutuações aleatórias que podem acontecer nas regiões de saúde com pequenos denominadores, como possíveis erros de notificação. No cálculo dos atendimentos por Covid-19 por 10.000 hab., o numerador se constitui pelas médias trimestrais dos atendimentos classificados com os códigos da CID-10: B342 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) e B972 (Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos) e como denominador, o número de habitantes residentes por bairros/setores para 2019, segundo projeções do censo do IBGE 2010⁴³. Realizou-se a análise descritiva dos dados a partir das variáveis selecionadas representadas em tabelas e gráficos desenvolvidos nos programas Microsoft Excel® 2020 e Microsoft Word® 2020.

Os resultados foram analisados a partir das orientações sobre saúde digital, telessaúde e telemedicina da OMS/Opas^{15,18,21,23,39} (descritos na introdução do artigo); em estudos similares desenvolvidos em outros países^{12,13,27-31}; e no arcabouço teórico sobre o acesso³⁸. Estes

autores consideram a multidimensionalidade do acesso, através do uso de três dimensões (disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade). Os fatores que influenciam o acesso são agrupados e explorados em cada dimensão de forma sistemática nos diferentes níveis (do sistema de saúde e dos indivíduos ou famílias).

As três dimensões (disponibilidade, viabilidade financeira e aceitabilidade) são interdependentes e ao mesmo tempo separáveis conceitualmente, porque cada uma delas está delimitada e concentra fatores estreitamente associados entre si. Os autores definem o acesso como o ‘grau de adequação’ entre o sistema de saúde e seus usuários, ou seja, o acesso se dá na interação comunicativa entre os fatores do sistema de saúde e os fatores individuais ou familiares em cada dimensão³⁸.

A dimensão disponibilidade inclui serviços de saúde apropriados à disposição dos usuários, no local e no momento em que são requeridos pelos usuários. Abrange a relação entre a localização dos serviços de saúde e seus usuários (distância), as opções de transporte; o grau de adequação dos horários; o tipo, a quantidade e qualidade de serviços de saúde prestados; a composição de cada equipe; disponibilidade de equipamentos e suprimentos³⁸.

A viabilidade financeira se refere ao grau de adequação entre o custo da utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos. Um ponto fundamental desta dimensão é conhecer como se dá a interação dos custos dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento das famílias, com a finalidade de evitar a geração de custos sociais com efeitos catastróficos nos grupos populacionais mais vulneráveis³⁸.

A dimensão aceitabilidade, entendida como “a distância social e cultural entre os sistemas de saúde e seus usuários”⁴⁴⁽¹⁶³⁾, abrange três componentes: a adequação entre as convicções de usuários e profissionais sobre a saúde; o compromisso e diálogo entre prestador e usuário; e a influência dos arranjos organizacionais na decisão dos usuários sobre buscar ou

não atendimento e em que lugar. Deste modo, as melhorias no acesso dependem da interação comunicativa entre os atores envolvidos³⁸. Esse processo dinâmico representa o potencial de interagir e fazer ajustes que possibilitem um melhor funcionamento do sistema de saúde, além de ser o eixo norteador da promoção do acesso equitativo³⁸.

Os resultados do estudo estão limitados ao município de Vitória/ES e as análises consideram os atendimentos feitos pela central 156.

Este estudo faz parte de uma pesquisa financiada pelo Inova-Fiocruz e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Ensp-Fiocruz (CAAE 28140619.0.1001.5240) e pela Comissão Técnica de Pesquisa da Prefeitura Municipal e da Semus Saúde MV/Semus.

Resultados

Contexto

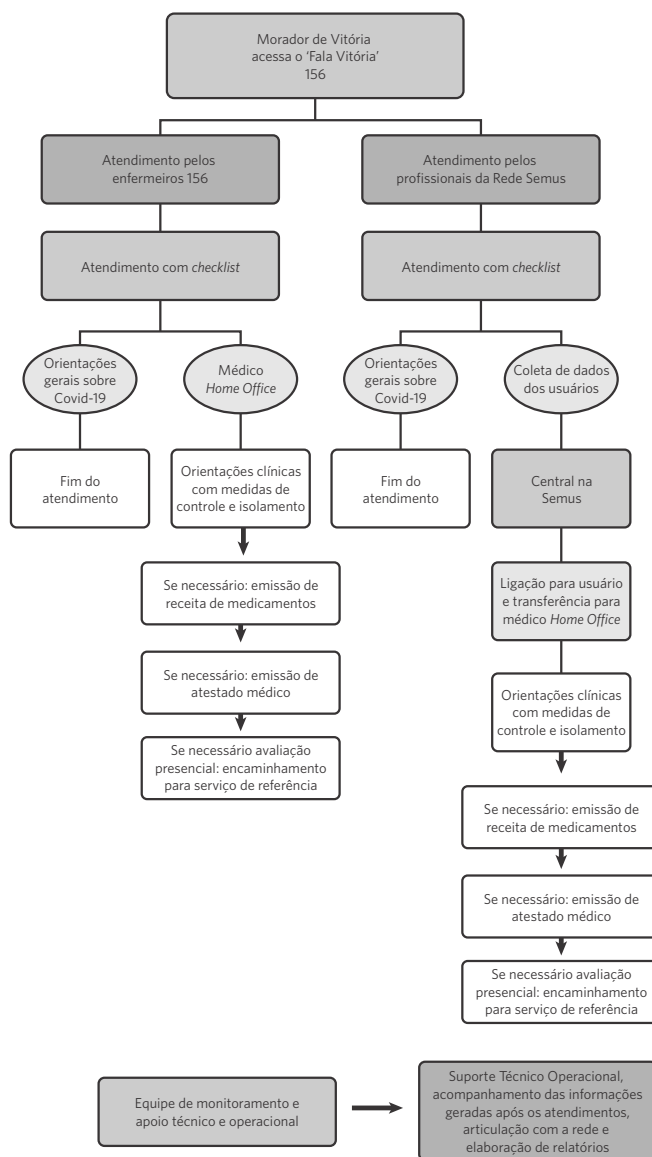
Vitória, junto com outros 19 municípios integra a Região Metropolitana de Saúde do estado de Espírito Santo (ES), é a capital e a quarta cidade mais populosa dos 78 municípios do estado, com 365.855 habitantes e uma densidade demográfica de 3.766,92 hab./km (IBGE, 2020

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/vitoria/panorama>). A organização da atenção à saúde abrange seis regiões de saúde (Santo Antônio; Maruípe; Forte de São João; Continental e Centro); vinte e nove Territórios de Saúde/UBS (TS/UBS) e setenta e nove bairros.

A Semus de Vitória mediante a Nota Técnica nº 0007/2020, de 24 de março de 2020³⁷, instituiu a telemedicina através da central 156 como uma das estratégias para o enfrentamento à Covid-19. Foi disponibilizado o serviço de teleconsulta, telemedicina, teleorientação e telemonitoramento com foco na ampliação da assistência e do acesso da população à saúde para a estratificação de risco, identificação precoce e direcionamento adequado dos casos graves³⁷.

A central 156 oferece informações para orientar os usuários e permitir acesso à avaliação médica de forma segura e qualificada^{37,41}. O atendimento (*figura 1*) é iniciado pelo enfermeiro com o auxílio de um formulário específico de perguntas e respostas fechadas e autorreferidas pelo usuário (*checklist*) com o intuito de identificar possíveis síndromes gripais, vínculo epidemiológico, orientações gerais e específicas, entre outros. Se for identificada uma demanda clínica, a ligação é transferida para avaliação médica. Os profissionais também podem, através da central 156, transferir ligações para avaliação clínica pelos médicos.

Figura 1. Fluxograma dos atendimentos na modalidade telemedicina através da central 156. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2020



Fonte: Prefeitura de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Atenção à Saúde⁴¹.

No período analisado o atendimento clínico da telemedicina foi realizado exclusivamente por médicos em *home office*. Para responder à demanda foram incluídos médicos de toda a rede de saúde com diferentes especialidades. Em abril de 2020 foi criado na RBE o 'Escritório na Casa' (*Home Office*) para registrar todos os atendimentos feitos pela

central 156. Dentro da RBE os médicos que já pertenciam a uma UBS utilizavam o mesmo perfil de usuário para ingressar ao sistema. Os médicos da atenção especializada, foram lotados virtualmente dentro da RBE, em sua grande maioria, na UBS Forte São João.

Todos os atendimentos da telemedicina eram inseridos na RBE com os códigos de

procedimentos 03.01.01.007-2 (Consulta Médica em Atenção Especializada) e 03.01.01. TELE (Consulta de Teleatendimento) e o respectivo código da CID-10. No prontuário eletrônico o médico poderia preencher uma ou várias das seguintes fichas/formulários: registro do atendimento do sintomático respiratório; notificação dos casos suspeitos de Coronavírus (Covid-19); solicitação de exame RT-PCR Covid-19; emissão de atestados, laudos, receitas e requisição de exames; envio de documentos com assinatura digital por e-mail; encaminhamento para avaliação presencial nas UBS ou Pronto Atendimento (PAs).

Para receber as ligações transferidas pela central 156, os médicos utilizavam seus telefones pessoais nos quais deveriam ter a linha telefônica cadastrada no Serviço 'Fala Vitória' 156. Outro recurso para garantir o ambiente de trabalho virtual foi a disponibilização de um computador conectado à internet e com acesso remoto à RBE instalado. Cada médico

utilizou seu computador pessoal e teve o apoio de uma equipe técnica quando necessário para a instalação e o acesso remoto à RBE.

Atendimentos realizados através da telemedicina

De abril/2020 a março/2021 em Vitória/ES, através da telemedicina, foram atendidos 15.548 usuários (*tabela 1*) dos quais 64% eram mulheres (9.953) e 36% homens (5.595). O grupo de idade que mais consultou foi o de 30-39 anos (19,5%), seguido pelo de 40-49 anos (17,8%); a média de idade dos consultantes foi de 41 anos. Em relação à variável raça/cor, 38,6% dos usuários atendidos se autodeclararam brancos e 33,5% pardos. As populações preta/negra e indígena foram as que menos consultaram com 7,7% e 0,1% respectivamente. A variável raça/cor estava sem informação no registro de 3.084 usuários, com melhor preenchimento nos dois últimos trimestres analisados.

Tabela 1. Caracterização dos usuários atendidos pela telemedicina por trimestres segundo grupos de idade, sexo, raça/cor e regiões de saúde. Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período abril/2020 até março/2021

	2020			2021	Total geral	
	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	Jan-Mar	n	%
Total	4.936	4.071	3.020	3.521	15.548	100,0
Sexo						
F	3.087	2.634	1.944	2.288	9.953	64,0
M	1.849	1.437	1.076	1.233	5.595	36,0
Grupos de idade						
<1	44	40	18	14	116	0,7
1-9	274	240	148	173	835	5,4
10-19	331	235	231	242	1.039	6,7
20-29	794	660	492	533	2.479	15,9
30-39	1.083	757	577	611	3.028	19,5
40-49	903	701	541	616	2.761	17,8
50-59	703	655	503	564	2.425	15,6
60-69	460	442	312	441	1.655	10,6
70-79	230	210	133	216	789	5,1
80-89	100	111	53	94	358	2,3
90-99	13	19	12	17	61	0,39
100 e mais	1	1	0	0	2	0,01

Tabela 1. (cont)

	2020		2021		Total geral	
	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	Jan-Mar	n	%
Raça/cor da pele						
Amarela	10	10	9	8	37	0,3
Branca	1.696	1.518	1.366	1.421	6.001	38,6
Indígena	5	1	8	4	18	0,1
Parda	1.761	1.419	890	1.141	5.211	33,5
Preta/Negra	457	299	156	285	1.197	7,7
Sem Informação	1.007	824	591	662	3.084	19,8
Regiões de saúde*						
Santo Antônio	604	659	448	694	2.405	15,5
Maruípe	1.421	1.050	729	898	4.098	26,4
São Pedro	562	293	143	186	1.184	7,6
Forte São João	718	591	424	400	2.133	13,7
Continental	1.283	1.212	1.060	1.100	4.655	29,9
Centro	348	266	216	243	1.073	6,9

Fonte: Relatório 'Telemedicina - atendimentos Realizados' da Rede Bem Estar, Município Vitória, Espírito Santo⁴⁰.

*A distribuição apresentada refere-se à UBS de origem do usuário. A seguir se detalha a cobertura geográfica das seis regiões de saúde do município de Vitória:

Região 1 – Santo Antônio: 3 TS/UBS (Grande Vitória, Santo Antônio e Arivaldo Favalessa) e 9 bairros.

Região 2 – Maruípe: 8 TS/UBS (Maruípe; Consolação; Da Penha; Bonfim; Andorinhas; Santa Marta; Tabuazeiro/São Cristovão; Itararé) e 16 bairros.

Região 3 – São Pedro: 4 TS/UBS (Resistência; Ilha das Caieiras; Santo André; Conquista/Nova Palestina) e 10 bairros.

Região 4 – Forte de São João: 5 TS/UBS (Forte São João; Ilha de Santa Maria; Jesus de Nazareth; Praia do Suá; Santa Luiza) e 19 bairros.

Região 5 – Continental: 5 TS/UBS (Bairro República; Jabour; Maria Ortiz; Jardim da Penha e Jardim Camburi) e 14 bairros.

Região 6 – Centro: 4 TS/UBS (Fonte Grande; Ilha do Príncipe; Avelina/Santa Tereza e Vitória) e 11 bairros.

No período analisado, foram realizados 21.481 atendimentos (*tabela 2*) entre 15.548 usuários através da central 156. Destes, 55,2% correspondem a usuários com uma consulta (11.862) e 44,8% (9.619) foram realizados em 3.686 usuários (24%) com mais de uma consulta. Os médicos clínicos e os pediatras realizaram 64% dos atendimentos. O maior número de usuários e atendimentos da telemedicina segundo a UBS de origem se concentrou nas

regiões de saúde Continental e Maruípe; já as regiões Centro e São Pedro registraram o menor número (*tabelas 1 e 2*). No município, no trimestre de abril a junho/2020 foi realizado o maior número de atendimentos (7.216) e no trimestre de outubro/2020 a dezembro/2020 se registrou o menor volume (3.936 – *tabela 2*). O mês de junho/2020 apresentou o maior número de atendimentos pela telemedicina (3.074) e novembro, o menor (651).

Tabela 2. atendimentos realizados pela telemedicina por trimestres segundo número de consultas, tipo de profissional e regiões de saúde. Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período abril/2020 até março 2021

	2020			2021	Total geral	
	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	Jan-Mar	n	%
Total	7.216	6.134	3.936	4.195	21.481	100,0
Nº de consultas						
1	4.253	3.039	2.271	2.299	11.862	55,2
2	1.600	1.515	861	966	4.942	23,0
3-5	1.138	1.281	646	749	3.814	17,8
6-10	211	261	128	159	759	3,5
11 e mais	14	38	30	22	104	0,5
Tipo de profissional						
Médico clínico	2.286	2.674	1.559	1.487	8.006	37,3
Médico pediatra	1.858	1.428	1.183	1.266	5.735	26,7
Médico da estratégia de saúde da família	428	482	358	473	1.741	8,1
Médico cirurgião-geral	302	471	341	589	1.703	7,9
Médico homeopata	898	400	202	74	1.574	7,3
Médico ginecologista e obstetra	701	403	4	0	1.108	5,2
Médico cardiologista	519	274	137	100	1.030	4,8
Médico otorrinolaringologista	165	0	25	80	270	1,3
Médico endocrinologista e metabologista	0	0	49	117	166	0,8
Médico neurologista	0	0	51	2	53	0,2
Médico oftalmologista	12	2	27	7	48	0,2
Médico psiquiatra	24	0	0	0	24	0,1
Médico reumatologista	23	0	0	0	23	0,1
Regiões de saúde*						
Santo Antônio	1.040	1.120	706	848	3.714	17,3
Maruípe	2.087	1.607	936	1.070	5.700	26,5
São Pedro	740	373	174	213	1.500	7,0
Forte São João	1.017	884	520	472	2.893	13,4
Continental	1.847	1.754	1.325	1.297	6.223	29,0
Centro	485	396	275	295	1.451	6,8

Fonte: Relatório 'Telemedicina - atendimentos Realizados' da Rede Bem Estar, Município Vitória, Espírito Santo⁴⁰.

*A distribuição apresentada refere-se à UBS de origem do usuário. A seguir se detalha a cobertura geográfica das seis regiões de saúde do município de Vitória:

Região 1 - Santo Antônio: 3 TS/UBS (Grande Vitória, Santo Antônio e Arivaldo Favaleza) e 9 bairros.

Região 2 - Maruípe: 8 TS/UBS (Maruípe; Consolação; Da Penha; Bonfim; Andorinhas; Santa Marta; Tabuazeiro/São Cristovão; Itararé) e 16 bairros.

Região 3 - São Pedro: 4 TS/UBS (Resistência; Ilha das Caieiras; Santo André; Conquista/Nova Palestina) e 10 bairros.

Região 4 - Forte de São João: 5 TS/UBS (Forte São João; Ilha de Santa Maria; Jesus de Nazareth; Praia do Suá; Santa Luiza) e 19 bairros.

Região 5 - Continental: 5 TS/UBS (Bairro República; Jabour; Maria Ortiz; Jardim da Penha e Jardim Camburi) e 14 bairros.

Região 6 - Centro: 4 TS/UBS (Fonte Grande; Ilha do Príncipe; Avelina/Santa Tereza e Vitória) e 11 bairros.

Dos 21.481 atendimentos realizados, 56% (11.946) foram classificados como infecção por coronavírus de localização não especificada

(B342) e coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos (B972 – tabela 3)

Tabela 3. Atendimentos realizados pela telemedicina classificados com os códigos B342 e B972 da CID-10, por trimestres segundo número de consultas, classificação de risco e regiões de saúde. Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período abril/2020 até março/2021

	2020			2021		Total geral	
	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	Jan-Mar	n	%	
Total	3.508	3.380	2.474	2.584	11.946	100,0	
Nº de consultas							
1	2.387	2.061	1.716	1.649	7.813	65,4	
2	711	799	501	583	2.594	21,7	
3-5	380	469	233	319	1.401	11,7	
6-10	30	46	18	32	126	1,1	
11 e mais	0	5	6	1	12	0,1	
Classificação de risco							
Sem sinais de alerta	2.468	2.517	2.020	2.076	9.081	76,0	
Com sinais de alerta	829	801	396	401	2.427	20,3	
Com sinais de gravidade	19	3	3	8	33	0,3	
Sem Informação	192	59	55	99	405	3,4	
Regiões de saúde*							
Santo Antônio	398	426	259	420	1.503	12,6	
Maruípe	1.040	834	583	692	3.149	26,4	
São Pedro	403	218	121	160	902	7,6	
Forte São João	479	536	386	323	1.724	14,4	
Continental	903	1.118	928	776	3.725	31,2	
Centro	285	248	197	213	943	7,9	

Fonte: Relatório 'Telemedicina - Atendimentos Realizados' da Rede Bem Estar, Município Vitória, Espírito Santo⁴⁰.

B342: Infecção por coronavírus de localização não especificada.

B972: Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos.

*A distribuição apresentada refere-se à UBS de origem do usuário. A seguir se detalha a cobertura geográfica das seis regiões de saúde do município de Vitória:

Região 1 – Santo Antônio: 3 TS/UBS (Grande Vitória, Santo Antônio e Arivaldo Favalessa) e 9 bairros.

Região 2 – Maruípe: 8 TS/UBS (Maruípe; Consolação; Da Penha; Bonfim; Andorinhas; Santa Marta; Tabuazeiro/São Cristovão; Itararé) e 16 bairros.

Região 3 – São Pedro: 4 TS/UBS (Resistência; Ilha das Caieiras; Santo André; Conquista/Nova Palestina) e 10 bairros.

Região 4 – Forte de São João: 5 TS/UBS (Forte São João; Ilha de Santa Maria; Jesus de Nazareth; Praia do Suá; Santa Luiza) e 19 bairros.

Região 5 – Continental: 5 TS/UBS (Bairro República; Jabour; Maria Ortiz; Jardim da Penha e Jardim Camburi) e 14 bairros.

Região 6 – Centro: 4 TS/UBS (Fonte Grande; Ilha do Príncipe; Avelina/Santa Tereza e Vitória) e 11 bairros.

A classificação do risco em 76% destes atendimentos (9.081) ocorreu sem sinais de alerta e 20,3% mostraram sinais de alerta (2.427). Os sinais de gravidade foram indicados em 33 atendimentos (0,3%). A hipertensão essencial (primária – I10) foi a segunda causa de consulta com 2,3% dos atendimentos. O código da CID-10 não foi preenchido em 1.444 atendimentos (6,7%). As regiões de saúde Continental e Maruípe concentraram o maior

número de atendimentos pelas causas B342 e B972 com 31,2% e 24,4% respectivamente.

Foram realizados 34,6% dos atendimentos (4.133) em usuários com mais de uma consulta por estas causas; nestes, a classificação do último monitoramento mais reportada foi 'melhor' (34,5%). No entanto, esta variável não foi preenchida em 1.493 atendimentos (36,1%). O encaminhamento mais frequente do último monitoramento foi 'manter acompanhamento

em isolamento domiciliar' (32,7%) e em 1.537 atendimentos (37,2%) esta variável estava sem informação. Os documentos mais frequentemente gerados no último monitoramento foram receitas e requerimentos de exame laboratorial para Covid-19 (34,6%). Porém, em quase 21% (847) esta variável estava sem informação.

No município de Vitória/ES, o número de atendimentos realizados por telemedicina por 10.000 hab. considerando todas as causas oscilou entre 35,86 consultas por 10.000 hab. no trimestre de outubro a dezembro/2020 e 65,75 no trimestre de abril a junho/2020 (tabela 4)

Tabela 4. Atendimentos realizados pela telemedicina para todas as causas de consulta e os classificados com os códigos B342 e B972 da CID-10 por 10.000 hab., por trimestres e regiões de saúde. Vitória, Espírito Santo, Brasil, no período abril/2020 até março 2021

Região de saúde*	Atendimentos realizados pela telemedicina por 10.000 hab.							
	2020				2021			
	Abr- Jun		Jul- Set		Out- Dez		Jan- Mar	
Todas as causas	B342 e B972	Todas as causas	B342 e B972	Todas as causas	B342 e B972	Todas as causas	B342 e B972	
1. Santo Antônio	106,12	40,61	114,28	43,47	72,04	26,43	86,53	42,86
2. Maruípe	95,64	47,66	73,64	38,22	42,89	26,72	49,03	31,71
3. São Pedro	65,48	35,66	33,01	19,29	15,40	10,71	18,85	14,16
4. Forte São João	52,75	24,84	45,85	27,80	26,97	20,02	24,48	16,75
5. Continental	51,25	25,06	48,67	31,02	36,77	25,75	35,99	21,53
6. Centro	56,50	33,20	46,13	28,89	32,03	22,95	34,36	24,81
Município Vitória	65,75	31,96	55,89	30,80	35,86	22,54	38,22	23,54

Fonte: A partir de dados do IBGE (População 2019, projeções do censo IBGE/2011)⁴³ e relatório 'Telemedicina - Atendimentos Realizados' da Rede Bem Estar, Município Vitória, Espírito Santo⁴⁰.

Todas as causas: Número de atendimentos por 10.000 hab., calculado para as regiões de saúde e o município tendo como numerador as médias trimestrais dos atendimentos realizados por telemedicina por todas as causas de consulta e como denominador, o número de habitantes residentes para o ano 2020.

B342 e B972: Número de atendimentos por 10.000 hab. calculado para as regiões de saúde e o município tendo como numerador as médias trimestrais dos atendimentos realizados por telemedicina classificados com os códigos da CID-10: B342 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) e B972 (Coronavírus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos) e como denominador, o número de habitantes.

*A distribuição apresentada refere-se à UBS de origem do usuário. A seguir se detalha a cobertura geográfica das seis regiões de saúde do município de Vitória:

Região 1 - Santo Antônio: 3 TS/UBS (Grande Vitória, Santo Antônio e Arivaldo Favaleza) e 9 bairros.

Região 2 - Maruípe: 8 TS/UBS (Maruípe; Consolação; Da Penha; Bonfim; Andorinhas; Santa Marta; Tabuazeiro/São Cristovão; Itararé) e 16 bairros.

Região 3 - São Pedro: 4 TS/UBS (Resistência; Ilha das Caieiras; Santo André; Conquista/Nova Palestina) e 10 bairros.

Região 4 - Forte de São João: 5 TS/UBS (Forte São João; Ilha de Santa Maria; Jesus de Nazareth; Praia do Suá; Santa Luiza) e 19 bairros.

Região 5 - Continental: 5 TS/UBS (Bairro República; Jabour; Maria Ortiz; Jardim da Penha e Jardim Camburi) e 14 bairros.

Região 6 - Centro: 4 TS/UBS (Fonte Grande; Ilha do Príncipe; Avelina/Santa Tereza e Vitória) e 11 bairros.

As diferenças entre as regiões de saúde oscilam entre 15,40 atendimentos realizados por telemedicina por 10.000 hab. em São Pedro no trimestre de outubro a dezembro/2020 e 114,28 em Santo Antônio no trimestre de julho

a setembro/2020. O número de atendimentos realizados por telemedicina por 10.000 hab. considerando apenas as causas B342 e B972 flutuaram no município entre 22,54 consultas por 10.000 hab. no trimestre de outubro a

dezembro/2020 e 31,96 no trimestre de abril a junho/2020. Entre as regiões de saúde a variação foi de 10,71 atendimentos realizados por telemedicina por 10.000 hab. em São Pedro no trimestre de outubro a dezembro/2020 e 47,66 em Maruípe no trimestre de abril a junho/2020.

Discussão

Os resultados refletem o impacto transformador da Covid-19 nos cuidados à saúde orientados pela telemedicina^{12,14,25,28} como parte dos sistemas da resposta de primeira linha⁴⁵ à pandemia no município de Vitória/ES. Como em outras experiências, a expansão destes serviços limitou-se à situação de Covid-19 e não ao seu uso mais abrangente dentro do sistema de saúde^{10,12,25}, embora a abertura para esta expansão tenha se mostrado viável. A telemedicina e mais especificamente a teleconsulta foi um dos principais instrumentos privilegiados no município para manter a disponibilidade dos serviços de forma segura, possibilitando o atendimento dos usuários para a realização do diagnóstico, triagem, prescrição de tratamento e seguimento dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19, entre outros^{10,25,26}.

Para garantir os elementos necessários da dimensão do acesso 'disponibilidade'³⁸, no município se desenhou uma estratégia de mobilização de uma equipe de médicos das diferentes áreas da rede para o atendimento *home office*, entre 8 e 22 horas. Isto possibilitou adequar a oferta dos serviços à realidade imposta pela pandemia; flexibilizar os horários de atenção; garantir que o serviço seria prestado por pessoal médico qualificado; incluir na escala de atendimento os profissionais que se encontravam no grupo de risco para Covid-19; manter a equipe necessária nas UBS para realizar o atendimento presencial para casos que o requeressem, incluindo os cuidados contínuos de pacientes não Covid e proteger os profissionais e usuários das UBS, entre outras.

Embora a distância física entre os serviços de saúde e os usuários nesta modalidade de atendimento não se constitua uma barreira, há outros elementos-chave para garantir a disponibilidade de fato, que podem ou não ser requeridos quando o atendimento é feito de forma presencial^{11,46}: a alfabetização digital^{11,21,46} dos médicos para preencher os dados na RBE e ao mesmo tempo fazer o atendimento; contar com os recursos tecnológicos necessários (telefone, equipamento, conexão à internet); o treinamento da equipe de saúde para melhorar a sua capacidade de comunicação via telefônica; a coordenação entre a atenção primária e os serviços de encaminhamento dos usuários; a promoção do uso da central 156 nas populações mais vulneráveis, entre outros.

Há evidências de que na APS as intervenções baseadas na telemedicina são de baixo custo, viáveis e acessíveis para profissionais da saúde e usuários⁴⁷. Geralmente podem resultar em economia de custos e acesso facilitado às informações relacionadas à saúde em tempo real (como no caso do município de Vitória/ES)^{45,47}. O atendimento personalizado via telefônica dos casos com o seguimento destes, permite a contenção da disseminação do coronavírus, assim como um melhor aproveitamento dos recursos humanos, especialmente nas áreas com escassez de infraestrutura ou sob circunstâncias de forte estresse para a equipe de saúde²⁷. Além disso, produz uma redução associada ao consumo de insumos, devido à menor necessidade de equipamento de proteção individual, o que pode representar uma economia substancial quando considerada em grandes escalas²⁷.

Outros aspectos sobre a dimensão do acesso 'viabilidade financeira'³⁸ no uso da telemedicina são: a possibilidade de melhoria da acessibilidade à atenção médica, economizando tempo e dinheiro para os usuários (especialmente os que residem nos territórios sociais mais afastados e menos favorecidos) como para o sistema de saúde; a possibilidade de interconsulta e envio do diagnóstico pela internet ao médico assistente^{26,48,49}.

Assim como na modalidade presencial, no atendimento realizado pela telemedicina a ‘aceitabilidade’ do usuário é fundamental para garantir o acesso. Porém, esta dimensão continua sendo a mais negligenciada⁴⁴. As barreiras de aceitabilidade e confiança podem influenciar o comportamento e a interação de usuários e prestadores de serviços de saúde, afetando desproporcionalmente aos grupos socialmente desfavorecidos com menor alfabetização digital e menor acesso às TIC^{11,21,38,44,46}. Vitória conta com um sistema de avaliação da satisfação do usuário, mas não existe a possibilidade de obter os dados por tipo de consulta. As avaliações realizadas pelos usuários da telemedicina ficam incluídas no total das respostas enviadas, o que dificultou a captura de dados na RBE sobre a aceitabilidade dos usuários da telemedicina.

Os sistemas de informação em saúde têm um papel central na produção de dados sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos dos profissionais e usuários no atendimento, bem como sobre as demais dimensões do acesso na modalidade presencial e da telemedicina⁵⁰. Para isto, a integração das diferentes fontes de dados é fundamental^{12,14}, como a promoção de um ecossistema de dados mais abrangente, onde se incluam informações que permitam monitorar e avaliar o acesso e suas diferentes dimensões⁵⁰. Embora haja alguns avanços, no Brasil a integração dos sistemas da estratégia e-SUS APS com os sistemas próprios existentes em vários municípios do País (como a RBE em Vitória/ES), continua a ser um desafio.

Os dados gerados na RBE permitem avaliar prioritariamente a dimensão disponibilidade. A viabilidade financeira só pode ser analisada com variáveis *proxys* que não estavam disponíveis nos relatórios da RBE. O município de Vitória conta com dados em tempo real e é possível fazer o preenchimento dos dados diretamente no prontuário. No entanto, para melhor usabilidade da RBE é necessário investir numa cultura de auditoria sistemática da qualidade dos dados, onde a completude dos dados é fundamental. A integração dos dados sobre os atendimentos realizados a um

mesmo usuário nas diferentes modalidades ainda é limitada. Isto dificulta conhecer a rota do acesso seguida pelo usuário atendido através da central 156, assim como fazer o seguimento dos casos que não foram realizados pela telemedicina, mas encaminhados e cujos dados, preenchidos em outra ficha. Os países que têm avançado na produção de informação sobre o acesso aos serviços de saúde através da telemedicina e a telessaúde e seu impacto na pandemia mostram um esforço na integração dos dados^{14,51}.

Considerações finais e desafios

As estratégias de saúde digital inclusiva de longo prazo têm um alto potencial para acelerar a implantação de respostas eficazes de saúde pública a pandemias, assim como mudanças nos processos, necessárias para situações de emergências^{11,14,46}. Com a Covid-19 se vislumbrou parte desse potencial, em alguns países^{10,12,27,45} e em vários estados e municípios do Brasil²⁶, como Vitória/ES, onde experiências de inclusão da saúde digital nos serviços de atenção à saúde foram implantadas numa velocidade sem precedentes¹².

No entanto, grande parte desse potencial ainda é pouco explorado¹¹. Dentre as principais barreiras se destacam^{10,11}: a limitada alfabetização nas tecnologias digitais da população (com maiores brechas nas populações mais vulneráveis) e de profissionais de saúde; a tendência a suprimir dados caso revelem deficiências; as limitações dos sistemas de informação em saúde para integrar dados de múltiplas fontes; certa resistência a novas formas de trabalho nos serviços de saúde e nos usuários; a segurança digital e os custos associados; as dificuldades no acesso à internet como a tecnologias digitais nas áreas menos favorecidas; a reprodução das desigualdades do acesso presencial, nos espaços virtuais; entre outras. O Projeto de Estratégia Mundial sobre saúde digital 2020-2025 da OMS²¹ e os oito princípios reitores da

transformação digital do setor saúde propostos pela Opas⁴⁶, orientam o desenho de políticas públicas inclusivas e sustentáveis no tempo para superar as barreiras antes mencionadas.

Dentre os desafios para melhoria do acesso aos cuidados de saúde através da telemedicina e a telessaúde está o desvendamento de obstáculos e facilitadores sob a ótica de profissionais de saúde, gestores e usuários²⁵. São necessários investimentos na integração de dados de várias fontes; na sua usabilidade e na inclusão digital da população e de profissionais de saúde. As desigualdades no acesso presencial se reproduzem no acesso à telemedicina⁵¹, o que torna imprescindível manter um relacionamento forte entre o sistema de saúde, as equipes de saúde, e os usuários na implantação da telemedicina⁴⁹. Embora esta última seja considerada uma inovação, as duas formas permanecem interdependentes e complementares na busca de garantia do acesso equitativo em saúde.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio do Paulo César Barbosa Fernandes, da Subsecretaria de Tecnologia da Informação (Sub-TI) da Secretaria Municipal de Saúde (Semus) de Vitória/ES.

Colaboradoras

Heredia-Martínez HL (0000-0002-4609-0481)* e Artmann E (0000-0002-8690-5964)* contribuíram para concepção do artigo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final do artigo. Cruz SCS (0000-0002-5499-4405)* e Faria DCS (0000-0002-7408-1988)* contribuíram para coleta dos dados, discussão dos resultados e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. OMS; 2020. [acesso em 2020 dez 12]. Disponível em: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-mar-ch-2020>.
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020; 323(13):1239.
3. Bozorgmehr K, Saint V, Kaasch A, et al. COVID and the convergence of three crises in Europe. Lancet Public Health. 2020; 5(5):e247-8.
4. The Lancet. Covid-19 in Latin America: a humanitarian crisis. The Lancet. 2020; 396(10261):1463.
5. Abeles M, Pérez Caldente E, Porcile G. La crisis del Covid-19 y los problemas estructurales de América Latina y el Caribe: responder a la urgencia con una perspectiva de largo plazo. Rev Cepal. 2020; (132esp):153-84.
6. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, et al. How will country-based mitigation measures in-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- fluence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*. 2020; 395(10228):931-4.
7. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Infectious Diseases Group, organizador. Cochrane Database Syst Rev*. 2020 [acesso em 2021 maio 17]; 4(CD013574):1465-1858 Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013574>.
 8. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. Reino Unido: Imperial College London; 2020. [acesso em 2021 maio 17]. Disponível em: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/77482>.
 9. Brauner JM, Mindermann S, Sharma M, et al. Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19. *Science*. 2021; 371(6531):eabd9338.
 10. Sarbadhikari S, Sarbadhikari S. The global experience of digital health interventions in COVID-19 management. *Indian J Public Health*. 2020; 64(6):117.
 11. Murray CJL, Alamro NMS, Hwang H, et al. Digital public health and COVID-19. *Lancet Public Health*. 2020; 5(9):e469-70.
 12. Mann DM, Chen J, Chunara R, et al. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *J Am Med Inform Assoc*. 2020; 27(7):1132-5.
 13. Martínez-García M, Bal-Alvarado M, Santos Guerra F, et al. Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19. *Rev Clínica Esp*. 2020; 220(8):472-9.
 14. Pérez Sust P, Solans O, Fajardo JC, et al. Turning the Crisis Into an Opportunity: Digital Health Strategies Deployed During the COVID-19 Outbreak. *JMIR Public Health Surveill*. 2020; 6(2):e19106.
 15. World Health Organization. Monitoring and evaluating digital health interventions: a practical guide to conducting research and assessment. Geneva: World Health Organization; 2016.
 16. Kostkova P. Grand Challenges in Digital Health. *Front Public Health*. 2015 [acesso em 2021 abr 30]; (3). Disponível em: http://www.frontiersin.org/Digital_Health/10.3389/fpubh.2015.00134/full.
 17. Organización Mundial da Saúde. 51º Consejo Directivo 63ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas: Estrategia y plan de acción sobre eSalud. Geneva: OPS; OMS; 2011.
 18. World Health Organization. The Fifty-eighth World Health Assembly. WHA58.28 eHealth. Geneva: World Health Organization; 2005.
 19. World Health Organization. mHealth. Use of appropriate digital technologies for public health. Report No.: EB142/20. Geneva: World Health Organization; 2017.
 20. World Health Organization. Global diffusion of eHealth: Making Universal Health Coverage Achievable: Report of the Third Global Survey on eHealth. Geneva: Who; 2016.
 21. World Health Organization. Proyecto de estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. Geneva: WHO; 2020. [acesso em 2021 abr 3]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gsa4dhdad2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d_02adc66d-800b-4eb5-82d4-f0bc778a5a2c.pdf?sfvrsn=f112ede5_68.
 22. Banco Interamericano de Desarrollo. Gobernanza de la salud digital. El arte de la transformación de los sistemas de salud. 2020. [acesso em 2021 abr 2]. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/gobernanza-de-la-salud-digital-el-arte-de-la-transformacion-de-los-sistemas-de-salud>.
 23. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde Digital: Uma estratégia para manter a assistência à saúde de pessoas que vivem com doenças não transmissíveis durante a pandemia de COVID-19. Washington, DC: OPAS; 2020. [acesso em 2021 fev 3]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52576>.

24. Commission of the European Communities. On enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering citizens and building a healthier society. Brussels: Commission of the European Communities; 2018.
25. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1193.
26. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(5):e00088920.
27. Chauhan V, Galwankar S, Arquilla B, et al. Novel Coronavirus (COVID-19): Leveraging Telemedicine to Optimize Care While Minimizing Exposures and Viral Transmission. *J Emerg Trauma Shock*. 2020; 13(1):20-4.
28. Rockwell K, Gilroy A. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*. 2020; 26(4):147-8.
29. Burroughs M, Urits I, Viswanath O, et al. Benefits and shortcomings of utilizing telemedicine during the COVID-19 pandemic. *Bayl Univ Med Cent Proc*. 2020; 33(4):699-700.
30. Ghosh A, Gupta R, Misra A. Telemedicine for diabetes care in India during COVID19 pandemic and national lockdown period: Guidelines for physicians. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2020; 14(4):273-6.
31. Azizy A, Fayaz M, Agirbasli M. Do Not Forget Afghanistan in Times of COVID-19: Telemedicine and the Internet of Things to Strengthen Planetary Health Systems. *OMICS J Integr Biol*. 2020; 24(6):311-3.
32. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União* 2020. 16 Abr 2020.
33. Sachs JD, Abdool Karim S, Akinin L, et al. Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. *The Lancet*. 2020; 396(10257):1102-24.
34. Lasco G. Medical populism and the COVID-19 pandemic. *Glob Public Health*. 2020; 15(10):1417-29.
35. Ferigato S, Fernandez M, Amorim M, et al. The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2020; 396(10263):1636.
36. Calheta B, Fontes B, Biagio D, et al. Boletim N° 06 Direitos na pandemia mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. Lockdown à brasileira. São Paulo: CEPEDISA; CONECTAS Direitos Humanos; 2020. (Boletim Direitos na pandemia).
37. Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica No 0007/2020, de 24 de março de 2020. Orientações aos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Vitória, acerca do fluxo dos atendimentos na modalidade Telemedicina através da Central 156, em detrimento ao Enfrentamento da Situação de Emergência em Saúde Pública decorrente de Pandemia em razão de doença infecciosa viral respiratória – COVID-19. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória; 2020.
38. Thiede M, Akweongo P, Di McIntyre. Explorando as Dimensões do Acesso. In: Di McIntyre, Mooney G, organizadores. *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 137-61.
39. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC: OPS; 2016.
40. Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Rede Bem-estar. Relatório Telemedicina - Atendimentos Realizados. Vitória: SMSV; 2021.
41. Vitória. Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Atenção à Saúde. Fluxograma dos atendimentos na modalidade telemedicina através da cen-

- tral 156. Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2020. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória; 2020.
42. Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Guia prático: orientação na condução do atendimento por telemedicina via 156. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde de Vitória; 2020. p. 36.
43. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População 2019, segundo projeções do censo do IBGE 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. [acesso em 2021 jan 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html?=&t=series-historicas>.
44. Gilson L. Aceitabilidade, Confiança e Equidade. In: Di McIntyre, Mooney G, organizadores. Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 163-90.
45. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Pastor Hernández N, et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Aten Primaria*. 2020; 52(6):418-22.
46. Organización Panamericana de la Salud. Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud. Un llamado a la acción panamericana. Washington, DC: OPS; 2021.
47. Bashshur RL, Howell JD, Krupinski EA, et al. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed E-Health*. 2016; 22(5):342-75.
48. Galván P, Rivas R, Ortellado J, et al. Aplicación de tecnologías disruptivas en telemedicina para la cobertura universal de servicios de salud. *Rev Salud Pública Parag*. 2020; 10(1):52-8.
49. Chá Ghiglia MM. Telemedicina: su rol en las organizaciones de salud. *Rev Med. Urug*. 2020 [acesso em 2021 jun 21]; 36(1). Disponível em: <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/647/658>.
50. Davies SC, Audi H, Cuddihy M. Leveraging data and new digital tools to prepare for the next pandemic. *The Lancet*. 2021; 397(10282):1349-50.
51. Chunara R, Zhao Y, Chen J, et al. Telemedicine and healthcare disparities: a cohort study in a large healthcare system in New York City during COVID-19. *J Am Med Inform Assoc*. 2021; 28(1):33-41.

Recebido em 24/09/2021

Aprovado em 23/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Projeto Inova da Fundação Oswaldo Cruz

Testes diagnósticos nacionais: insumos essenciais para a vigilância sindrômica da Covid-19

Brazilian diagnostic tests: essential health supplies for COVID-19 syndromic surveillance

Fabício Vieira Cavalcante¹, Aimê Oliveira¹, Sidclei Queiroga de Araujo¹, Christina Pacheco², Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213405

RESUMO Existe ampla evidência que a contenção da pandemia de Covid-19 requer vigilância sindrômica e isolamento de casos suspeitos/confirmados. É essencial a disponibilidade de testes diagnósticos no Sistema Único de Saúde, que poderia ser facilitada pela soberania nacional no desenvolvimento e produção, considerando-se a alta demanda/escassez no mercado internacional. Este estudo identificou as etapas da pesquisa translacional de testes diagnósticos para Covid-19 no Brasil, verificando sua distribuição geográfica, entre outros indicadores. Estudo transversal, exploratório, partindo de banco público com 789 projetos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) em Covid-19, complementado com outras buscas, inclusive no CVLattes dos pesquisadores. No banco, havia 89 projetos de testes diagnósticos. Em 45 casos, foi possível obter informações complementares para classificá-los conforme as etapas da pesquisa translacional. Identificaram-se 15 inovações que atingiram o estágio T3, ou seja, tiveram seus produtos incorporados em protocolos clínicos na atenção à saúde, mesmo considerando-se as profundas restrições orçamentárias em PD&I. O Brasil possui potencial de desenvolvimento e implementação de produtos tecnológicos na área de testes de diagnóstico para Sars-CoV-2. Políticas públicas de PD&I em saúde necessitam ser priorizadas para ampliação de cooperações nacionais e internacionais, a fim de promover efetiva autonomia nacional na vigilância sindrômica e à saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa médica translacional. Teste para Covid-19. Pesquisa em sistemas de saúde pública.

ABSTRACT *There is much evidence suggesting that mitigating the COVID-19 pandemic requires syndromic surveillance and isolation of suspected/confirmed cases. The availability of diagnostic tests in the Brazilian Unified Health System (SUS) is essential, which could be facilitated by national sovereignty in development and production, considering the high demand/lack of supply in the international market. This study identified the stages of translational research into diagnostic tests for COVID-19 in Brazil, verifying their geographic distribution, among other indicators. A cross-sectional, exploratory study based on a public database with 789 Research, Development, and Innovation (RD&I) projects regarding COVID-19, complemented by other searches, including the researchers' curricula (CVLattes). There were 89 diagnostic test projects in the database. In 45 cases, it was possible to obtain additional information to classify them according to the translational research stages. Fifteen innovations that reached the T3 stage were identified, with their products incorporated into clinical protocols in healthcare, even considering the deep budget restrictions in RD&I. Brazil has the potential to develop and implement technological products in the field of diagnostic tests for SARS-CoV-2. Public health RD&I policies need to be prioritized to expand national and international cooperation to promote effective national autonomy in syndromic surveillance and population health.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
fabriciocavalcante@gmail.com

²Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN) - Natal (RN), Brasil.

KEYWORDS *Translational medical research. COVID-19 testing. Public health systems research.*



Introdução

Em todo o mundo, até outubro de 2021, contabilizaram-se 240 milhões de casos confirmados e mais quase 5 milhões de óbitos pela Covid-19¹. No Brasil, nesse mesmo período, houve aproximadamente 21 milhões de casos confirmados e mais de 600 mil óbitos². Em razão disso, instituições de pesquisa de diferentes países buscam tecnologias e inovações que respondam de modo efetivo à pandemia, como imunobiológicos, testes diagnósticos e outras intervenções não farmacológicas³.

Entre as medidas adotadas para controle da doença, está a testagem populacional, visando ao diagnóstico precoce. Associada à vigilância em saúde, a testagem permite análise e interpretação sistemática dos dados, promovendo planejamento e intervenções adequadas^{4,5}. Nesse sentido, a vigilância sindrômica, realizada a partir do diagnóstico, do rastreamento e do monitoramento de casos, com base na testagem, tem sido utilizada para reduzir o tempo na tomada de decisão e evitar novas infecções⁶⁻⁸.

As consequências sanitárias, econômicas e sociais da pandemia requerem desenvolvimento tecnológico para amenizá-las de modo seguro e eficaz³. Instituições de ensino, ao firmarem parcerias com o setor produtivo e o governo, potencializam a busca por soluções aplicáveis, transformando conhecimento em produtos benéficos à população⁹. Aumentar a capacidade de resposta desses atores no desenvolvimento de pesquisas e na aplicação clínica dos resultados é fundamental para a oportuna mitigação dos efeitos negativos da pandemia. Assim, a Pesquisa Translacional (PT) surge como mediadora, possibilitando a aplicação do conhecimento para promover e recuperar a saúde humana, conectando descoberta, desenvolvimento, regulação e implementação da tecnologia¹⁰. Nos últimos anos, a aproximação da PT para tradução do conhecimento e aplicação na sociedade tem sido alvo da comunidade acadêmica e de tomadores de decisão¹¹.

No Brasil, discute-se como esse modelo

deve alinhar-se à realidade enquanto catalisador do desenvolvimento de tecnologias endógenas capazes de solucionar problemas de saúde¹². Durante a pandemia, observou-se que a produção de pesquisas foi acelerada¹³. Protocolos e métodos de detecção de Sars-CoV-2 foram rapidamente atualizados para promover diagnóstico preciso e oportuno, favorecendo a vigilância sindrômica quanto ao rastreio e ao monitoramento de casos^{14,15}.

Considerando a relevância de testes diagnósticos para a vigilância sindrômica, este estudo teve como objetivo identificar as etapas da PT de projetos sobre testes diagnósticos planejados no Brasil para mitigação da pandemia de Covid-19, verificando sua distribuição geográfica e correlação com a quantidade de pesquisadores na localidade, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o Produto Interno Bruto (PIB) e a Taxa de Mortalidade Específica por Covid-19 ($TME_{Covid-19}$).

Material e métodos

Trata-se de estudo transversal, de caráter exploratório, partindo-se de banco de dados com uma amostra de 789 projetos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) em saúde, de 114 universidades públicas e de dois centros de pesquisa brasileiros (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz e Instituto Butantan). As informações relacionadas com esses projetos foram obtidas dos sítios da Internet dessas instituições de ensino e centros de pesquisa, no período de 10 a 15 de maio de 2020¹⁶.

Após identificação dos projetos de PD&I para testes diagnósticos para Covid-19, identificaram-se as etapas da PT, seguindo-se: 1) Reconhecimento dos nomes dos responsáveis pelos projetos, por meio de busca em sítios de Internet de universidades brasileiras e de editais de fomento à pesquisa no Brasil; 2) Consulta do currículo do pesquisador na Plataforma Lattes¹⁷ para verificar menção à pesquisa e seus desdobramentos; 3) Consulta

em ferramentas de busca livre na Internet para verificação de registros, por exemplo, artigos científicos publicados pelo pesquisador; e 4) Classificação dos projetos de PD&I conforme as etapas da PT^{18,19} e seus respectivos temas, a partir da descrição e dos objetivos do projeto.

A PT ocorre em um contínuo de etapas desde a pesquisa até a aplicação de seus achados na clínica, em comunidades e na saúde pública¹⁸. Essas etapas envolvem cinco movimentos translacionais¹⁹: T0 – descoberta e sua documentação científica; T1 – testes pré-clínicos para avaliação de segurança e eficácia e aplicabilidade clínica; T2 – testes clínicos para avaliação de segurança e eficácia por meio de estudos observacionais e experimentais para elaboração de guias e protocolos baseados em evidências; T3 – avaliação da implementação e disseminação destes guias à prática clínica; e T4 – translação para a comunidade, com avaliação do impacto na saúde pública.

A consolidação dos dados foi feita no Programa Excel® (Microsoft Office, 2016).

Verificou-se a distribuição geográfica dos projetos de PD&I por Unidades da Federação (UF) e municípios, e foram elaborados mapas utilizando-se o QGIS (versão 3.20.2, Odense), Sistema de Informação Geográfica livre e de código aberto.

Fez-se correlação da localização do centro de pesquisa responsável pela execução do projeto de PD&I com a quantidade de pesquisadores, o IDH-M, o PIB e a $TME_{Covid-19}$ utilizando-se o Coeficiente de Correlação de Pearson, no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 24).

Dados sobre o IDH-M 2018 foram obtidos no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil²⁰, e os do PIB, no Sistema de Contas Regionais²¹. As $TME_{Covid-19}$ e os números

absolutos de óbitos foram provenientes do Painel Covid².

A qualidade das instituições de ensino envolvidas nas pesquisas foi identificada pelo Ranking Universitário Folha 2019 (RUF)²². O dimensionamento da quantidade de pesquisadores baseou-se no Censo de Pesquisadores do Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil¹⁷.

O estudo utilizou dados secundários de acesso público, dispensando-se aprovação ética.

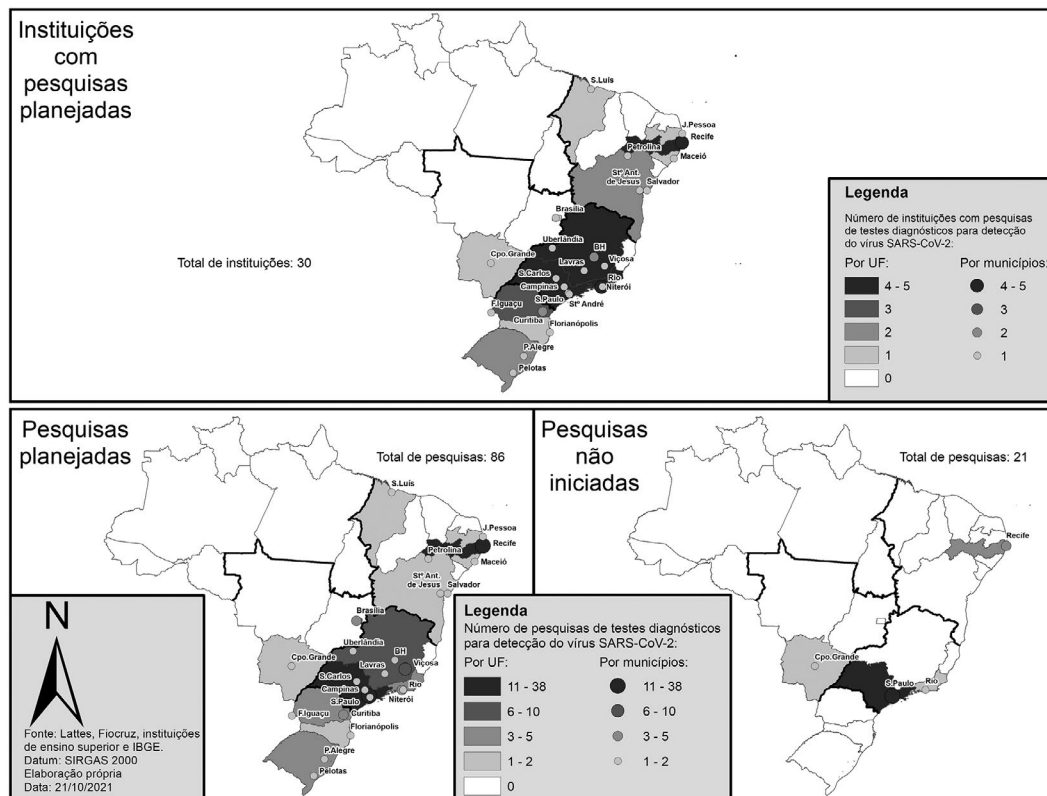
Resultados

Identificaram-se as etapas da PT para projetos de PD&I sobre testes diagnósticos relacionados com a vigilância sindrômica, planejados por pesquisadores brasileiros para mitigação da Covid-19, verificando sua distribuição geográfica e correlacionando-a à quantidade de pesquisadores, ao IDH-M, ao PIB e à $TME_{Covid-19}$.

No banco de dados, 89 projetos de PD&I, de 30 instituições públicas, relacionaram-se a testes diagnósticos para detecção do Sars-CoV-2, sendo 25 universidades e 5 centros de pesquisa. Destes, 3,4% (n=3) foram excluídos por duplicidade, e 22,5% (n=20), pela impossibilidade de identificação do pesquisador responsável e de sua etapa da PT.

Houve maior concentração de pesquisas na região Sudeste, destacando-se os municípios do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte – exceção para Recife, que está localizado na região Nordeste. Nenhuma pesquisa foi identificada na região Norte; e, para a Centro-Oeste, verificaram-se estudos apenas em Campo Grande e Brasília. A *figura 1* apresenta a distribuição geográfica dessas instituições.

Figura 1. Distribuição geográfica das instituições com pesquisas de testes diagnósticos para detecção do vírus Sars-CoV-2 por Unidades da Federação (UF) e municípios. Brasil, 2021



Fonte: elaboração própria.

Das 86 pesquisas planejadas, o estado de São Paulo foi o que teve a maior quantidade (n=38), seguido por Pernambuco (n=14), Minas Gerais (n=10), Rio de Janeiro (n=5), Paraná (n=5), Distrito Federal (n=4), Rio Grande do Sul (n=3) e Bahia (n=2). Já os estados com apenas 1 pesquisa foram: Alagoas, Maranhão,

Mato Grosso do Sul, Paraíba e Santa Catarina. As instituições de ensino com maior número de pesquisas de testes diagnósticos para detecção do vírus Sars-CoV-2 também se concentraram na região Sudeste, conforme pode ser verificado na *tabela 1*, que evidencia sua distribuição por instituições segundo o RUF²².

Tabela 1. Distribuição das pesquisas de testes diagnósticos para detecção do vírus Sars-CoV-2 por classificação das instituições pelo Ranking Universitário Folha (RUF), Brasil, 2021

Classificação no RUF	Número de instituições com pesquisas de testes diagnósticos de detecção do vírus Sars-CoV-2	Número de pesquisas de testes diagnósticos de detecção do vírus Sars-CoV-2	
		(n)	(%)
As 10 melhores instituições	8 ^a	57	66,3%
Instituições com o ranking entre 11 ^o e 50 ^o	10 ^b	16	18,6%
Instituições com o ranking entre 51 ^o e 197 ^o	7 ^c	8	9,3%
Fora do ranking	5 ^d	5	5,8%
Total Geral	30	86	100%

Fonte: Ranking Universitário Folha (RUF)22.

a USP (1^o), Unicamp (2^o), UFRJ (3^o), UFMG (4^o), UFSC (7^o), UFPR (8^o), UnB (9^o) e UFPE (10^o).

b UFSCar (12^o), UFV (15^o), UFF (17^o), UFU (25^o), UFLA (28^o), UFPB (31^o), UFPel (32^o), UFABC (38^o), UFMS (41^o) e Ufal (45^o).

c UFCSPA (61^o), Unirio (65^o), UPE (71^o), Univasf (106^o), UFRB (127^o), Unila (125^o) e Uema (157^o).

d Fiocruz/BA, Fiocruz/MG, Fiocruz/PE, Fiocruz/PR e Fiocruz/RJ.

Das 30 instituições, 8 estão entre as melhores do País (segundo o RUF) e concentram mais da metade das pesquisas (66,3%). As 10 instituições seguintes, que estão entre a 11^a e a 50^a posição do RUF, foram responsáveis por 18,6% das pesquisas. Nota-se que as 5 instituições fora do RUF e que representam 5,8% das pesquisas são todas unidades da Fiocruz (tabela 1).

Para identificação das etapas da PT dos projetos de PD&I disponíveis no banco de dados utilizado, foram desconsiderados aqueles que ainda não haviam sido iniciados, o que representou 31,8% (n=21) deles, tendo sido feita a classificação para 68,2% (n=45) dos projetos. A tabela 2 mostra os projetos com seus respectivos temas e classificação nas etapas da PT.

Tabela 2. Classificação dos projetos de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) em saúde, na área de testes diagnósticos planejados por cientistas brasileiros para a detecção de Covid-19, quanto às etapas da pesquisa translacional e seus respectivos temas de pesquisa

Etapa da pesquisa translacional	Projetos identificados		Temas dos projetos de PD&I em saúde, na área de testes diagnósticos para detecção de Covid-19
	(n)	(%)	
T0	20	44,5	Ciência de dados e desenvolvimento de máquinas para diagnóstico; fortalecimento da infraestrutura laboratorial; desenvolvimento de kits diagnósticos; técnicas moleculares.
T1	5	11,1	Desenvolvimento de biomarcadores para Covid-19; testes sorológicos e construção de modelo matemático para estimativa do diagnóstico.
T2	5	11,1	Inteligência artificial no diagnóstico por imagem; avaliação de testes diagnósticos e investigação da perda de olfato pela Covid-19.
T3	15	33,3	Desenvolvimento de novos testes; formulação de plataforma de diagnóstico; uso de equipamentos de imagem; validação de testes para detecção; inteligência artificial; desenvolvimento de infraestrutura laboratorial; desenvolvimento de métodos para diagnóstico.
T4	0	0,0	-
Total	45	100	-

Fonte: elaboração própria.

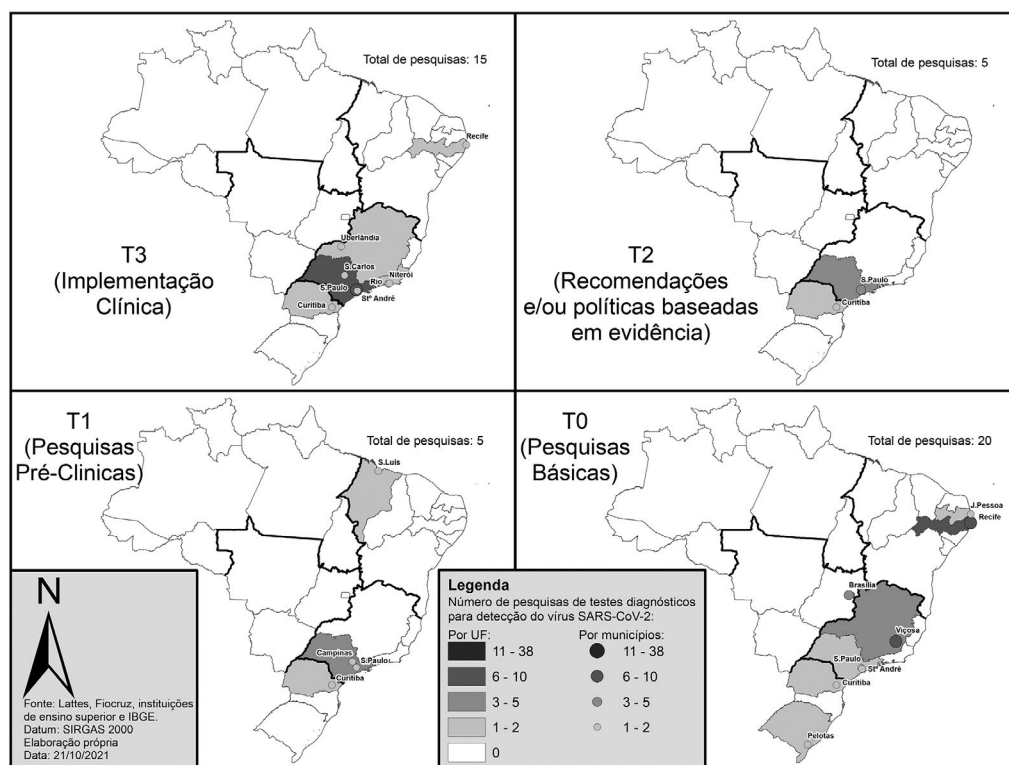
Verificou-se que a maioria das pesquisas 44,5% (n=20) encontra-se na etapa T0, de pesquisa básica. Em segundo lugar, o estágio T3 da pesquisa foi alcançado por 33,3% (n=15) delas.

Os temas dos 15 projetos translacionados (etapa T3) enquadram-se em: inteligência artificial, novas estratégias para diagnóstico da Covid-19, uso de equipamentos de imagens, e desenvolvimento de métodos para diagnóstico mais oportuno do Sars-CoV-2.

Neste estudo, não foram encontradas pesquisas na etapa T4, em que seu impacto na saúde da população é avaliado em coletividades.

Quanto à distribuição de pesquisas de testes diagnósticos para detecção do vírus Sars-CoV-2 pelo Brasil, de acordo com as etapas da PT, observaram-se: T0 (n=20); T1 (n=05); T2 (n=05); T3 (n=15); e T4 (n=0). A maior parte das pesquisas esteve classificada em básica (T0) e distribuída entre os estados de Pernambuco, Minas Gerais, Paraíba, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, além do Distrito Federal. Paraná e São Paulo destacam-se por concentrar, pelo menos, uma pesquisa em cada uma das etapas. A região Sudeste apresentou o maior número de pesquisas T3 (figura 2).

Figura 2. Distribuição geográfica das pesquisas de testes diagnósticos para detecção do vírus Sars-CoV-2, com as respectivas etapas, Brasil, 2021



Neste estudo, a partir do coeficiente de Pearson, também foi verificada a correlação entre a distribuição de pesquisas de testes

diagnósticos para a detecção de Sars-CoV-2 e outras variáveis e indicadores (tabela 3).

Tabela 3. Matriz de correlação (coeficiente de correlação de Pearson) entre a distribuição de pesquisas de testes diagnósticos para detecção do Sars-CoV-2 e óbitos por Covid-19, Taxa de Mortalidade por Covid-19 ($TM_{Covid-19}$), pesquisadores, Produto Interno Bruto (PIB) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) por Unidade Federativa. Brasil, 2016, 2017, 2018 e 2021

	Nº de pesquisas de testes diagnósticos para Sars-CoV-2	Nº de instituições com pesquisas de testes diagnósticos para Sars-CoV-2	Nº de óbitos por Covid-19	$TM_{Covid-19}$ (por 100 mil hab.)	Nº de pesquisadores	Nº de pesquisadores doutores	PIB	PIB per capita	IDH-M
Nº de pesquisas de testes diagnósticos para Sars-CoV-2	1	,694**	,894**	,126	,843**	,861**	,921**	,316	,434*
Nº de instituições com pesquisas de testes diagnósticos para Sars-CoV-2		1	,710**	,094	,798**	,787**	,664**	,288	,424*
Nº de óbitos por Covid-19			1	,283	,968**	,975**	,987**	,362	,529**
$TM_{Covid-19}$ (por 100 mil hab.)				1	,275	,290	,276	,658**	,705**
Nº de pesquisadores					1	,998**	,953**	,422*	,585**
Nº de pesquisadores doutores						1	,964**	,427*	,589**
PIB							1	,421*	,559**
PIB per capita								1	,891**
IDH-M									1

Fonte: elaboração própria.

**Correlação é significativa no nível de 1% (bicaudal); *Correlação é significativa no nível de 5% (bicaudal).

A correlação do número de pesquisas de testes diagnósticos foi muito forte com o PIB (0,921) e forte com o número de óbitos por Covid-19 (0,894), com o número de pesquisadores (0,843) e com o número de pesquisadores doutores (0,861).

Já o IDH-M apresentou correlação moderada, tanto com o número de pesquisas de testes diagnósticos (0,424) quanto com o número de instituições que estavam desenvolvendo pesquisas para esses testes (0,434). Ou seja, localidades com menor IDH-M foram as que menos desenvolveram pesquisas dessa natureza, o que já foi demonstrado na *figura 1*, em que, na região Norte, não foi identificada nenhuma delas.

Discussão

O estudo não encontrou nenhum estado da região Norte com pesquisas para testes diagnósticos para Sars-CoV-2 (*figura 1*). Esse achado diverge da hipótese de que as localidades com maior incidência de Covid-19 foram as que mais investiram nessas pesquisas, pois, segundo o Painel Coronavírus do Ministério da Saúde², no dia 24 de outubro de 2021, a região Norte era apontada como a de terceira maior incidência (10.092,3/100 mil habitantes), antecedida pela Sul (14.066,5/100 mil habitantes) e pela Centro-Oeste (14.285,8/100 mil habitantes). Em contrapartida, São Paulo foi o estado que teve a maior quantidade de pesquisas não iniciadas (n=16), seguido por

Pernambuco (n=3), Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul (n=1).

Os presentes resultados vão ao encontro do estudo realizado pelo Fórum de Reflexão Universitária da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)²³, que mostrou que o investimento na ciência proporciona descentralização da pós-graduação, principalmente no estado de São Paulo devido ao financiamento constante e meritocrático de pesquisas pela Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo.

O Brasil possui descentralização limitada nessa área, e o Sudeste permanece o centro de transformações da estrutura produtiva, cujo auge ocorreu no fim dos anos 1960 e início de 1970²⁴. Foi apenas em meados dos anos 1990 que, a partir da globalização (e, com ela, a subordinação a empresas multinacionais), iniciou-se movimento de desconcentração industrial e de inovação²⁵.

Apesar dessa concentração, tem-se atuação positiva das cooperações internacionais que são uma característica da inovação, especialmente pela articulação de mecanismos de política industrial e de inovação com outras políticas públicas, liderados por instituições históricas de pesquisa e ensino, como a Fiocruz (federal, sediada no Rio de Janeiro) e o Instituto Butantan (estadual, de São Paulo), que funcionam baseadas na conexão entre atividades científico-tecnológicas e a relevante preocupação socioeconômica e com a saúde pública²⁴.

As pesquisas aqui identificadas se concentram nos estados mais ricos do Brasil. Pinto Junior, Zanneti e Albuquerque²⁵, em estudo transversal sobre informações de grupos de pesquisas, evidenciaram que o estado de São Paulo concentrava 29,1% de doutores, bem como 29,1% de publicações tanto em periódicos nacionais como internacionais (37%), seguido pelos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais. Também, Guimarães e Humann²⁶ registraram que a implementação de programas de pós-graduação *Stricto Sensu* foi um dos fatores que estimularam a produção científica no Brasil, e reportam o Sudeste como

uma das regiões com maior quantidade desses programas, impactando no desenvolvimento científico e tecnológico.

Como possíveis hipóteses para as pesquisas de testes diagnósticos para o Sars-CoV-2 que não iniciaram, citam-se: o corte no orçamento das universidades federais do Brasil no ano de 2021, a redução de recursos destinado ao Ministério de Ciência e Tecnologia e Inovações nesse mesmo ano²⁷ e a retirada de bolsas de incentivo para pesquisadores²⁸. Esses cortes de recursos destinados às pesquisas são percebidos desde 2015, em que houve interrupção de grande parte dos repasses ao financiamento de pesquisas e bolsas de fomento para pesquisadores em quase todas as agências estaduais e federais de amparo à pesquisa²⁹.

Levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)³⁰ sobre estimativas de dispêndios com ações de PD&I para órgãos executores da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e o Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), aponta que o orçamento federal apresenta tendência de redução desde 2015. Naquele ano, foram direcionados R\$ 13.027 milhões para PD&I, reduzindo-se para R\$ 5.216 milhões, mesmo diante do melhor cenário estimado para 2020. Nesse documento, sinalizou-se que a Política Nacional de Inovação deveria garantir maior competitividade internacional, intervenção pública em falhas de mercado nas atividades privadas de PD&I, e priorização de investimentos públicos nessa área³⁰.

Arbix³¹, comparando os dispêndios em PD&I em relação ao PIB de diversos países, mostrou que o Brasil está praticamente estagnado em torno de 1%. No período de 2000 a 2013, outros países dobraram seus investimentos, como Coréia (que saltou de 2% para 4% do PIB) e a China (que avançou de 1% para 2% do PIB). Para esse autor, o olhar para a tecnologia e para a inovação como força

motriz ao crescimento e ao desenvolvimento da economia ainda carece de consolidação, prejudicada pelas oscilações do investimento público, pela insegurança regulatória, pelos elevados custos de produção e pela infraestrutura deficitária, que geram atraso histórico e dependência tecnológica.

Esse panorama tem gerado sérias consequências, como a evasão de pesquisadores para outros países, a desmotivação de novas descobertas científicas e a diminuição da presença de pesquisadores de baixa renda nas universidades³². Além disso, o fechamento das universidades nos meses iniciais da pandemia devido às restrições das atividades presenciais pode ter impactado negativamente o desenvolvimento das pesquisas³³.

Nesse cenário, um aspecto relevante estimulado pela pandemia foi a formação de redes colaborativas entre universidades e institutos de pesquisa paulistas objetivando maior agilidade no desenvolvimento, produção e entrega de testes diagnósticos ao sistema público de saúde, para redução da fila de espera de materiais biológicos que aguardavam diagnóstico, potencializando as ações da vigilância epidemiológica. Essa rede passou a ser coordenada pelo Instituto Butantan e pretendia enfrentar os problemas derivados da limitada produção nacional e da massiva competição na aquisição de insumos no mercado internacional. Evidenciou-se que parcerias entre universidades, saúde pública e setores privados podem ser bem-sucedidas e potencialmente ágeis e efetivas na translação de produtos originados de pesquisas para as políticas públicas de saúde³⁴.

Quintella et al.³⁵, em estudo desenvolvido para o mapeamento de testes clínicos para diagnóstico da Covid-19 no mundo e suas respectivas fontes de financiamento, verificaram que a maioria das pesquisas identificadas era subsidiada por hospitais e, em segundo lugar, por universidades, seguido de setores governamentais, de Organizações Não Governamentais (ONG) e do setor empresarial.

Esses achados corroboram a necessidade de investimento nas universidades públicas,

pois, como reportado por Moura e Camargo Júnior³², apesar de algumas pesquisas terem influências diretas no processo saúde-doença da população e sejam de relevância social, muito provável que não tenham amparo de agências privadas de fomento, tendo como base de sua existência o financiamento público, a exemplo daquelas na área da saúde coletiva.

Reforçando isso, Waldman³⁶ relata que pesquisas em saúde possuem grandes dimensões e precisam de ações intersetoriais entre universidade, instituições de ensino e pesquisa e agências de fomento ao desenvolvimento tecnológico. A atuação das universidades públicas é fundamental às ações da vigilância epidemiológica, uma vez que sua integração com a comunidade científica para o desenvolvimento de pesquisas contribui para o conhecimento de doenças e a produção de evidências de forma oportuna ao planejamento de estratégias para seu enfrentamento³⁷.

Em contraponto, De Negri³⁸ argumenta que as subvenções a projetos de pesquisa em universidades e centros de pesquisa no Brasil são, em grande parte, mais direcionadas ao apoio da comunidade científica do que ao desenvolvimento de tecnologias essenciais ao País, em que recursos públicos de PD&I poderiam ser utilizados para desenvolver soluções em saúde e em segurança urbana, por exemplo, entre outros flagelos que afligem a sociedade brasileira.

Nesta investigação, verificaram-se estudos na Fase T3, ou seja, já incorporados à atenção à saúde³⁹, incluindo a temática da inteligência artificial. A aceleração das pesquisas nesse tema deve-se à diminuição do contato profissional/paciente infectado, o que minimiza riscos de contaminação dos profissionais, aumenta a agilidade da triagem, subsidia hipóteses diagnósticas de maneira mais oportuna, promove a visualização de órgãos por meio de exames de imagens, e favorece o prognóstico de infecções virais^{40,41}.

Também se pode destacar a criação de um protótipo que utiliza radiação UVC para combater a Covid-19⁴², a padronização de

dois protocolos para testes moleculares com reagentes de baixo custo como alternativas para diagnóstico da Covid-19⁴³ e a formulação de um fluxo de trabalho direto RT-LAMP (Amplificação Isotérmica Mediada por Loop de Transcrição Reversa) que se mostrou ferramenta efetiva para detecção salivar do vírus⁴⁴. Esses achados corroboram o argumento da importância do fortalecimento do pacto político para Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) na área da saúde pública para garantia da integralidade ao acesso aos testes diagnósticos, e sobre o papel essencial que os formuladores de políticas estão tendo para integrar as atividades de CT&I com o planejamento e as políticas públicas de saúde³⁴. Acrescentando-se, destaca-se a ágil capacidade de resposta da comunidade científica à Covid-19, com adequações em laboratórios universitários para formulação de meios alternativos para diagnóstico do Sars-CoV-2, e a produção inovadora de equipamentos e protocolos de rastreamento da doença³⁴.

A não identificação da etapa T4 no presente estudo corrobora o documentado por Titler¹⁸, em que a autora indica essa lacuna e suas consequentes implicações negativas para a saúde da população. A PT em saúde torna-se relevante na medida em que estimula a tradução do desenvolvimento científico em algo aplicável, seguro e benéfico de modo oportuno⁴⁵, o que, também, prescinde da avaliação de seus impactos em saúde pública.

Ferraz, Pereira e Pereira⁴⁶, em revisão de escopo realizada para investigar os desafios da tradução do conhecimento na atualidade, para além da omissão governamental e de escassos incentivos das instituições de saúde, identificaram que eles estão relacionados com a falta de entendimento entre a comunidade científica e os agentes envolvidos em tomadas de decisão, e com a falta de manejo dos pesquisadores em traduzir e implementar as novas descobertas. Nesse sentido, Treichel et al.⁴⁷, a partir de Comitê Gestor da Pesquisa adotado em sua experiência na implementação de tecnologias em saúde mental, sugerem a adoção dessa

ferramenta pelo seu potencial de promover dialogicidade entre a pesquisa e a prática, com implementação continuada e significativa de seus desfechos pelos autores envolvidos.

Outro aspecto relevante que pode impactar na falta ou lentidão da tradução do conhecimento é a ausência de orientação da pesquisa a resultados. Dados apontaram que somente 30% dos recursos públicos de PD&I no Brasil possuem esse direcionamento a resultados, diferentemente do caso americano, em que há mais de 90%³⁸. Assim, surge a necessidade de novas políticas públicas que guiem a inovação com essa base, com infraestrutura de escala, objetivos claros e coerentes com a necessidade da população e à resolução aos desafios do País, com melhoria de vida da sociedade. Aperfeiçoar e profissionalizar os ambientes institucionais destinados à PD&I poderia minimizar a realização da pesquisa apenas com cunho acadêmico, cujo fim se perde em si mesma, sem orientação à resolução concreta de problemas⁴⁸.

Quanto à distribuição geográfica, uma hipótese para o achado na região Sudeste está relacionada com as estratégias desenvolvidas⁴⁹, como a criação e a manutenção de redes de cooperação entre universidades que potencializaram a produção de testes diagnósticos moleculares para a detecção do novo coronavírus⁵⁰, especialmente na cidade de São Paulo, em que a translação evidenciou sucesso pela utilização de produtos e tecnologias advindos das pesquisas³⁴. Além disso, o estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento produtivo que envolvem articulações entre laboratórios públicos e empresas farmacêuticas privadas para a transferência de tecnologia fortalece a produção local e as aquisições centralizadas pelo Ministério da Saúde, possibilita a ampliação do acesso e a redução das vulnerabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS), aliando PD&I à dimensão econômica social⁵¹.

Apesar de o número de pesquisa T3 estar maiormente concentrado no Sudeste, para Garcia et al.⁵², a falta de ações coordenadas no âmbito do governo federal brasileiro deslocou

a responsabilidade da adoção de medidas para mitigar os efeitos negativos da pandemia de Covid-19 a estados e municípios. Assim, aqueles em que já se havia maior capacidade produtiva, tecnológica e de pesquisa instalados saíram na frente não só na adoção de medidas sanitárias, mas também de PD&I, o que acabou beneficiando todo o território nacional.

Para Magno et al.⁵³, medidas efetivas de diagnóstico estão incluídas entre as melhores práticas de prevenção da infecção e controle da transmissão do Sars-CoV-2, e podem complementar a vigilância sindrômica ao agregar estratégias de testagem em larga escala. No contexto da pandemia de Covid-19, a vigilância sindrômica deve ser mantida como rotina, com amostragem e testes laboratoriais de todos ou de um subconjunto de casos, objetivando identificar as tendências de outras doenças que se apresentam de forma semelhante à sintomatologia do Sars-CoV-2, para orientar oportunamente as ações de saúde pública⁵⁴, por configurar-se em uma prática frequentemente utilizada por sistemas de vigilância em saúde pública e estar concentrada na identificação precoce de sintomas⁵⁵.

A correlação das pesquisas sobre os testes diagnósticos feita com o PIB justificou-se por este ser um dos principais indicadores de crescimento econômico e por vincular-se à geração de riquezas⁵⁶. Neste estudo, o PIB demonstrou associação linear com a concentração das pesquisas no Sudeste, região de maior PIB brasileiro. O PIB alto não necessariamente significa que a qualidade de vida dos moradores de determinado local será alta, mas implica alto grau de fluxo de bens e serviços que, potencialmente, por meio de adequadas políticas públicas, melhoram indicadores de saúde⁵⁷.

Para Gadelha et al.⁵⁸, é evidente a desproporção entre o gasto em saúde e sua distribuição no Brasil, o que exige não somente aumento elevado do financiamento público no setor da saúde, mas também o fortalecimento da base produtiva nacional para adequação econômica sob a perspectiva de universalização,

considerando as novas configurações das demandas, a evolução nos processos tecnológicos, a concorrência (sobretudo do mercado internacional) e os aspectos regulatórios.

Já o IDH-M mensura a qualidade de vida nas cidades; então, conhecê-lo e observar sua relação com outros indicadores, como a taxa de mortalidade, auxilia na compreensão da dinâmica de propagação do novo coronavírus e na necessidade do desenvolvimento de pesquisas e tecnologias para promover a redução dos óbitos e demais danos causados pela pandemia no território⁵⁹. IDH-M baixos podem estar relacionados com uma maior incidência de Covid-19⁶⁰. Em estudo que analisou a distribuição espacial da Covid-19 no estado do Pará em relação ao IDH-M, verificou-se que cidades com IDH-M baixo possuíam forte correlação com a taxa de letalidade pela doença, enquanto as de IDH-M médio e alto estavam mais fortemente correlacionadas a maiores taxas de recuperação dos casos⁶¹.

Uma vez que os dados apresentam uma limitação temporal por representar uma amostra de projetos de PD&I coletadas até 15 de maio de 2020, e por se tratar de dados secundários, podem estar sujeitos a sub-registros. Além disso, a classificação dos temas dos projetos foi feita de modo subjetivo a partir de sua descrição e objetivos constantes nas informações dos bancos de dados em que as pesquisas foram consultadas.

Considerações finais

Este estudo auxiliou a ampliar o olhar sobre pesquisas de testes diagnósticos para a detecção de Sars-CoV-2 no Brasil, considerando sua implicação com a vigilância sindrômica, identificando-se as etapas da PT de projetos nessa área, e sua correlação com outros indicadores.

Mesmo com as profundas restrições orçamentárias em PD&I, identificaram-se 15 inovações que atingiram o estágio T3, com produtos incorporados em protocolos clínicos

na saúde. A maioria das pesquisas esteve no T0, e nenhuma no T4.

Apesar de universidades e centros de pesquisa públicos de destaque mundial estarem no Brasil, ainda é necessário promover seu desenvolvimento, com aprimoramento de infraestrutura e estímulo à criatividade dos pesquisadores, rumo a uma ciência de excelência orientada a resultados, com movimentos de translação oportunos cujos produtos e tecnologias seriam voltados à resolução de problemas da sociedade brasileira.

Observou-se maior concentração de pesquisas no Sudeste, região com maior número de instituições de ensino e centros de pesquisa, de pesquisadores, de pesquisadores doutores e de universidades classificadas dentre as 10 melhores do País. As pesquisas mostraram-se mais presentes em localidades de maior PIB, o que pode denotar desigualdades locais regionais.

O Brasil possui potencial de desenvolvimento e implementação de produtos tecnológicos na área de testes de diagnóstico para Sars-CoV-2. Políticas públicas de PD&I em saúde necessitam de priorização com vistas

à ampliação de parcerias e de cooperações nacionais e internacionais, inclusive com o complexo industrial, de modo a potencializar e a desconcentrar a produção científico-tecnológica, e a facilitar a implementação e a avaliação de impacto de seus produtos, resgatando a função precípua da pesquisa em saúde, a de promover a saúde da população.

Colaboradores

Cavalcante FV (0000-0002-8706-0457)* e Sacco RCCS (0000-0001-6131-0852)* contribuíram para concepção, desenho e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação preliminar do artigo, revisão crítica e aprovação final do conteúdo. Oliveira A (0000-0002-3084-6491)* e Araujo SQ (0000-0002-5152-6892)* contribuíram para redação preliminar do artigo, análise e interpretação dos dados e aprovação final do conteúdo. Pacheco C (0000-0003-1829-1515)* contribuiu para revisão crítica e aprovação final do conteúdo. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa sobre Covid-19. 2021 [acesso em 2021 out 14]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/apoio-da-opas-ao-brasil-durante-pandemia-covid-19>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Versão v2.0. 2021. [acesso em 2021 out 17]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
3. Leineweber FV, Bermudez JAZ. The influence of the U.S. response to Covid-19 in global health. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2021 out 17]; 26(3):1001-12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729354/>.
4. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 2020 [acesso em 2021 set 15]. Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013574>.
5. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiologic Reviews*. 1988 [acesso em 2021 out 17]; 10(1):164-90. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3066626/>.
 6. Prado NMBL, Biscarde DGS, Pinto Junior EP, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da Covid-19: contribuições para o debate. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 [acesso em 2021 set 12]; 26(7):2843-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z5WSwQfqN6348KfWcnS34pL/?lang=pt>.
 7. Lazarus R, Kleinman KP, Dashevsky I, et al. Using automated medical records for rapid identification of illness syndromes (syndromic surveillance): the example of lower respiratory infection. *BMC Public Health*. 2001 [acesso em 2021 out 17]; 22;1(1):9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11722798/>.
 8. Torres AR, Silva S, Kislaya I, et al. Detecção Precoce de COVID-19 em Portugal: Uso de Registos Clínicos. *Acta Méd. Port*. 2021 [acesso em 2021 out 17]; 34(3):176. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/14593/6271>.
 9. Fernandes ACS. Brazilian social and economic development depends on science. *Brazilian J. Med. Hum. Health*. 2017 [acesso em 2021 set 2]; 5(3):88-9. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/medicine/article/view/1615>.
 10. Lupatini EO, Barreto JOM, Zimmermann IR, et al. Medicamentos e pesquisa translacional: etapas, atores e políticas de saúde no contexto brasileiro. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 out 17]; 43(esp2):181-99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/g8hMhnmCkdxhKpb5zpCvCn/?lang=pt>.
 11. Barreto JOM, Silva EN, Gurgel-Gonçalves R, et al. Pesquisa translacional em saúde coletiva: desafios de um campo em evolução. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 out 17]; 43(esp2):4-9. Disponível em: www.scielo.br/j/sdeb/a/LZJ7mh5tGYYkfwMmJ4V3Kgt/?lang=pt.
 12. Che X-Y, Hao W, Wang Y, et al. Nucleocapsid Protein as Early Diagnostic Marker for SARS. 2004. [acesso em 2021 set 10]. Disponível em: www.cdc.gov/eid.
 13. Turner T, El-Jardali F. The crucible of COVID-19: The crucible of COVID-19: what the pandemic is teaching us about health research systems. *Health Res Policy Sys*. 2020 [acesso em 2021 out 17]; 18(52):1-3. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00573-1>.
 14. Sabino-Silva R, Jardim ACG, Siqueira WL. Coronavirus COVID-19 impacts to dentistry and potential salivary diagnosis. *Clinical Oral Invest*. 2020 [acesso em 2021 out 17]; 24(4):1619-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32078048/>.
 15. Pan American Health Organization. Laboratory Guidelines for the Detection and Diagnosis of COVID-19 Virus Infection. Paho. 2020 jul 8. [acesso em 2021 set 12]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52458/PAHOIMSPHECOVID-19200038_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 16. Rosa MFF, Silva EN, Pacheco C, et al. Direct from the COVID-19 crisis: research and innovation sparks in Brazil. *Health Research Policy and Systems*. 2021 [acesso em 2021 ago 12]; 19(10):1-7. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00674-x#citeas>.
 17. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Plataforma Lattes. 2021. [acesso em 2021 out 9]. Disponível em: <https://lattes.cnpq.br>.
 18. Titler M. Translation Research in Practice: An Introduction. *OJIN: The Online J. Iss. Nurs*. 2018 [acesso em 2021 set 12]; 23(2):1-1. Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarktplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-23-2018/No2-May-2018/Translational-Research-in-Practice.html>.

19. Khoury MJ, Gwinn M, Ioannidis JPA. The emergence of translational epidemiology: From scientific discovery to population health impact. *Am. J. Epid.* 2010 [acesso em 2021 out 17]; 172(5):517-524. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927741/>.
20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Brasil; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2020. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de Contas Regionais: Brasil 2018. 77. ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101765_informativo.pdf.
22. Folha de São Paulo. Ranking Universitário Folha. 2019. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://ruf.folha.uol.com.br/2019/ranking-de-universidades/principal/>.
23. Fórum de Reflexão Universitária da Unicamp. Os desafios da pesquisa no Brasil. *Cad. Temát. Sup. J. Unicamp.* 2002 [acesso em 2021 out 19]; 1(12):1-4. Disponível em: https://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/jornalPDF/ju170tema_p01.pdf.
24. Cassiolato JE, Szapiro MHS. Os dilemas da política industrial e de inovação: os problemas da Região Sudeste são os do Brasil. In: Leal CFC. Um olhar territorial para o desenvolvimento: Sudeste. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; 2015. p. 284-317. [acesso em 2021 out 17]. Disponível em: https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/7053/1/Os%20dilemas%20da%20pol%C3%ADtica%20industrial%20e%20de%20inova%C3%A7%C3%A3o_11_.pdf.
25. Pinto Júnior VL, Zanneti MM, Albuquerque AA. Perfil da pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação na área de saúde da capital do Brasil. *Com. Ciênc. Saúde.* 2011 [acesso em 2021 out 19]; 22(2):105-11. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42373/2/ve_Vitor_Pinto_Junior_etal.pdf.
26. Guimarães JA, Humann MC. Training of human resources in science and technology in Brazil: The importance of a vigorous post-graduate program and its impact on the development of the country. *Scientometrics.* 1995 [acesso em 2021 out 17]; 34(1):101-19. Disponível em: <https://akjournals.com/view/journals/11192/34/1/article-p101.xml>.
27. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. Entidades da ICTP.br se manifestam contra retirada de recursos destinados a bolsas e apoio à pesquisa. 2021. [acesso em 2021 out 17]. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/?p=90379>.
28. Delgado M. Brasil deixa milhares de cientistas no limbo. *Deutsche Well.* 2021. [acesso em 2021 out 17]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/brasil-deixa-milhares-de-cientistas-no-limbo/a-57283758>.
29. Saraiva IZ, Menezes NS, Oliveira N, et al. Impactos das Políticas de Quarentena da Pandemia Covid-19, Sars-Cov-2, sobre a CT&I Brasileira: prospectando cenários pós-crise epidêmica. *Cad Prospec.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; 13(2):2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/36066>.
30. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Investimentos Federais em Pesquisa e Desenvolvimento: estimativas para o período 2000-2020. Brasília, DF: IPEA; 2020. (Nota Técnica v. 56). [acesso em 2021 out 18]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9656/1/NT_56_Diset_Investimentos_federais_em_pesquisa_e_desenvolvimento.pdf.
31. Arbix G. Dilemas da inovação no Brasil. In: Turchi LM, Morais JM, organizadores. Políticas de Apoio à Inovação Tecnológica no Brasil: Avanços Recentes, Limitações e Propostas de Ações. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017. p. 115-66. [acesso em 2021 set 12]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/171103_politicas_de_apoio_a_inovacao.pdf.
32. Moura EG, Camargo Junior KR. A crise no financiamento da pesquisa e pós-graduação no Brasil.

- Cad. Saúde Pública. 2017 [acesso em 2021 out 17]; 33(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000400101&lng=pt&tlng=pt.
33. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Education: From disruption to recovery. UNESCO. 2021 [acesso em 2021 out 27]; (19):1-10. Disponível em: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>.
 34. Silva RGL, Chammas R, Plonski GA, et al. University participation in the production of molecular diagnostic tests for the novel coronavirus in Brazil: The response to health challenges. Cad. Saúde Pública. 2020 [acesso em 2021 out 19]; 36(6). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32609169/>.
 35. Quintella CM, Quintella HM, Palma GB, et al. Coronavírus (SARS-CoV-2) e COVID-19: mapeamento de testes clínicos Coronavírus. Cadernos de Prospecção. 2020 [acesso em 2021 set 12]; 13(2):397. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9771/cp.v13i2.COVID-19.36175>.
 36. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública. [tese]. [São Paulo]: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1991. [acesso em 2021 out 18]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-25072016-175116/pt-br.php>.
 37. Costa ZGA, Romano APM, Elkhoury ANM, et al. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. Rev. Pan-Amazônica de Saúde. 2011 [acesso em 2021 out 17]; 2(1):11-26. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
 38. De Negri F. Inovação e produtividade: por uma renovada agenda de políticas públicas. Boleim Radar IPEA. 2015 [acesso em 2021 set 11]; (42):7-15. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5980/1/Radar_n42_inova%C3%A7%C3%A3o.pdf.
 39. Khoury MJ, Gwinn M, Yoon PW, et al. The continuum of translation research in genomic medicine: How can we accelerate the appropriate integration of human genome discoveries into health care and disease prevention? Genet. Med. 2007 [acesso em 2021 out 19]; 9(10):665-74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18073579/>.
 40. Agência Brasil. Inteligência artificial pode desafogar sistema de saúde na pandemia. Agência Brasil. 2021. p. 10-4. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/inteligencia-artificial-desafoga-sistema-na-pandemia>.
 41. Estadão, Caderno Summit Saúde Brasil 2022. Inteligência artificial (IA) prevê gravidade em casos de covid-19. Estadão. 2021. p. 11-4. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/tecnologia/inteligencia-artificial-ia-preve-gravidade-em-casos-de-covid-19/>.
 42. Bock E, Fotoran W, Margarido G, et al. Descritivo das ações do grupo de pesquisa institucional do IFSP para utilização de radiação UVC no combate ao COVID-19. The Acad. Soc. J. 2020 [acesso em 2021 out 19]; 4(4):253-7. Disponível em: <https://www.theacademicociety.net/taşjonline-v4-pg-253-257>.
 43. Dorlass EG, Monteiro CO, Viana AO, et al. Lower cost alternatives for molecular diagnosis of COVID-19: conventional RT-PCR and SYBR Green-based RT-qPCR. Braz. J. Microb. 2020 [acesso em 2021 set 11]; 51(3):1117-23. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s42770-020-00347-5>.
 44. Kobayashi GS, Brito LA, Moreira DP, et al. A novel saliva RT-LAMP workflow for rapid identification of COVID-19 cases and restraining viral spread. Diagnostics. 2021 [acesso em 2021 out 19]; 11(8):1-19. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-4418/11/8/1400>.
 45. Wehling M. Principles of Translational Science in Medicine. Amsterdam: Elsevier; 2015. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/C2013015547X>.

46. Ferraz L, Pereira RPG, Pereira AMRC. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 out 15]; 43(esp2):200-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/hVLgmkWFGWytPvC3BkwLgZk/?lang=pt>.
47. Treichel CAS, Silva MC, Presotto RF, et al. Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 out 19]; 43(esp2):35-47. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000600035&tlng=pt.
48. De Negri F. Por Uma Nova Geração de Políticas de Inovação no Brasil. In: Turchi LM, Morais JM, organizadores. *Políticas de apoio à inovação tecnológica no Brasil: avanços recentes, limitações e propostas de ações*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2017. p. 492. [acesso em 2021 set 17]. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8125/1/Políticas de apoio à inovação tecnológica no Brasil.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8125/1/Políticas%20de%20apoio%20à%20inovação%20tecnológica%20no%20Brasil.pdf).
49. CNN Brasil. Dos mais de 46 milhões de testes prometidos por Teich, só 11 % são distribuídos. *CNN Brasil*. 2021. p. 1-7. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/dos-mais-de-46-milhoes-de-testes-prometidos-por-teich-so-11-sao-distribuidos/>.
50. Agência Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP. Laboratórios da USP, Unicamp e Unesp integram plataforma de testes para diagnóstico da Covid-19. *Alumni USP*. 2020. p. 1-5. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <http://www.alumni.usp.br/laboratorios-da-usp-unicamp-e-unesp-integram-plataforma-de-testes-para-diagnostico-da-covid-19/>.
51. Rezende KS. As parcerias para o desenvolvimento produtivo e estímulo à inovação em instituições farmacêuticas públicas e privadas. 2013. [acesso em 2021 set 20]. Disponível em: <https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3508>.
52. Garcia PJ, Alarcón A, Bayer A, et al. COVID-19 Response in Latin America. *Am. J. Trop. Med. Hyg*. 2020 [acesso em 2021 out 5]; 103(5):1765-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7646820/>.
53. Magno L, Rossi TA, Mendonça-Lima FW, et al. Challenges and proposals for scaling up COVID-19 testing and diagnosis in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 set 18]; 25(9):3355-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HdGWGh93b-VjLYqw9z5p3zQz/abstract/?lang=en>.
54. Organização Pan-Americana da Saúde. Prevenção, identificação e manejo de infecção em profissionais de saúde no contexto da COVID-19. Brasília, DF: OPAS; 2020. (Publications/Publicaciones – Brazil). [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53142>.
55. Henning KJ. Overview of syndromic surveillance: What is syndromic surveillance? *MMWR Morb Mortal Wkly Repr*. 2004 [acesso em 2021 out 17]; (53):5-11. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su5301a3.htm#:~:text=Strictly%20defined%2C%20syndromic%20surveillance%20gathers,the%20early%20phases%20of%20illness>.
56. Mattedi AP, Bazanela Júnior AN, Santos FTC, et al. Desenvolvimento econômico, social e tecnológico: sob uma perspectiva dos indicadores. *RCH*. 2015 [acesso em 2021 out 18]; 8(2):101-16. Disponível em: <http://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/284>.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto Interno Bruto – PIB IBGE. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>.
58. Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, et al. Perspectivas do investimento em saúde – Relatório final do estudo do sistema produtivo. Rio de Janeiro: Unicamp; 2008. [acesso em 2021 out 17]. Disponível em: https://www.eco.unicamp.br/Neit/images/stories/arquivos/PerspectivasdoInvestimento/ie_ufrj_sp11_saude.pdf.

59. Noy I, Doan N, Ferrarini B, Park D. Measuring the Economic Risk of COVID-19. *Global Policy*. 2020 [acesso em 2021 out 17]; 11(4):413-23. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1758-5899.12851>.
60. Snyder B, Parks V. Spatial Variation in Socio-ecological Vulnerability to COVID-19 in the Contiguous United States. *SSRN Elect. J. Health Place*. 2020 [acesso em 2021 out 19]; 66:102471. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3587713.
61. Santos SB, Silva MM, Rodrigues GF, et al. A epidemiologia da Covid-19 e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do Estado do Pará. *Res. Soc. Develop*. 2021 [acesso em 2021 out 19]; 10(14):e27101421578. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21578>.

Recebido em 12/11/2021

Aprovado em 10/03/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Síndrome Inflamatória Multissistêmica e Covid-19 em crianças e adolescentes: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2020-2021

Multisystem Inflammatory Syndrome and COVID-19 in children and adolescents: epidemiological aspects, Brazil, 2020-2021

Erly Catarina de Moura¹, Fabrício Vieira Cavalcante¹, Luciana Gonzaga de Oliveira¹, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto², Geraldo Magela Fernandes¹, Gustavo Saraiva Frio³, Leonor Maria Pacheco Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213406

RESUMO Este estudo descreve aspectos epidemiológicos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à Covid-19 e óbitos por Covid-19 em crianças (0-9 anos de idade) e adolescentes (10-19 anos de idade). As fontes de dados, de 2020-2021, foram os Sistemas de Vigilância Epidemiológica para SIM-P e de Informação sobre Mortalidade para Covid-19, gerenciados pelo Ministério da Saúde. Foram notificados 1.503 casos, mais frequentes em crianças (77%) do que em adolescentes (23%); e 93 óbitos por SIM-P em 26 das 27 Unidades da Federação. O maior número de casos em crianças foi notificado em São Paulo (268), contudo, a maior incidência ocorreu no Distrito Federal (7,8/100 mil habitantes). A proporção de óbitos por SIM-P foi 5,4% em crianças e 8,7% em adolescentes. No período avaliado, houve 2.329 óbitos por Covid-19 em menores de 20 anos de idade, com maior taxa em adolescentes (4,4/100 mil habitantes) do que em crianças (2,7/100 mil habitantes), com maiores taxas em Roraima. Recomenda-se intensificação da imunização contra Covid-19 nessa população, aumentando a proteção contra os efeitos negativos dessa doença e da SIM-P, que podem apresentar consequências em curto, médio e/ou longo prazo, de modo a não comprometer a inserção plena destes cidadãos na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Morte. Criança. Adolescente. Brasil.

ABSTRACT *This study describes epidemiological aspects of the Multisystemic Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) associated with COVID-19 and mortality by COVID-19 in children (0-9 years old) and adolescents (10-19 years old). The data sources, for 2020-2021, were the Epidemiological Surveillance System for MIS-C and Mortality Information System for COVID-19, both managed by the Ministry of Health. There were 1,503 cases, more frequent in children (77%) than in adolescents (23%), and 93 reported deaths due to MIS-C in 26 of the 27 States of the Country. The highest number of cases in children was reported in São Paulo (268), but the highest incidence took place in the Federal District (7.8 per 100,000 inhabitants). The rate of deaths due to MIS-C was 5.4% in children and 8.7% in adolescents. There were 2,329 deaths due to COVID-19 in the population under 20 years old, with a higher rate in adolescents (4.4 per 100,000 inhabitants) than in children (2.7); the highest rate occurred in Roraima. We recommend intensifying immunization against COVID-19 in such population, increasing protection against the negative effects of COVID-19 and MIS-C, which may have short, medium and/or long-term consequences, so as not to compromise the full integration of these citizens into society.*

KEYWORDS COVID-19. Death. Child. Adolescent. Brazil.

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
leopac@unb.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Eusébio (CE), Brasil.

³Universidade Católica de Pelotas (UCPel) - Pelotas (RS), Brasil.



Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional¹ em 30 de janeiro de 2020. Embora tenha se alastrado amplamente em todo o mundo, os Estados Unidos da América, o Brasil e a Índia apresentaram os maiores números de casos e óbitos por essa doença². Em geral, crianças e adolescentes têm condições leves a moderadas e menores taxas de mortalidade por Covid-19³. No entanto, alguns estudos têm mostrado que crianças e adolescentes em países de baixa e média renda apresentam maiores taxas de hospitalização e mortalidade em comparação com aqueles de alta renda^{3,4}. Adicionalmente, dados de diferentes países mostram que a mortalidade por Covid-19 também atinge crianças e adolescentes, com maiores taxas na presença de comorbidades^{5,6}.

Além disso, em 15 de maio de 2020, a OMS reconheceu a ocorrência da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) temporalmente relacionada com a Covid-19⁷, em crianças e adolescentes, como uma condição grave que requer cuidados de saúde intensivos⁶; a SIM-P é definida como uma síndrome de choque tóxico, com resposta inflamatória de maior intensidade após exposição à Covid-19⁶⁻¹¹. Geralmente, afeta crianças com mais de 5 anos de idade, com início das manifestações clínicas descrito entre 4 e 6 semanas após diagnóstico ou exposição à essa doença. Com frequência, o diagnóstico da SIM-P ocorre quando a presença do vírus da Covid-19 não é mais detectável, sendo admitida por condição de exposição progressiva, isto é, temporalmente associada à infecção viral. Estudos sobre taxas de morbidade e mortalidade devido à Covid-19 e à SIM-P, em crianças e adolescentes de diferentes países, podem ajudar na caracterização da doença e na compreensão da capacidade de resposta e enfrentamento da pandemia^{4,11}.

Considerando o surgimento da SIM-P e o aumento do número de casos e óbitos por essa

doença em crianças e adolescentes, este estudo descreve a morbimortalidade por Covid-19 e SIM-P em menores de 20 anos no Brasil em 2020 e 2021.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo sobre SIM-P e Covid-19 em crianças (0-9 anos) e adolescentes (10-19 anos), com base em dados secundários de domínio público gerenciados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS).

Os números de casos e de óbitos por SIM-P foram compilados do 'Boletim Epidemiológico do Sistema de Vigilância'¹² por faixa etária de acordo com a Unidade Federativa (UF) de notificação, compreendendo o período entre 1º de abril de 2020 (quando teve início o registro de notificação da doença) e 5 de janeiro de 2022 (último registro público disponível). O percentual de óbitos foi calculado por grupo etário (crianças e adolescentes) para o conjunto das UF. A incidência de casos, calculada por 100 mil habitantes para cada grupo (crianças e adolescentes), foi padronizada por idade (<5 e 5-9 para crianças, 10-14 e 15-19 anos para adolescentes), considerando como referência a média da população estimada¹³ para os anos de 2020 e 2021 por UF.

Dados sobre os óbitos por Covid-19, ocorridos entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021, foram extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade^{14,15}, de acordo com o mês e a UF de ocorrência do óbito. A mortalidade proporcional devida à Covid-19 foi calculada a cada mês para os dois grupos etários. As taxas de mortalidade pela doença, padronizadas por faixa etária (<1, 1-4, 5-9, 10-14 e 15-19 anos), foram calculadas para 100 mil habitantes para cada UF. Como referência, foi utilizado o número de nascidos vivos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos^{16,17}, como a população exposta para a faixa etária menor de 1 ano e a população estimada¹³ para a faixa etária acima de 1 ano de idade, também

considerando as médias entre 2020 e 2021 por faixa etária.

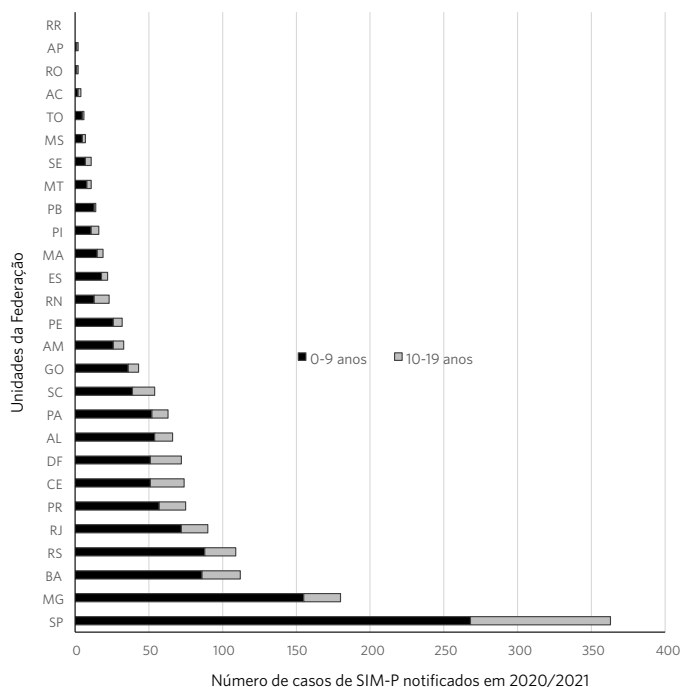
Resultados

No período de cerca de 21 meses (1º de abril de 2020 até 5 de janeiro de 2022), concomitantemente à ocorrência da pandemia de Covid-19 no Brasil, o MS confirmou 1.503 casos de SIM-P, resultando em 93 óbitos e 153 casos com desfecho ainda não definido. O percentual de óbitos em crianças foi de 5,4% (63/1.160); e em adolescentes, de 8,7% (30/343), totalizando 6,2% (93/1.503) para o conjunto da população estudada. Do total de casos, 77% (1.160) referem-se a crianças; e 23% (343), a adolescentes (*gráfico 1*). As três UF com maior número de notificações foram: São Paulo (SP), Minas Gerais (MG) e Bahia (BA), que também apresentam as maiores populações com menos de 20 anos de idade. Destaca-se Roraima (RR),

que não registrou nenhuma notificação de SIM-P no período avaliado.

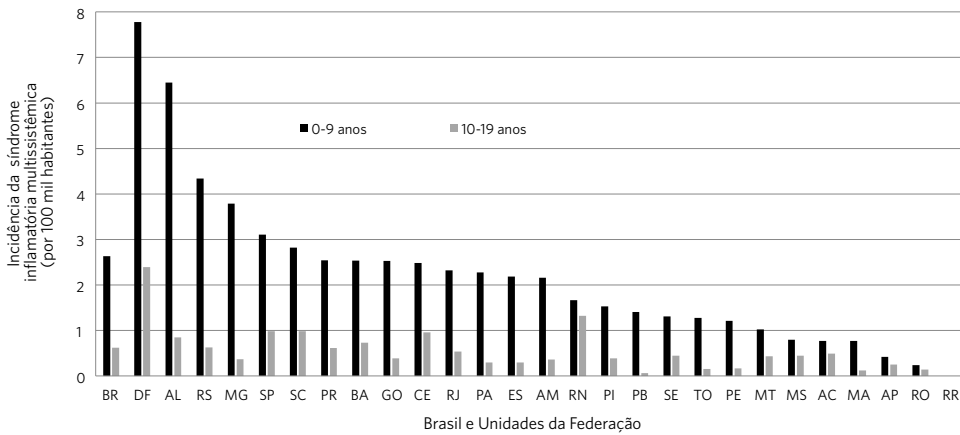
Dados brutos mostram que a maior incidência (12,1/100 mil habitantes) de casos de SIM-P em crianças de 0 a 9 anos ocorreu no Distrito Federal (DF), onde foram notificados 51 casos. Todavia, após padronização por idade (*gráfico 2*), a incidência nessa faixa etária passa a ser de 7,8 por 100 mil habitantes no DF, a primeira posição; a segunda e a terceira posições são ocupadas por Alagoas (AL), 6,4 por 100 mil habitantes, e Rio Grande do Sul (RS), 4,3 por 100 mil habitantes. O estado mais populoso do País, SP, que registrou o maior número absoluto de casos de SIM-P de 0 a 9 anos de idade (268), após padronização, ocupa a quarta posição com incidência de 3,1 casos por 100 mil habitantes. Nota-se, em todas as UF, que a incidência foi maior em crianças do que em adolescentes, chegando a 4,2 vezes mais no total do país.

Gráfico 1. Distribuição do número de casos de Síndrome Inflamatória Multissistêmica (SIM-P) em crianças (0 a 9 anos) e adolescentes (10-19 anos) segundo as Unidades da Federação, Brasil, 2020/2021



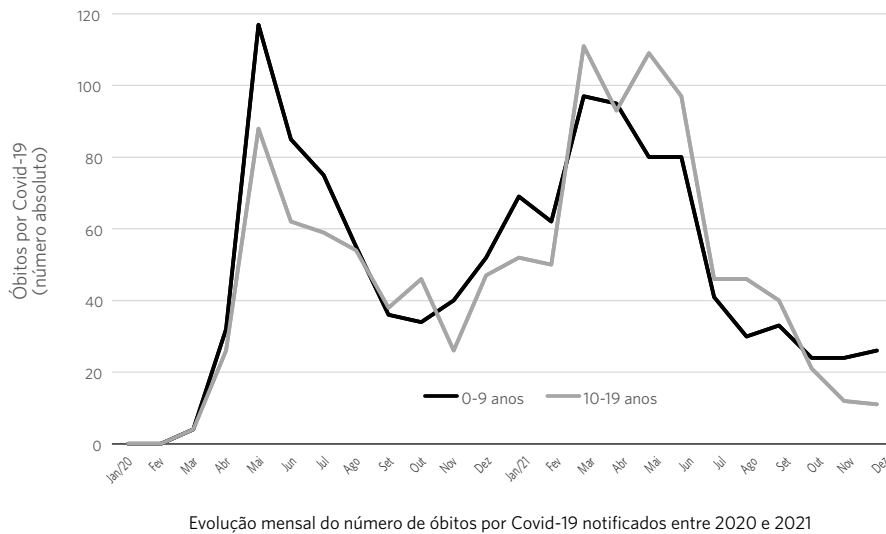
Fonte: elaborado com dados do Sistema de Vigilância SIM-P, Ministério da Saúde¹².

Gráfico 2. Incidência de Síndrome Inflamatória Multissistêmica (SIM-P) em crianças e adolescentes, padronizada por idade, por 100 mil habitantes no Brasil e Unidades da Federação, 2020/2021



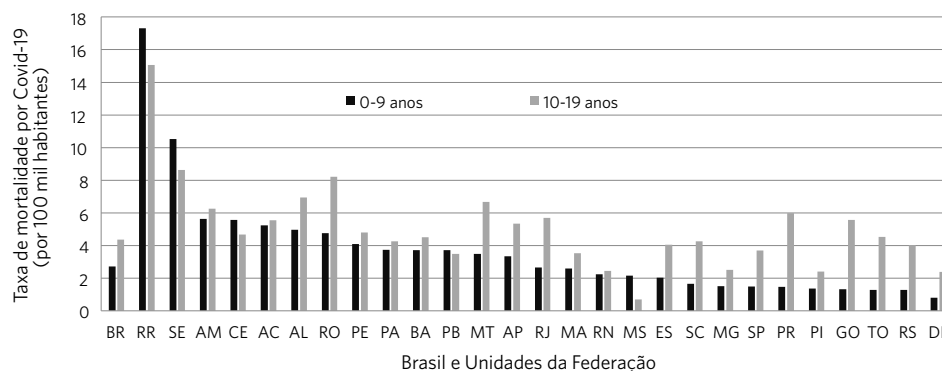
Fonte: elaborado com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde¹⁵.

Gráfico 3. Distribuição do número de óbitos por Covid-19 em crianças e adolescentes segundo mês de ocorrência, Brasil, 2020/2021



Fonte: elaborado com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde¹⁵.

Gráfico 4. Taxa de mortalidade por Covid-19, padronizada por idade, em crianças e adolescentes, por 100 mil habitantes, no Brasil e Unidades da Federação, 2020/2021



Fonte: elaborado com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, Ministério da Saúde¹⁵.

No período avaliado, o Sistema de Informações sobre Mortalidade registrou, no País, 113.836 óbitos em menores de 20 anos (população em estudo), dos quais 2.329 (2,1%) foram por Covid-19, sendo 980 em 2020 e 1.349 em 2021. No total, em crianças, a proporção de mortes por Covid-19 foi de 2,2% (1.218 casos); e em adolescentes, de 3,3% (1.093 casos). O gráfico 3 mostra que a evolução das mortes por Covid-19 foi caracterizada por dois picos em ambos os grupos etários: o primeiro em maio de 2020, com queda até outubro/novembro e crescimento até março de 2021, evidenciando a ocorrência da segunda onda, com maior frequência de óbitos entre os adolescentes.

A taxa de mortalidade por Covid-19, padronizada por faixa etária, no Brasil foi de 2,7 por 100 mil habitantes (gráfico 4) em crianças e 4,4 em adolescentes. Os estados de RR, Sergipe (SE) e Amazonas (AM) apresentaram as maiores taxas de mortalidade por Covid-19 em menores de 10 anos. Entre os adolescentes, as maiores taxas de mortalidade foram observadas nos estados de RR, SE e Rondônia (RO). Taxas menores foram observadas no DF, RS e Tocantins (TO) entre as crianças; e entre os adolescentes, em Mato Grosso do Sul (MS), DF e Piauí (PI).

Discussão

Os dados apresentados neste estudo mostram que, em 2020 e 2021, a Covid-19 foi a causa básica de morte em 2,1% dos indivíduos menores de 20 anos no Brasil, sendo maior em adolescentes do que em crianças. A porcentagem de casos de SIM-P foi mais frequente em crianças do que em adolescentes. No entanto, os adolescentes afetados por SIM-P tiveram uma porcentagem maior de mortes do que as crianças.

Os achados deste estudo sobre baixas taxas de mortalidade por Covid-19 em crianças e adolescentes corroboram os dados da literatura^{3,18,19}. No entanto, deve-se considerar a possibilidade de sub-registro, tanto de Covid-19 como de SIM-P. Outra limitação se refere ao não acesso ao banco de dados completo do SIM-P, que ainda faz parte do sistema interno do MS, impossibilitando outras análises. É possível também identificar no atestado de óbito não apenas a Covid-19 como causa básica, mas também a SIM-P como causa associada. Dos óbitos por Covid-19, apenas três em 2020 e 48 em 2021 registraram a SIM-P como causa associada. A SIM-P também esteve presente como causa associada para outras causas básicas que não a Covid-19 em cinco casos em 2020 e 38 em 2021. Nenhum registro de SIM-P

como causa básica foi observado nesses anos. Os dados mostram a ocorrência da segunda onda também nessa população, caracterizando um dos piores cenários desta pandemia em todo o mundo²⁰.

A literatura aponta que parte da população pediátrica é assintomática para infecção por Covid-19 e tem manifestações clínicas leves²¹, sendo febre e tosse os sintomas mais comuns²². No entanto, a identificação de SIM-P indica um potencial agravamento da doença nessa população^{4,9,10}. Uma metanálise incluindo 129 estudos de 31 países e 10.251 casos pediátricos de Covid-19 (confirmados por laboratório) mostrou que uma proporção maior de crianças com SIM-P foi internada em Unidades de Terapia Intensiva e que uma parcela maior de crianças hospitalizadas com SIM-P foram a óbito, em comparação com os casos pediátricos de Covid-19 em geral⁴. Ressalta-se que os fatores de risco para o desenvolvimento de SIM-P incluem idade, carga viral e comorbidades crônicas²³.

As medidas de proteção, mitigação e contenção da Covid-19 têm se mostrado eficazes; de modo que o isolamento domiciliar, o distanciamento social em público e o uso de máscaras por crianças, adolescentes e suas famílias foram fundamentais no controle da doença²⁴.

Adicionalmente, a vacinação contra a Covid-19 tornou-se uma medida universalmente poderosa no combate à pandemia. Todavia, no Brasil, a inclusão de adolescentes de 12 a 17 anos no Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19 – autorizado em 29 julho de 2021 pela Agência Nacional Vigilância Sanitária (Anvisa) – sofreu revezes por parte do executivo federal, com a decisão de suspender a vacinação para adolescentes sem comorbidade por meio de Nota Informativa do MS (publicada em 15 de setembro de 21)²⁵, alegando tratar-se de orientação por “questão de cautela”²⁶ e que seguia uma decisão presidencial²⁷.

Esse fato gerou protestos generalizados de sociedades médicas e levou governadores, prefeitos e autoridades de saúde locais a declarar que iriam ignorar a suspensão e manter o plano de vacinação programado, de acordo com o número de

doses disponível da vacina aprovada. A polêmica ensejou ação de Tutela de Urgência em Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental, no Supremo Tribunal Federal, que deliberou, em 21 de setembro de 21: “é competência dos estados, Distrito Federal e municípios promover a imunização de adolescentes maiores de 12 anos contra Covid-19”²⁸. Como consequência, houve recuo do governo federal, que revogou a suspensão e liberou a vacina para todos os adolescentes no dia seguinte²⁹.

A implantação da imunização contra Covid-19 para crianças de 5 a 11 anos também foi controversa. Vinte dias após a liberação da Anvisa, a Nota Técnica do MS (publicada em 5 de janeiro de 22) determinou “vacinação não obrigatória” nessa faixa etária³⁰. Ao mesmo tempo, as falas presidenciais contra a vacinação infantil eram repudiadas por sociedades médicas, tidas como “lamentáveis e socialmente irresponsáveis”³¹. A aprovação da vacinação opcional, ainda vigente em maio de 2022, indica a possibilidade de judicialização da matéria, uma vez que a obrigatoriedade da vacinação infantil é determinada, desde 1990, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990)³². O Conselho Nacional de Procuradores-Gerais emitiu Nota Técnica na qual afirma:

uma vez que a Anvisa autorizou o uso do imunizante e diante da expressa recomendação da autoridade sanitária federal, a vacina contra Covid-19 para a faixa etária de 5 a 11 anos é obrigatória em todo o território nacional, por força do artigo 14, § 1º, do ECA e das decisões do STF na ADI 6.578/DF e RE n. 1.267.879/SP³³.

Dados do painel do MS³⁴ mostram, até 23 de março de 2022, que 11,6 milhões de adolescentes de 12 a 17 anos receberam as duas doses, e 4,5 milhões, somente a primeira, respectivamente, 61% e 24% da estimativa populacional nacional³⁵ para a população dessa faixa etária (19,1 milhões). Quanto às crianças de 5 a 11 anos, a cobertura, para população estimada de 20,5 milhões, foi de 9% para duas doses (1,8 milhão) e de 43% para a primeira dose

(8,8 milhões). Esses valores indicam que 15% dos adolescentes e 48% das crianças ainda não havia recebido nenhuma dose da vacina, o que impõe a necessidade de medidas urgentes para estimular a vacinação e proteger a população mais jovem dos efeitos negativos da Covid-19.

Embora não se tenham analisado as diferenças regionais quanto à mortalidade por Covid-19, observa-se que a grande maioria das UF com as maiores taxas, em menores de 20 anos, é das regiões Norte e Nordeste, resultados semelhantes a outros relatos^{36,37}. Estudo realizado com dados do Sivep-Gripe, no período de 16 de fevereiro de 2020 a 9 de janeiro de 2021, confirmou maior mortalidade em crianças e adolescentes do Norte e do Nordeste³⁸. Além disso, dados de outros países mostram que as crianças de famílias de baixa renda têm maior probabilidade de teste positivo para Sars-CoV-2 do que as provenientes de famílias de alta renda³. Juntos, esses resultados enfatizam as desigualdades no acesso à saúde e as vulnerabilidades socioeconômicas relativas à morbidade e à mortalidade por Covid-19. Nesse sentido, no combate contra a pandemia, estratégias para reduzir as desigualdades devem ser consideradas, especialmente em países de baixa e média renda, nos quais crianças com Covid-19 e SIM-P sofrem maior risco de desfechos negativos, como sequelas e morte^{4,5,37,39}. Além dos efeitos clínicos diretos, existem efeitos indiretos da Covid-19 na saúde de crianças e adolescentes, que incluem perdas na aprendizagem, socialização e desenvolvimento; distância da vida familiar extensa, dos amigos e da rede de apoio, que influencia a saúde mental; inatividade física e uso excessivo de mídia, telas, *smartphones*; desafio de garantir cobertura vacinal regular para outras doenças evitáveis e creches; aumento do risco de fome e insegurança alimentar^{4,24,37,40}.

Considerações finais

Reconhecemos que, no Brasil, há limitações no diagnóstico de ambas as doenças: Covid-19 e SIM-P; a primeira principalmente por falta de testes, e a segunda por ser uma síndrome

nova associada à Covid-19. O registro retroativo de casos de SIM-P antes da implantação da vigilância nacional pode ter sofrido subnotificação, particularmente devido ao despreparo do setor saúde na detecção dos sintomas do SIM-P, determinados *a posteriori*. Recomenda-se, assim, o desenvolvimento de estratégias de qualificação profissional para o diagnóstico e atendimento dos casos de SIM-P no Brasil²⁴.

Apesar das limitações, os dados apresentados são consistentes com a evolução da pandemia no País e alertam para a importância de ampliar o investimento nas ações de mitigação e contenção da Covid-19 em crianças e adolescentes. Estimativas mostram que, atualmente, cerca de 29% da população brasileira tem menos de 20 anos, sendo que 61% dos adolescentes entre 12 e 17 anos de idade estão completamente imunizados, mas somente 9% das crianças entre 5 e 11 anos, urgindo o incentivo da vacinação. A morbimortalidade por Covid-19 tem consequências de curto, médio e/ou longo prazos⁴¹, podendo comprometer a saúde de crianças e adolescentes⁴², interferindo em seu desenvolvimento integral, na socialização adequada, no desempenho escolar e, no futuro, na sua plena inserção na sociedade. Em razão disso, recomenda-se a vacina como proteção, o acompanhamento de reações adversas e a avaliação dos efeitos da imunização sobre a morbimortalidade por Covid-19 nessa população.

Colaboradores

Santos LMP (0000-0002-6739-6260)* e Moura EC (0000-0002-9237-432X)* foram os investigadores principais. Cavalcante FV (0000-0002-8706-0457)*, Oliveira LG (0000-0003-2399-3052)*, Barreto ICHC (0000-0001-8447-3654)*, Fernandes GM (0000-0002-4347-8886)* e Frio GS (0000-0001-6453-312X)* contribuíram igualmente para o manuscrito e para revisão da literatura. Todos os autores participaram da elaboração e da revisão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. Covid-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Genebra: WHO; 2020. [acesso em 2021 jul 11]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/Covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/Covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum).
- World Health Organization. WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard. 2021. [acesso em 2021 set 15]. Disponível em: <https://Covid19.who.int/>.
- González-García N, Miranda-Lora AL, Garduño-Espinosa J, et al. International heterogeneity in coronavirus disease 2019 pediatric mortality rates. *Bol Med Hosp Infant. Mex.* 2021 [acesso em 2021 ago 23]; 78(1):24-28. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33690595/>.
- Irfan O, Muttalib F, Tang K, et al. Clinical characteristics, treatment and outcomes of paediatric Covid-19: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child.* 2021 [acesso em 2021 ago 24]; 106(5). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349391053_Clinical_characteristics_treatment_and_outcomes_of_paediatric_Covid-19_A_systematic_review_and_meta-analysis.
- Bernardino FBS, Alencastro LCDS, Silva RAD, et al. Epidemiological profile of children and adolescents with Covid-19: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021 [acesso em 2021 ago 29]; 74(supl1):e20200624. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Lcgg68KckZNLhxmtSMKBnHyK/?lang=en>.
- Radia T, Williams N, Agrawal P, et al. Multi-system inflammatory syndrome in children & adolescents (MIS-C): A systematic review of clinical features and presentation. *Paediatric Respir Rev.* 2020 [acesso em 2021 jul 12]; (38):51-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7417920/>.
- World Health Organization. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with Covid-19. 2020. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-Covid-19>.
- Hoste L, Van Paemel R, Haerynck F. Multisystem inflammatory syndrome in children related to Covid-19: a systematic review. *Eur J Pediatr.* 2021 [acesso em 2021 set 13]; 180(7):2019-2034. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7890544/pdf/431_2021_Article_3993.pdf.
- Choe UJ, Choi EH, Choi JW, et al. Surveillance of Covid-19 – Associated Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, South Korea. *Emerging Infectious Diseases.* 2021; 27(4):1196-1200.
- Niño-Taravilla C, Otaola-Arca H, Lara-Aguilera N, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children, Chile, May–August 2020. *Emerging Infectious Diseases.* 2021; 27(5):1457-1461.
- O'Driscoll M, Ribeiro dos Santos G, Wang L, et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature.* 2021 [acesso em 2021 jul 22]; (590):140-145. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2918-0>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Síndrome Inflamatória Multissistêmica pediátrica temporalmente associada à Covid-19. *Boletim Epidemiológico.* 2022 [acesso em 2022 mar 13]; (99). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-99-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Projeção Populacional. 2022. [acesso em 2022 mar 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade.

2020. [acesso em 2022 mar 8]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ob-t10uf.def>.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. 2021. [acesso em 2022 mar 8]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/dados-abertos/sim/>.
 16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Nascido Vivos. 2020. [acesso em 2022 mar 8]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Nascido Vivos. 2021. [acesso em 2022 mar 8]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/dados-abertos/sinasc/>.
 18. Bhopal SS, Bagaria J, Olabi B, et al. Children and young people remain at low risk of Covid-19 mortality. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2021 [acesso em 2021 jul 21]; 5(5):e12-e13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7946566/>.
 19. Toba N, Gupta S, Ali AY, et al. Covid-19 under 19: A meta-analysis. *Pediatr Pulmonol.* 2021 [acesso em 2021 ago 21]; 56(6):1332-1341. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8013606/>.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavirus. 2021. [acesso em 2021 set 17]. Disponível em: <https://Covid.saude.gov.br/>.
 21. Jiang L, Tang K, Levin M, et al. Covid-19 and multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents. *Lancet Infect Dis.* 2020 [acesso em 2021 ago 21]; 20(11):e276-e288. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30651-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30651-4/fulltext).
 22. Taheri L, Gheiasi SF, Taher M, et al. Clinical features of Covid-19 in newborns, infants, and children: a systematic review and meta-analysis. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2021 [acesso em 2021 set 7]; 45(2):137-155. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/24694193.2021.1930288>.
 23. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiology of Covid-19 among children in China. *Pediatrics.* 2020 [acesso em 2021 ago 30]; 145(6):e20200702. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/145/6/e20200702>.
 24. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Covid-19 e a saúde da criança e do adolescente. 2020. [acesso em 2021 jul 15]. Disponível em: http://www.iff.fiocruz.br/pdf/Covid19_saude_crianca_adolescente.pdf.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19. Nota Informativa N° 1/2021. Vacinação em adolescentes. 2021. [acesso em 2022 maio 11]. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=0022770797%20&codigo_crc=BEFBD157&hash_download=34849307c0375646c10748c889463c08c6008ae8183ab1341d6861e8d7008e128ee9929027cc22b6793a23747f78ef57ff73b329544417ce4f04731b5b3b5dfd&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0.
 26. Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19: Ministério da Saúde orienta pela suspensão da vacinação de adolescentes sem comorbidades. 2021. [acesso em 2022 maio 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/ministerio-da-saude-orienta-pela-suspensao-da-vacinacao-de-adolescentes-sem-comorbidades>.
 27. Correio Braziliense. Suspender vacinação de adolescentes foi decisão de Bolsonaro diz Queiroga. 2021. [acesso em 2022 maio 11]. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/09/4949950-suspender-vacinacao-de-adolescentes-foi-decisao-de-bolsonaro-diz-queiroga.html>.
 28. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental ADPF 756-

- DF. Decisão monocrática (vacinação de adolescentes). 2021. [acesso em 2022 maio 11]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15347912154&ext=.pdf>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 45: Cuida-se de revogação da Nota Técnicas nº 40/2021 e 36/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS, estabelecendo a suspensão da autorização para vacinação contra a Covid-19 de adolescentes (12 a 17 anos). 2021. [acesso em 2022 maio 11]. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/sei-ms-secovid-libera-vacinacao-adolescentes-210922.pdf>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 02/2022: Cuida-se de vacinação não obrigatória de crianças de 05 a 11 anos contra Covid-19 durante a Pandemia da Covid-19. 2022. [acesso em 2022 maio 11]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-02-2022-vacinacao-de-5-11-anos.pdf>.
31. Veja. As sociedades médicas repudiam falas de Bolsonaro contra vacinação infantil. 2022 jan 7. [acesso em 2022 maio 11]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/sociedades-medicas-repudiam-falas-de-bolsonaro-contra-vacinacao-infantil/>.
32. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
33. Conselho Nacional de Procuradores-Gerais. Nota Técnica Nº 02/2022-CNPG acerca da vacinação de crianças de 5 a 11 anos contra a Covid-19. 2022. [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Criminal/Noticias_CAO_Criminal/Vacina%20-%20NT%20-%20CNPG.pdf.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Vacinômetro Covid-19. 2022. [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades Federais. 2022. [acesso em 23 mar 2022]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
36. Lopes ASA, Vieira SCF, Porto RLS, et al. Coronavirus disease-19 deaths among children and adolescents in an area of Northeast, Brazil: why so many? *Trop Med Int Health*. 2021 [acesso em 2021 ago 27]; 26(1):115-119. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13529>.
37. Martins-Filho PR, Quintans-Júnior LJ, Araújo AAS, et al. Socio-economic inequalities and Covid-19 incidence and mortality in Brazilian children: a nationwide register-based study. *Public Health*. 2021 [acesso em 2021 set 11]; 190:4-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7833565/>.
38. Oliveira EA, Colosimo EA, Simões E Silva AC, et al. Clinical characteristics and risk factors for death among hospitalised children and adolescents with COVID-19 in Brazil: an analysis of a nationwide database. *Lancet Child Adolesc Health*. 2021 [acesso em 2022 mar 15]; 5(8):559-568. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8192298/>.
39. Hillesheim D, Tomasi YT, Figueiró TH, et al. Severe Acute Respiratory Syndrome due to Covid-19 among children and adolescents in Brazil: profile of deaths and hospital lethality as at Epidemiological Week 38, 2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2020 [acesso em 2021 ago 24]; 29(5):e2020644. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33175011/>.
40. Chaabane S, Doraiswamy S, Chaabna K, et al. The impact of Covid-19 school closure on child and adolescent health: a rapid systematic review. *Children (Basel)*. 2021 [acesso em 2021 jul 21]; 8(5):415. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8159143/>.
41. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months

of symptoms and their impact. *EClinical Med.* 2021 [acesso em 2022 mar 15]; (38):101019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308300/>.

42. Lima EJJ, Faria SM, Kfoury RA. Reflexões sobre o uso das vacinas para COVID-19 em crianças e adolescentes. *Epid. Serv. Saúde.* 2022 [acesso em 2022

mar 15]; 30(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/kMsYGJQscQb4NTtv6hLfnGc/>.

Recebido em 16/11/2021

Aprovado em 24/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 07/2020

Uma análise do perfil dos secretários de saúde: interfaces entre saúde e os processos político-eleitorais

An analysis of the profile of health secretaries: interfaces between health and political-electoral processes

Matheus Brancaglioni¹, Jeovana Soares¹, Ligia Bahia¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213407

RESUMO O trabalho objetiva sistematizar informações sobre os secretários de saúde inseridos em governos estaduais e municipais, para refletir sobre influências técnicas, acadêmicas e partidárias na conformação de suas trajetórias, buscando contribuir para o delineamento de um panorama da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nas instâncias subnacionais. O estudo é apoiado em fontes secundárias, incluindo bases de dados oficiais, portais de governos e notícias divulgadas pela mídia comercial. Foram processadas informações dos secretários dos 26 estados e suas capitais, além do Distrito Federal, no cargo no mês de maio de 2021, gerando 53 currículos, que foram categorizados como especializados (79%), profissionais de saúde (75%), políticos de carreira (25%) e empresários (19%). Apesar da significativa influência partidária, encontrou-se um processo de formação de quadros burocráticos pelos partidos, para além da disputa eleitoral. Dos treze políticos de carreira identificados, onze também foram tipificados pela análise como ‘especializados’, interpellando acepções sobre oposição entre perfis ‘técnico’ versus ‘político’, sugerindo a relevância das interseções das trajetórias. Uma excepcionalidade de insulamento técnico da saúde não foi confirmada. Dessa forma, não é realista a imagem de que forças político-partidárias sejam antagônicas à capacitação acadêmica e à experiência na administração pública, sugerindo que a saúde se apresenta, simultaneamente, especializada e politizada.

PALAVRAS-CHAVE Política. Sistema Único de Saúde. Gestor de saúde. Governo local. Governo estadual.

ABSTRACT *The present paper aims to systematize information on health leaders inserted in state and municipal governments, to reflect on technical, academic and political influences in shaping their trajectories, seeking to contribute to the design an overview of Unified Health System (SUS) management at subnational bodies. The study is supported by research from secondary sources, including official databases, government portals and commercial news. Information from the secretaries of the 26 states and their capitals, in addition to the Federal District, in office in May 2021, was processed, generating 53 resumes, that were categorized as specialists (79%), health professionals (75%), career politicians (25%) and businesspeople (19%). Despite the significant partisan influence, a process of formation of bureaucratic cadres by the parties was found, beyond the electoral dispute. Of the thirteen career politicians identified, eleven were also typified by the analysis as ‘specialized’, questioning senses about the opposition between ‘technical’ versus ‘political’ profiles, suggesting the relevance of the intersections of trajectories. An exceptionality of technical insulation of health was not confirmed. Thus, the image that political party forces are antagonistic to academic training and experience in public administration is unrealistic, suggesting that health is simultaneously specialized and politicized.*

KEYWORDS *Politics. Unified Health System. Health manager. Local government. State government.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
brancaglioni@ufrj.br



Introdução

Estudos sobre secretários e secretarias de saúde, pressupondo a relevância das instâncias subnacionais para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciaram desencaixes entre o perfil do ocupante e as atribuições do cargo¹⁻³. Ao longo do tempo, a acepção sobre a necessidade de adequação de perfis profissionais às atividades de coordenação de sistemas de saúde locais e regionais se consolidou⁴. As análises sobre a ‘especialização’ dos secretários ocorreram *pari-passu* com o processo de criação de municípios e instâncias administrativas locais no País, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A conformação de fluxos decisórios e financiamento tripartite para a saúde decorrentes de preceitos constitucionais, leis orgânicas e normas administrativas, bem como a organização de comissões de saúde nas câmaras de vereadores e assembleias legislativas exigiram o desenvolvimento de habilidades e competências para o debate em fóruns setoriais.

Nesse sentido, o processo de implementação do SUS contribuiu para progressiva relevância e autonomia deliberativa de secretarias de saúde e suas entidades de representação. Recentemente, a nota do Conass⁵ questionando o uso da hidroxicloroquina para tratamento e prevenção de Covid-19 afirmou a necessidade de um plano integrado de resposta à pandemia. Outras iniciativas, tais como a articulação entre Conasems, Conass e Datasus, foram essenciais para o cadastramento para a vacinação. É indubitável que ao longo do tempo se constituiu e consolidou um *corpus* técnico nas secretarias de saúde. No entanto, a hipótese da propensão à adesão a agendas favoráveis à expansão da saúde pública não afasta interesses e pressões desfavoráveis ao SUS na composição de alianças para o exercício de cargos definidos por governadores e prefeitos eleitos.

O presente trabalho, situado como um dos desdobramentos da temática interações entre o

sistema político e a saúde, propõe-se a sistematizar informações sobre os secretários de saúde inseridos em governos estaduais e municipais, resultantes de escolhas em dois contextos políticos singulares: a derrota das coalizões de centro-esquerda em 2018 – embora se registrem as vitórias de PT, PDT e PCdoB em estados do Nordeste – e alterações, ainda que discretas, no quadro político-partidário nas eleições para as prefeituras. Ambas as conjunturas políticas ensejam questionamentos específicos sobre a condução das políticas de saúde por estados e prefeituras. Embora este estudo não responda ao conjunto dessas indagações, sua principal contribuição é delinear um panorama político, ainda que parcial, de instâncias subnacionais do SUS, a partir da análise de carreiras profissionais e políticas dos secretários.

Relações entre o sistema político e as políticas de saúde

A investigação sobre os perfis de secretários de saúde adota pressupostos segundo os quais muitos elementos que determinam a saúde se localizam fora do sistema de assistência à saúde⁶ e no interior do sistema político⁷⁻⁹. As análises de políticas sob tal perspectiva tendem a borrar as linhas demarcatórias entre a ciência política e a saúde, admitindo ‘roubos’ entre os campos do saber⁹. Cabe lembrar que analisar a política, por sua vez, tem implicações políticas, pois, como afirma Wright Mills¹⁰, ainda que implicitamente, realizar tais pesquisas e divulgá-las é, também, uma forma de ação política. Para Muntaner et al.¹¹, cientistas da saúde pública que negam seu agir político e postulam ser ‘isentos de valores’ adotam postura incongruente, pois “estão explicitamente comprometidos com aprimorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde”¹¹⁽¹⁷⁸⁾. Ao discutir as relações entre política e saúde, reafirma-se o compromisso

com a democracia, ao sistematizar subsídios para a condução das políticas de saúde e expor limites e vínculos entre as condições de vida e as representações políticas.

Os cargos de secretários de saúde em 2021

Os secretários são os dirigentes escolhidos por prefeitos e governadores eleitos em sufrágio, compondo o poder executivo. Dessa forma, compartilham responsabilidades junto aos governantes, sendo comumente referidos como ‘gestores’, isto é, líderes de burocracias, condutores de políticas públicas em divisões temáticas – as ‘pastas’ –, sendo a saúde uma das destacadas. Por isso, uma análise compreensiva de como o executivo de estados e municípios possui capacidade de implementar políticas recomenda uma análise de quem são esses gestores. No entanto, análises empíricas sobre secretarias costumam ser menos comuns que os ministérios, no nível federal, o que se torna especialmente limitante em um país de ordenação federalista como o Brasil, no qual os entes subnacionais, inclusive os 5.570 municípios, são dotados de autonomia.

Por conseguinte, o contexto da saúde pública brasileira pode ser sintetizado em uma matriz analítica que considera sumariamente o subfinanciamento e a conjuntura política de avanço de propostas *antiestablishment*, populistas, quando não abertamente antidemocráticas, como determinantes da crise sanitária no Brasil. Quando se buscam os matizes para detalhar a equação corte de recursos e recusa à adoção de melhores evidências científicas, e as esferas subnacionais adquirem relevo, apontando os secretários de saúde como peças-chave na implementação das políticas de saúde pelo País^{12,13}.

Considerando a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica decisória no âmbito do SUS, este trabalho

explora um ângulo desta vasta temática: o perfil dos líderes nos níveis estadual e municipal (restrito, por razões de escopo, às capitais).

Em diálogo com a literatura, o artigo tem como fio condutor o delineamento dos perfis desses gestores, considerando componentes demográficos, de formação acadêmica, partidários e societários, buscando identificar traços marcantes na definição da trajetória dos líderes da gestão da saúde no Brasil, sob a conjuntura crítica da crise sanitária. A investigação busca complementar as pesquisas sobre o perfil do secretariado já existentes, acentuando os componentes políticos da administração pública. Trata-se de uma contribuição complementar à análise do tema realizada por pesquisas mais extensas e aprofundadas cujos métodos se apoiam na aplicação de questionários ou entrevistas diretamente aos secretários^{3,12}.

O trabalho se justifica duplamente pela relevância e oportunidade. A importância do estudo está demarcada porque a reflexão acerca da arquitetura institucional do SUS está subordinada ao modelo federativo brasileiro, que se orienta pela descentralização, estabelecendo responsabilidades de estados e municípios na formulação e execução de políticas de saúde. Por sua vez, as heterogeneidades e desigualdades regionais e intrarregionais fomentam novas tensões^{3,14}. Por consequência, os entes subnacionais desenvolvem relações de interdependência, principalmente na provisão dos serviços, com as significativas disparidades de capacidades, configurando relações de competição e cooperação¹⁵. Já a Constituição de 1988, que preconiza a descentralização como sinônimo de democratização, proveu responsabilidades compartilhadas, induzindo, necessariamente, à atuação coordenada e, portanto, cooperativa. No entanto, essa estrutura institucional foi submetida ao teste do avanço da Covid-19, que pode ser considerado um Problema Intergovernamental Complexo [Complex Intergovernmental Problem (CIP)], pois requer alto nível de

coordenação e cooperação intergovernamentais para efetividade na resposta¹⁶. Portanto, o Brasil pode ser interpretado como um exemplo ‘às avessas’ no combate à crise sanitária, uma vez que as medidas de enfrentamento se caracterizaram pela descoordenação intergovernamental¹⁷, com o confronto entre dois modelos federativos: o cooperativo, preconizado pela Constituição, *versus* a concepção bolsonarista de viés centralizador e dualista, reduzindo o papel da União no socorro aos entes subnacionais, desequilibrando os pilares institucionais, como se tornou visível nos conflitos entre o presidente e governadores e prefeitos acerca da autoridade sobre as medidas de isolamento social. O ‘tripé federativo bolsonarista’, baseado em compartimentalização, autocracia e confronto, ameaçou a área da saúde, que melhor representa o arranjo institucional desejado pela Constituição de 1988 (CF/88)¹⁷. A robustez institucional do SUS esbarrou no componente de conjuntura política, marcada pela operação baseada no conflito, apontando que a condução da crise sanitária, no nível federal, foi baseada no repasse de responsabilidades¹⁸ – e tendo como resultado taxas de mortalidade e letalidade elevadas.

Abordagem metodológica

O estudo tem natureza exploratória, sendo apoiado em pesquisa de fontes secundárias. Foram coletadas informações dos secretários dos 26 estados e suas respectivas capitais, além do DF, totalizando 53 currículos. A seleção dos secretários considerou aqueles que estiveram no cargo durante o mês de maio de 2021.

A pesquisa se baseou em consulta a informações disponíveis publicamente na internet, incluindo portais de governos, *sites* de notícias, especialmente regionais, bases de dados de currículos (Escavador e Lattes), bases jurídicas (JusBrasil) e dados sobre participação em empresas (Diretório Brasil). As informações que permitem delinear o perfil dos secretários de saúde foram organizadas em cinco

blocos: características demográficas; formação e profissão; filiação partidária; participação em empresas; e suspeitas ou evidências de envolvimento em escândalos.

Para os dados demográficos básicos, bem como a lista de secretários, foram utilizadas as páginas oficiais do Conass e Conasems, com conferência em portais de notícias sobre eventuais trocas ainda não atualizadas nos *sites* dos referidos conselhos. Para a idade, recorreu-se a entrevistas na mídia ou dados constantes em *sites* das respectivas prefeituras e governos estaduais. Essas fontes também forneceram parte dos dados de experiências prévias e formação acadêmica. Esta última se baseou, principalmente, no currículo Lattes, quando disponível.

No que se refere à formação e à profissão, recorreu-se à pesquisa em bases de dados e portais midiáticos disponíveis na internet. É necessário observar que as informações contidas em *sites* como Escavador e a base de currículos Lattes são amplamente baseadas em informações autodeclaradas. Sobre as matérias jornalísticas, nota-se, também, a existência de textos cujo viés de favorecimento dos secretários é explícito, especialmente em pequenos veículos da imprensa local¹⁹.

Para registrar a filiação partidária dos secretários, recorreu-se ao Repositório TSE (Tribunal Superior Eleitoral) – Sistema de Filiação Partidária, consulta pública²⁰. Buscou-se, a partir do nome de cada secretário, se possui certidão de filiação partidária, com cuidado para homônimos, checando-se o município de filiação. Depois, pelo título de eleitor, foi gerada a Certidão de Filiação – tipo Histórico²¹, que registra as movimentações de filiação. É importante ressaltar que existe uma diferença entre ‘políticos’ e ‘filiados’. Enquanto o primeiro grupo está inscrito por completo no segundo, a recíproca não é verdadeira, ou seja, nem todos os filiados a partidos políticos podem ser considerados ‘políticos’, ou seja, aqueles que ocuparam (ou, para este trabalho, no mínimo, concorreram, ainda que sem vitória) cargos através de eleições, no

legislativo e no executivo. Assim, enquanto políticos em geral, especialmente os que de fato ocuparam cargos no legislativo ou executivo, podem ser facilmente detectados com simples busca na internet, os filiados precisaram da busca pormenorizada no repositório do TSE. Os políticos de carreira, pela intrínseca visibilidade pública, foram identificados em rápida pesquisa em buscadores da internet, muitos com perfis nos *sites* das casas que ocuparam (Assembleias Legislativas, Câmara dos Deputados etc.), além de constarem em manchetes da mídia e entrevistas.

Dados sobre o envolvimento em suspeitas e escândalos foram obtidos em portais de notícias, preferindo-se os das instituições jurídicas públicas, como os respectivos Ministérios Públicos.

A participação societária foi identificada no *site* 'Diretório Brasil' e complementada por notícias que eventualmente caracterizavam o secretário como empresário.

Considerando o conjunto das informações, obteve-se uma 'fotografia' do perfil dos secretários de saúde, isto é, informações restritas ao momento temporal específico da coleta dos dados, pouco tempo após um ano decorrido da emergência da crise sanitária da Covid-19. No entanto, ocorreram mudanças nas estruturas das secretarias de saúde, que não foram contempladas. Portanto, a análise não incluiu as trocas de secretários, que são frequentes.

É necessário anotar limites decorrentes da abrangência, confiabilidade e qualidade das fontes secundárias consultadas. Embora tenham sido utilizadas diversas conferências para cada registro, é possível que as informações contenham imprecisões, especialmente no que diz respeito à tentativa de apreender participação em empresas (que pode ocorrer por meio de diversos expedientes) e suspeita/envolvimento em escândalos (cujas notícias e processos, quando vêm à tona, não mantêm correspondência com o período de gestão).

Apesar das balizas intrínsecas a um estudo transversal organizado a partir de bases empíricas documentais, a investigação contribui

para delinear perfis menos anódinos dos secretários de saúde dos estados e das capitais em um contexto bastante complexo da vida nacional.

Resultados

Características demográficas

No levantamento dos currículos dos secretários e secretárias dos estados, de suas respectivas capitais e do Distrito Federal (DF) (n = 53), encontrou-se predomínio do sexo masculino (75%), com 1 secretária para cada 3 secretários. Destaca-se, também, que apenas duas mulheres são chefes eleitas dos executivos estaduais e das respectivas capitais, sendo elas uma governadora e uma prefeita. Analisando-se separadamente, os estados e o DF possuem apenas 10% das secretarias de saúde chefiadas por mulheres, enquanto as capitais apresentam 37%.

Nem todos os currículos trazem informações precisas sobre a idade, mas, sendo essa informação importante para a caracterização biográfica dos secretários, lançou-se mão da utilização de estimativa para 24 casos (45%), necessariamente de pouco rigor, utilizando faixas etárias a fim de amenizar a imprecisão. Dentro dos 29 casos de idade precisamente conhecida, a média atingida é de 53 anos de idade, valor mínimo de 37 e máximo de 57 anos. Assim, tem-se a seguinte distribuição etária para o conjunto completo de perfis, inclusive as aproximações: 30-40 anos: 19%; 40-50 anos: 17%; 50-60 anos: 35%; 60-70 anos: 28%.

Sobre a origem e os deslocamentos geográficos dos secretários, 30% nasceram em estado diferente do que atua na pasta. Importante considerar que a mudança pode ocorrer em momentos diversos de sua trajetória, seja já se graduando no novo estado, no qual desenvolve toda sua carreira profissional, seja se mudando justamente em virtude da nomeação para secretário.

Formação acadêmica

Dos 53 currículos buscados, todos apresentavam formação superior, com única exceção de superior incompleto. Quarenta secretários são profissionais da saúde, perfazendo 75%. Dentro dessa categoria, predominam graduados em medicina, que correspondem a quase 80% dos formados na saúde, sendo praticamente a metade dos secretários (24, ou 46% de todos os secretários) médicos e homens, seguidos por graduados em enfermagem (quatro), farmácia (dois), odontologia (dois) e serviço social (um). Os 25% restantes possuem formações diversas, como História, Agronomia e Engenharia, sendo Direito o curso predominante (6) dos não profissionais da saúde, perfazendo 11% dos currículos.

PÓS-GRADUAÇÃO

35 secretários (66%) apresentaram ao menos um curso de pós-graduação, havendo, inclusive, secretários com diversos cursos em seu currículo, como mestrados, doutorados, especializações por residência profissional e MBAs (Master of Business Administration). O currículo Lattes foi a principal fonte para essa informação, que permitiu a seleção de 74 cursos, entre os quais, 48 de especialização, sendo comum encontrar currículos com mais de um título de especialista. As residências médicas correspondem a 20% dos cursos analisados. Oito (15%) dos secretários possuem doutorado, e quase um quarto (12, ou 23%) é mestre. São 17 (32%) secretários com ao menos uma pós-graduação na área de gestão pública ou saúde pública/coletiva. Apenas 23 (cerca de 30%) dos cursos são dos campos saúde pública/coletiva ou gestão pública, demonstrando que a pós-graduação é justificada pela qualificação profissional, muitas vezes, na atuação liberal, como as especialidades médicas, em especial, em cardiologia e cirurgia (treze cursos, ou 18%).

Das instituições certificadoras, 65% são públicas, sendo as mais presentes universidades

federais, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Universidade de São Paulo (USP). As instituições privadas – incluindo as filantrópicas, beneficentes etc. – certificam 28% dos cursos analisados nos currículos, além de títulos conquistados no exterior, em universidades portuguesa, inglesa e estadunidense.

Experiências anteriores e trajetória

Pertinente à análise do secretariado de saúde é conhecer suas experiências pregressas, conformando as trajetórias. O currículo Lattes foi a fonte que retornou mais resultados e de forma organizada, com 30 currículos analisados (56%), mas é necessária a ponderação da finalidade prioritariamente acadêmica da plataforma, o que acabou por imprimir maior peso na análise às experiências em Universidades e Instituições de Ensino Superior (IES) que a outras experiências profissionais ou no governo, mas essas informações também foram buscadas em outros *sites* e na mídia. Ao menos 30% (16) dos secretários atuaram como docentes do ensino superior, sendo as IES privadas prevalentes. Vinte e nove (55%) ocuparam algum outro cargo em outra secretaria ou possuem experiência prévia na própria secretaria.

Filiação partidária

Iniciou-se a análise por todos os secretários que possuem filiação no momento da pesquisa (consulta ao Repositório TSE). Partindo da hipótese de que nem todos os filiados a um partido político são políticos de carreira ou candidatos, encontrou-se que metade dos secretários (27) é filiada a algum dos 15 partidos políticos, mas metade desses filiados não é político de carreira nem se candidatou nas últimas três eleições. DEM e PSDB contam com 4 secretários filiados; o Cidadania com 3; PDT, PT e PSB com 2, cada; PSD, PCdoB, Solidariedade, PMN, MDB, Pode, PP, Patriota e Republicanos contam com 1 secretário, cada.

Aqui, serão classificados como ‘com alinhamento partidário’ aqueles que estão atualmente filiados a um partido que ou é o mesmo do governante ou está na coligação eleita. Quatorze (26%) atendem ao menos ao critério de filiação à coligação, sendo 10 (19%) os que estão filiados, no momento da análise, ao mesmo partido que o governante que os nomeou. Desses últimos, que incluem desde políticos de carreira àqueles que nunca se candidataram, mas são filiados, são quadros dos partidos PSDB (3 secretários e governantes); PT (2 secretários e governantes); MDB, Cidadania, DEM, PP e PDT (1 secretário e 1 governante, cada partido). São os secretários dos municípios de São Paulo, Teresina, Macapá, Palmas, e dos estados do PI, RN, MS, MT, AC e AP.

Ao menos um quarto (13 ou 25%) dos secretários é político de carreira, ou seja, político notório. Estão distribuídos nos seguintes partidos: PSDB (3 secretários); PT, com dois secretários; e DEM, Cidadania, PSD, PCdoB, PDT, PMN, PSL, PP, Republicanos (1 secretário, cada).

Os governantes que nomearam um político de carreira para ocupar sua secretaria da saúde são dos seguintes partidos: PT (3); PSDB, PSL, PP (2, cada); MDB, PSD, Pode, DEM (1, cada).

Também há secretários que não são políticos notórios, mas se candidataram recentemente. Pode-se considerá-los postulantes à carreira

política – *strictu sensu* –, se for adotada uma acepção restrita, neste momento, do termo ‘político’ como mandatário de cargo eletivo legislativo ou executivo. Foram identificados três perfis, a partir de consulta às bases do TSE, que se candidataram nas últimas três eleições (2016, 2018 e 2020), filiados ao PCdoB, Cidadania e DEM, sendo os dois últimos pertencentes ao mesmo partido do governante que os nomeou.

Envolvimento em escândalos e suspeitas

Destaca-se que boa parte dos escândalos e das condenações não atinge os secretários no cargo, mas, sim, os ex-gestores. Isso pode ser explicado pelo tempo que processos judiciais e investigações demandam, por morosidade ou não, sendo mais lentos que a velocidade dos processos políticos. Logo, as substituições, que dependem somente de um ato do prefeito ou pedido de exoneração por parte do secretário, se dão de forma muito mais rápida, e, muitas vezes, justamente antecedendo possíveis escândalos. Por isso, foram levantadas as ‘denúncias’, ‘suspeitas’ e os ‘escândalos’ que mencionaram nominalmente os secretários em cargo no momento da pesquisa, tanto na mídia quanto em portais do poder judiciário, retornando 19 secretários ainda em exercício.

Quadro 1. Suspeitas, acusações e denúncias por improbidade administrativa, crimes contra a administração pública e outros crimes

Secretaria	Síntese da acusação	Responsável pela denúncia ou investigação
ESTADOS		
PR	Corrupção	MP-PR
PI	Improbidade administrativa	MP-PI
MA	Participação em esquema de desvio de recursos. Obs.: caso arquivado	PF
PE	Improbidade por enriquecimento ilícito e desvio de recursos públicos	MPF
PB	Irregularidades para não realizar licitação	MP-PB
MS	Propina para compra de votos de parlamentares	PF

Quadro 1. (cont.)

Secretaria	Síntese da acusação	Responsável pela denúncia ou investigação
MT	Improbidade administrativa	MP-MT
AM	Improbidade administrativa	MP-AM
RO	Fraudes na aquisição emergencial de testes rápidos para diagnóstico da Covid-19 Falsidade ideológica. Improbidade administrativa – Adulteração em relatórios diários sobre a ocupação de leitos de UTI	PF/CGU/MP-RO
RR	Compra de votos no 1º primeiro turno das eleições de 2018. (Ministério Público Eleitoral - MPE) (BOA VISTA JÁ, 2021) Estupro – inquérito policial da Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) por suspeita de estuprar uma adolescente que, à época, tinha 13 anos (PORTAL O PODER, 2021) Atuação indevida no Ministério da Saúde (CPI-Pandemia) (VEJA, 2021) Subornos em campanhas de vacinação em RR (TERRA, 2021)	MPE; DPCA; CPI-Pandemia
AL	Favorecimento indevido de familiar no Lacen para ‘furar fila’ de teste contra Covid-19 (DIÁRIO DO PODER, 2020)	
CAPITAIS		
São Paulo	Corrupção, evasão de divisas, lavagem de dinheiro, caixa 2 e improbidade administrativa	PGR
Rio de Janeiro	Improbidade administrativa – corresponsabilização por negligência e imperícia	MP-RJ
Manaus	Pedido de prisão por fraudes na vacinação contra Covid-19	MP-AM
Macapá	Realização de procedimentos contraceptivos sem procedência legal	MP-AP
Palmas	Improbidade administrativa	MP-TO
Rio Branco	Assédio sexual. Obs.: Relatório publicado em DO (G1, 2022).	MP-AC
Belém	Condenação por homicídio culposo (iatrogenia)	TJ-PA

Fonte: elaboração própria.

Perfis

Torna-se claro que não há inequivocamente uma única trajetória possível para ascensão ao cargo. Dada a miríade apresentada pelas dezenas de casos analisados, recorre-se à estratégia weberiana de construção de tipos ideais²², ou seja, uma representação derivada de racionalização que acentue os traços característicos das trajetórias, a fim de tornar os resultados inteligíveis e possibilitar a análise. Cabe notar, por último, que a tipificação de forma alguma é um objetivo, mas um instrumento de pesquisa.

A tipificação foi construída pelos autores a fim de contemplar a influência das principais

forças atuantes na trajetória de um secretário, a partir da conjugação entre a literatura e os dados coletados nos currículos. Buscou-se encontrar, em cada trajetória, a influência: da administração pública, a partir de experiência prévia em gestão pública (da saúde ou de outro campo de política pública); da academia, a partir da formação, especialmente na pós-graduação; da esfera político-partidária, a partir das filiações; e do setor privado, a partir da atuação dos secretários como empresários²³⁻²⁷. Dessa forma, foram construídos os tipos: ‘especializado’, ‘profissional de saúde’, ‘político de carreira’ e ‘empresário’.

A tipificação foi generosa ao considerar experiências anteriores, mesmo em outras

secretarias, e por permitir uma atuação interdisciplinar à saúde, considerando formações e experiências profissionais tanto na área de gestão pública quanto de saúde pública/coletiva. Também não se adotou preferência quanto à formação acadêmica com relação à experiência profissional ou vice-versa, ou seja, uma pós-graduação na área de gestão pública, por exemplo, é suficiente para dotar o perfil da classificação de ‘especializado’. Em que pese o Currículo Lattes, público, como fonte principal dessa informação, entende-se a preponderância de perfis ‘especializados’ frente aos de ‘empresários’, por exemplo, mas cabe reserva cética acerca da possível sub-representação empresarial, uma vez que dados de renda e propriedade são, em grande parte, sigilosos.

ESPECIALIZADO

O gestor desse perfil possui formação acadêmica e experiência no campo da burocracia, muitas vezes, sendo servidor da administração pública, por vezes, no interior da própria secretaria de saúde, ascendendo ‘por dentro’ ao cargo de secretário.

Foram analisadas, a partir, principalmente, do Currículo Lattes, experiência em gestão pública e coordenação profissional, além de experiência e formação acadêmica.

Vinte e nove secretários (55%) ocuparam algum outro cargo em outra secretaria, ou possuem experiência prévia na própria secretaria; 34% (18) dos secretários já foram responsáveis por gestão de unidade de saúde, como diretoria de hospital, coordenação de equipe de saúde, inclusive na rede privada; 15% (8) fizeram parte de Conselhos de Saúde, sejam eles municipais, estaduais, Conass, Conasems, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems); Quinze secretários (28%) não apresentaram nenhuma dessas experiências analisadas. Sobre a formação acadêmica, 28% (15) possuem especialização em Gestão Pública ou Saúde Coletiva/Pública, 9% (5) mestrado e 6% (3) doutorado em uma dessas áreas.

PROFISSIONAL DE SAÚDE

Típico profissional de uma das profissões de saúde (assistentes sociais; biólogos; profissionais de educação física; enfermeiros; farmacêuticos; fisioterapeutas; fonoaudiólogos; médicos; médicos veterinários; nutricionistas; odontólogos; psicólogos e terapeutas ocupacionais) na própria capital, atuante em clínicas e consultórios, por vezes constituindo sociedades ou sendo proprietário desses estabelecimentos. Podem, também, ser servidores públicos, mas diferenciam-se dos especializados por atuarem diretamente na assistência à saúde, e, quando ocupam cargos de gestão, permanecem em unidades de saúde, em funções de coordenação. Quando candidatos, costumam utilizar em seus nomes de urna as designações ‘Dr.(a)’, ‘enfermeiro(a)’... Por vezes, ocupam postos de destaque corporativista, como em associações, conselhos, órgãos de classe profissionais, como identificado em cinco casos (13% dos profissionais da saúde).

POLÍTICO DE CARREIRA

São figuras de exposição pública, por vezes, quadros tradicionais do partido ao qual são filiados, que já foram eleitos ao poder executivo ou legislativo, municipal, estadual ou federal. Possuem formações acadêmicas diversas e, não raro, já exerceram o cargo de secretários, em pastas de diversos temas de políticas públicas. Importante também identificar os que aspiram à carreira política, como secretários que se candidataram em eleições recentes, mas não venceram.

São treze secretários: Porto Alegre, São Paulo, Salvador, São Luís, Rio Branco, SC, PR, PI, CE, RN, MS, AC, RR, que foram eleitos, em algum momento, aos postos de vereador, prefeito, deputados estadual e federal e vice-governador.

EMPRESÁRIO

Possuem atuação empresarial, algumas vezes, de amplo conhecimento, com grandes

participações societárias ou acionárias no ramo da saúde, ou possuem participação societária em empresas diversas. É importante ressaltar a dificuldade de acesso a tais tipos de dados, alguns sigilosos por lei. Não foram incluídas na análise pequenas sociedades de clínicas e consultórios (CNPJs cadastrados como 'Atividade Médica Ambulatorial Restrita a Consultas', com geralmente até 3 sócios, quando não o único), a fim de diferenciar dos profissionais de saúde.

A partir da consulta ao portal público Diretório Brasil, adotou-se o crivo de selecionar

os que faziam parte de sociedades com 5 ou mais sócios, além de notórios empresários, através de informações da mídia, retornando 10 secretários (cerca de 20%), sendo mais comuns participações em hospitais, laboratórios e outros estabelecimentos de saúde privados, mas também foram encontradas sociedades de variadas atividades econômicas, como agência de viagem, companhia de saneamento, eventos, comércio varejista.

O quadro 2, a seguir, sintetiza a classificação completa dos perfis, reunida a outros dados coletados.

Quadro 2. Síntese dos resultados

Nome UF	Tipologia do perfil				Gênero	Faixa etária	Partido filiado no momento da análise	Pós-graduação em Gestão	
	A	B	C	D				Pública, Saúde Coletiva/ Pública	Profissional da saúde
Capitais									
Porto Alegre	X	X	X	X	M	60-70	DEM		Médico
Florianópolis	X	X			M	60-70			Médico
Curitiba	X	X			F	60-70		E, M	Enfermeira
São Paulo	X		X		M	60-70	PSDB		
Rio de Janeiro	X	X			M	40-50		E, M, D	Médico Sanitarista
Belo Horizonte	X	X			M	60-70			Médico
Vitória	X	X			F	30-40		E, M	Médica
Cuiabá	X				F	50-60	PSB	E	
Goiânia	X	X		X	M	40-50			Médico
Campo Grande		X		X	M	40-50			Médico
Maceió	X	X			F	60-70	DEM		Médica
Salvador	X		X		M	40-50	PDT		
Fortaleza	X	X		X	F	50-60			Médica
São Luís	X	X	X		M	30-40	PMN	E	Médico
João Pessoa	X	X		X	M	60-70	DEM		Médico
Recife	X	X			F	40-50		M, D	Odontóloga
Teresina	X	X			M	50-60	MDB	E	Médico
Natal		X			M	60-70			Farmacêutico
Aracaju	X	X			F	40-50		E	Médica
Rio Branco	X		X		M	50-60		E	
Manaus	X	X		X	F	50-60	PODE	E	Médica
Macapá		X		X	F	50-60	CIDADANIA		Médica

Quadro 2. (cont.)

Nome UF	Tipologia do perfil				Gênero	Faixa etária	Partido filiado no momento da análise	Pós-graduação em Gestão	
	A	B	C	D				Pública, Saúde Coletiva/Pública	Profissional da saúde
Belém	X	X			M	60-70			Médico
Porto Velho	X	X			F	50-60	PSB	E	Enfermeira
Palmas	X				M	30-40	PSDB		
Boa Vista					M	30-40			
Estados e DF									
DF	X	X			M	50-60			Farmacêutico
RS	X	X			F	60-70			Assistente social
SC	X	X	X		F	50-60	CIDADANIA		Enfermeira
PR	X	X	X		M	50-60	PSD		Médico
SP		X			M	50-60			Médico Infectologista
RJ	X	X			M	60-70			Médico
ES	X	X			M	30-40	PC DO B	E	Médico sanitarista
MG		X			M	30-40			Médico
PI	X		X		M	50-60	PT		
MA	X				M	30-40		M	
CE	X	X	X		M	50-60	PSDB		Médico
BA	X	X			M	50-60			Médico
RN	X	X	X		M	60-70	PT	E, D	Médico Sanitarista
PE	X	X			M	50-60			Médico
PB	X	X			M	60-70	CIDADANIA		Médico
SE	X	X			F	50-60		E	Enfermeira
AL	X			X	M	30-40	SOLIDARIEDADE		
GO	X	X			M	30-40		E	Médico
MS		X	X		M	60-70	PSDB		Médico
MT	X				M	60-70	DEM		
AC	X	X	X		M	40-50	PP		Odontólogo
TO	X	X		X	M	50-60			Médico
PA	X				M	40-50			
AM	X				M	50-60			
AP	X	X			M	30-40	PDT	E	Enfermeiro
RO	X	X			M	40-50	PATRIOTA		Médico
RR			X	X	M	50-60	REPUBLICANOS		
TOTAIS	45	40	13	10			27	17	40
	85%	75%	25%	19%			51%	32%	75%

Fonte: elaboração própria.

Tipologia do perfil: A = especializado; B = profissional de saúde; C = político de carreira; D = empresário. Pós-graduação em Gestão Pública, Saúde Coletiva/Pública: E = curso de Especialização; M = curso de Mestrado; D = curso de Doutorado.

A soma das classificações ultrapassa o número de currículos, pois um mesmo currículo pode receber mais de uma classificação ao preencher os requisitos.

Discussão

Os resultados mostram que políticos de carreira comumente apresentam experiência em gestão, marcando contraponto à concepção de uma oposição entre perfis ‘técnicos’ e ‘políticos’²⁸ – com preferência valorativa para os primeiros –, e com a tentativa, em especial, por parte de candidatos, de se afirmarem como ‘apolíticos’, sendo que, na verdade, “política e técnica são duas faces da mesma moeda, impossíveis de serem demarcadas na prática”²⁹⁽²⁾, já que política e burocracia não são mais separáveis, em superação ao paradigma weberiano. Já foi demonstrado²⁵ que a ideia de ‘loteamento’ político de cargos mais se baseia em estereótipos do que está empiricamente embasada, uma vez que importam, para além de disputas partidárias, as trajetórias profissionais, questões federativas, perfis de raça e gênero e até mesmo os laços pessoais com o governante. Dentro da própria gestão do SUS, por sua vez, além das habilidades técnica e administrativa, a literatura aponta como igualmente necessária ao gestor municipal a competência política²⁶. A tipificação corroborou os apontamentos da literatura ao encontrar uma interseção de 34 secretários (64%) classificados tanto como ‘especializado’ quanto ‘profissional de saúde’. Sete secretários (sendo cinco deles estaduais) receberam, ainda, a terceira classificação, de ‘político de carreira’. Dessa forma, secretários podem colecionar em sua trajetória formação acadêmica na área de saúde/gestão pública, experiência na administração pública e carreira política.

A filiação partidária dos secretários, componente não abordado em outras pesquisas, foi investigada a fim de se perceber se há alocação de quadros internos de partidos do governante nas secretarias, o que é esperado,

uma vez que se trata do primeiro escalão do executivo. A influência partidária é significativa: metade (26) dos secretários é filiada. O dado encontrado de que metade desses filiados não é político de carreira nem foi candidato recentemente pode ilustrar a realidade de que os partidos preparam quadros internos para a atuação burocrática²⁵, nem sempre candidatos aos mandatos do legislativo ou de chefe do executivo. Esse achado, inclusive, é notável para estudos do campo da ciência política e da administração pública, ao repensar o papel dos partidos políticos e de seus filiados enquanto essencialmente concorrentes a cargos das legislaturas e mandatos. Novamente, percebe-se que a noção do perfil ‘técnico’ contraposto a perfil ‘político’ é uma separação que não possui tão clara linha divisória: dos treze (25% dos secretários) políticos de carreira identificados, onze (ou seja, 85% dos políticos de carreira) também foram classificados nesta análise como ‘especializados’. Apenas um secretário (RR) classificado enquanto político de carreira não foi categorizado nem enquanto ‘especializado’ nem como ‘profissional da saúde’ – no entanto, foi classificado como ‘empresário’.

A esfera político-partidária também traz impactos na gestão das políticas de saúde se aceite o pressuposto de que trocas na condução de secretarias representam prováveis rupturas na condução de políticas, o que é especialmente preocupante em um cenário de crise sanitária. Ainda que não tenham sido sistematicamente avaliadas, pois a análise se deu em corte temporal, demarcado pontualmente no mês de maio de 2021 (e não em período), cabe mencionar que as trocas de secretários apresentam frequência bastante irregular, e, portanto, imprevisível. Por exemplo: enquanto a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio de Janeiro contabilizou ao menos cinco trocas apenas durante a pandemia da Covid-19, a SES-BA permaneceu mais de seis anos chefiada pelo mesmo secretário. As trocas podem ser interpretadas como movimentos esperados da política, como a mobilização de forças partidárias, autoproteção do governante

quando escândalos são veiculados na mídia etc., além de outros imperativos, como até mesmo casos de óbito do secretário pela Covid-19, como encontrado em Maceió. Por fim, devido à legislação eleitoral exigir exoneração dos ocupantes de cargos públicos para lançarem suas candidaturas, fazendo com que os prazos determinados pelo TSE ‘mexam as cadeiras’ das secretarias, é pertinente a menção à exposição política trazida pela condução das respostas à pandemia, sendo o ano eleitoral de 2022 momento crucial para se mensurar a capitalização política³¹ de secretários que eventualmente concorram.

A análise de menções aos secretários em escândalos se mostrou delicada, exigindo algumas ponderações. Dada a visibilidade, em geral, o envolvimento de secretários estaduais ganha maior repercussão que o de secretários municipais, devido aos ditames da audiência midiática, que não correspondem ao princípio federativo. Além disso, muitas notícias falam em ‘suspeitas’, sem detalhar a origem dessas informações. Ainda que valha o princípio jornalístico de proteção à fonte, sabemos que o jogo político muitas vezes se aproveita de maneira desvirtuosa dos veículos de comunicação. Assim, chega-se ao paradigma que irrompe como um dos maiores desafios tanto à democracia quanto à comunicação: o fenômeno das *fake news*, que, especificamente na saúde, converteu-se em infodemia, ou seja, um fenômeno de desinformação gerado justamente pelo excesso de informações disponíveis³². Assim, uma dose de ceticismo, como convém ao gosto científico, faz relativizar e não aceitar prontamente todas as menções a ‘(suspeitas de) envolvimento’ de secretários em esquemas criminosos.

Também é importante pontuar o risco de se interpretar notícias de denúncias que mencionem a secretaria imputando-as, ainda que indiretamente, ao secretário em gestão, o que não é necessariamente verídico. Ou, então, nas denúncias de fraudes em contratações, por exemplo, é necessário sempre levar em consideração a possibilidade de que a secretaria

tenha sido lesada pela empresa contratada, não havendo obrigatoriamente um conluio com o poder público: a postura cética outorga admitir a possibilidade de organizações privadas assaltando o poder público, e de ser este último o vitimado.

Por último, ainda sobre os envolvimento em escândalos e suspeitas, nota-se que, como contraponto ao desgaste público, muitas vezes, os secretários são elencados para constituir uma imagem idônea ao governo, como no caso emblemático do estado do RJ, que contou com sucessivos secretários de saúde mencionados em escândalos – que custaram o cargo, inclusive, do governador –, nomeando novo secretário com alcunha de ‘xerife’, por sua atuação em órgãos de fiscalização³³. Já em Curitiba, a secretária é conhecida como ‘dama de ferro da saúde’³⁴. Também cabe notar que o contexto pandêmico provocou grande atenção por parte da população quanto às investigações promovidas pela CPI-Pandemia e quanto à vacinação, especialmente sobre os ‘fura-filas’. Nesse sentido, é perceptível a utilização do cargo de secretário de saúde, especialmente com a atenção pública atraída a partir da pandemia, para construção e proteção da avaliação pública do governo do estado ou município, justificando trocas³³.

Passando à análise dos dados demográficos, a totalidade de secretários formados no ensino superior encontrada se alinha ao número de 81% coletado por Ouverney et al.³, contrastando com pesquisas que apontam cenário de escolaridade inferior em municípios de pequeno porte²³, revelando desigualdades na qualificação dos gestores do SUS. Importante ressaltar que esta pesquisa analisou quais eram os cursos de pós-graduação, retornando uma grande maioria de cursos de especialização médica, pouco relacionados à saúde pública, e mais à atuação profissional do profissional liberal. O predomínio masculino (75%) encontrado nesta pesquisa também não apresenta similitude com trabalhos correlatos². Considerando-se que, separando a análise apenas para os estados e DF, temos 90% de

homens, alinhando-se à minoria absoluta de mulheres governadoras (uma única eleita), compreende-se que os espaços para a participação feminina vão se afunilando à medida que se aumenta o capital político³¹ exigido ao cargo. Esta investigação não pôde coletar com precisão dados de raça/cor, pois apenas os registros de candidatura apresentam essa informação, mas é patente que a grande maioria do secretariado é branca, o que se constata a partir dos registros audiovisuais disponibilizados em suas exposições na imprensa, verificados durante a coleta dos dados.

Enquanto Junqueira et al.²³ encontram apenas cerca de 10% de profissionais de saúde na macrorregião Leste do Sul (MG), Ouverney et al.³ apontam a enfermagem como a profissão mais comum (para 26% dos respondentes), mas que ocupou, no presente trabalho, a segunda colocação: médicos (e homens) angariam metade dos perfis dos secretários de estados e capitais. A partir da conhecida elitização que permeia a classe médica, atesta-se a hipótese de que os postos de maior capital político, isto é, que demandam maior reconhecimento social para ascensão nas estruturas de poder³¹, são menos alcançados por categorias historicamente subalternizadas em termos de cor, gênero e classe social, revelando uma desigualdade nos perfis dos gestores de estados, capitais e dos demais municípios. Tais clivagens são flagradas pela contraposição de análises de diferentes circunscrições geográficas^{3,23}, revelando a importância desse componente para se pensar o perfil dos gestores do SUS, refutando a construção de uma imagem do ‘gestor do SUS’, no singular, seja em termos demográficos, seja em termos de perfil de trajetória de atuação e formação.

Os dados coligidos e a construção dos perfis revelam cenário múltiplo e complexo de trajetórias possíveis à ascensão ao posto de secretário, que apresentam atravessamentos, como: formação acadêmica nas áreas de gestão pública e/ou saúde pública/coletiva, experiência na própria secretaria (burocrata concursado que ‘galga’ posição até ser nomeado),

experiência em outras secretarias (alguns quase ‘secretários de profissão’). Dentro dos profissionais da saúde, muitos ganham visibilidade ao ocupar postos de gestão, pública ou privada, como direção de hospitais, ou cargos de estrutura corporativista, como gestão em sindicatos, conselhos profissionais, em geral, dependentes de eleições no interior dessas estruturas, o que demanda visibilidade. Essas trajetórias também podem ser atravessadas pelo campo partidário, o que não deve ser ignorado. Nesse sentido, a pesquisa é um embasamento empírico ao que a literatura na administração pública já apontava: que a oposição ‘técnica’ e ‘política’, além de não corresponder à realidade^{25,29,30}, oculta a complexidade dos múltiplos fatores determinantes à ascensão ao cargo de secretário de saúde.

Conclusões

Os resultados apresentados após a incursão empírica sobre os currículos do secretariado estadual e das capitais do País confrontam uma ideia difundida sobre tais cargos públicos como mero ‘loteamento’²⁵ político. Como ocorre, em geral, ao se elaborar uma análise pormenorizada de um objeto, a complexidade salta à vista e dificulta binarismos, mostrando interseções e outros componentes relevantes na composição do perfil de secretários de saúde.

A tipificação construída é apenas uma possibilidade, afinal, os tipos ideais não são o produto, mas um instrumental de uma análise. Assim, o trabalho não apresenta como resultado uma tipologia a ser replicada automaticamente, mas um subsídio para refletir a gestão pública e o alto escalão dos poderes executivos subnacionais como permeados por uma complexidade que ultrapassa os limites de que apenas a impessoalidade burocrática e as disputas partidárias seriam as forças antagonistas atuantes na definição de gabinetes.

Mais de 30 anos depois da aprovação do SUS, na CF/88, não se constata a predominância de lideranças apenas ‘profissionalizadas’

nas secretarias de saúde³⁵, que são lideradas por perfis profissionais que admitem um gradiente partidário mais ou menos denso. Assim, as aceções sobre a excepcionalidade de insulamento técnico da saúde em função das configurações tripartite do SUS não foram confirmadas. Os critérios de escolha de dirigentes para a saúde parecem não destoar daqueles que orientam a alocação de cargos de confiança na administração pública²⁶. Desvios dos padrões, tais como a presença de secretários cuja carreira parece demarcada por convites de governadores e prefeitos a ‘gestores bem-sucedidos’ em outras regiões ou cidades foram detectados. Mas talvez não constituam um sinal de mudança, já que podem decorrer de negociações políticas no interior das próprias alianças para a definição de cargos nas burocracias do Conass e Conasems.

Em termos sintéticos, os perfis sugerem que houve avanços simultâneos em duas direções: muitos dos secretários selecionados são especializados em saúde e vinculados a partidos políticos. A análise, portanto, demonstra que

não só a academia ou as próprias estruturas burocráticas formam a trajetória desses gestores, já que os partidos também fornecem quadros burocráticos. Dessa forma, não é realista a imagem de que forças político-partidárias sejam antagônicas à capacitação acadêmica e à experiência na administração pública. Ou seja, a saúde tornou-se especializada e politizada – o que não representa uma contradição, como se viu. Uma constatação que, em si, não é nova ou inédita, mas que pode contribuir para o deslocamento das afirmações sobre a ‘despolitização’ para a reflexão sobre quais forças políticas específicas ganham terreno na gestão das políticas públicas em saúde.

Colaboradores

Brancaglioni M (0000-0003-1291-5999)*, Soares J (0000-0002-4009-748X)* e Bahia L (0000-0001-8730-2244)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Souza A. O perfil dos secretários municipais de saúde de Minas Gerais e a organização de programas e projetos municipais. *Rev. Min. Saúde Pública*. 2002; 1(1):1-10.
2. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(2):407-420.
3. Ouverney ALM, Carvalho ALBD, Machado NMDS, et al. Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. *Saúde debate*. 2019; 43(esp7):75-91.
4. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(2):1819-1829.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota oficial. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/NOTA-OFICIAL.pdf>. 16 maio 2021.
6. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2000; 34(1):9-15.
 7. Mishori R. The Social Determinants of Health? Time to Focus on the Political Determinants of Health! *Med Care*. 2019; 57(7):491-493.
 8. Beckfield J, Krieger N. Epi + demos + cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities – evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiol. Rev.* 2009; 31(1):152-177.
 9. Mackenbach J. Political determinants of health. *Eur. J. Public Health*. 2014; 24(1):2.
 10. Mills CW. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Zahar; 1975.
 11. Muntaner C, Borrell C, Ng E, et al. Locating politics in social epidemiology. In: O'Campo P, Dunn JR. *Rethinking social epidemiology: towards a science of change*. London: Netherlands Springer; 2012. p. 175-202.
 12. Coelho TCB, Paim JS. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(5):1373-1382.
 13. Santos ADO, Lopes LT. *Coletânea direito à saúde: boas práticas e diálogos institucionais*, Brasília: Conass; 2018.
 14. Souza C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciênc. Saúde Colet*; 2002; 7(3):431-42.
 15. Lima LD, Queiroz LFN. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 229-251.
 16. Paquet M, Schertzer R. COVID-19 as a Complex Intergovernmental Problem. *Can. J. Polit. Sci.* 2020; 53(2):1-5.
 17. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev. de Adm. Pública*. 2020; 54(4):663-677.
 18. Fleury S, Mafort A. Confronto no federalismo brasileiro durante a pandemia aumenta riscos sanitários e ameaça à democracia. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz; 2020. [acesso em 2021 abr 18]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Confronto-no-federalismo-brasileiro-durante-a-pandemia-aumenta-riscos-sanitarios-e-ameaca-a-democracia>.
 19. Diário X. Coxinense e médico ortopedista José Mauro Filho assume a secretaria municipal de Saúde de Campo Grande. 2019. [acesso 2020 ago 1]. Disponível em: <https://www.diariox.com.br/estado-ms/coxinense-e-medico-ortopedista-jose-mauro-filho-assume-a-secretaria/18954/>.
 20. Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Sistema Consulta Filia. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: <https://filia-consulta.tse.jus.br/#/principal/menu>.
 21. Brasil. Tribunal Superior Eleitoral. Sistema Consulta Filia – Gerar certidão. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: <https://filia-consulta.tse.jus.br/#/principal/certidao-gerar>.
 22. Freund J. O tipo ideal. In: *Sociologia de Max Weber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000. p. 47-55.
 23. Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(5):918-928.
 24. Brandão CC, Scherer MDDA. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. *Saúde debate*. 2019; 43(120):69-83.

25. Palotti PLM, Cavalcante PLC. Articuladores políticos e dirigentes da burocracia – ministros de Estado no Brasil e em perspectiva comparada. In: Pires R, Lotta G, Oliveira V. Brasília, DF: Enap; 2018. p. 161-174.
26. Teixeira CF, Molesini JA. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. *Rev. baiana saúde pública.* 2002; 26(1):29-40.
27. Costa AM, Bahia L, Scheffer M. Onde foi parar o sonho do SUS. *Le Monde Diplomatique Brasil.* 2013; 69(30):1.
28. Folha de São Paulo. Haddad anuncia os ‘técnicos’ de sua gestão. 2012 nov 12. [acesso em 2021 set 29]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/11/1184589-haddad-anuncia-os-tecnicos-de-sua-gestao.shtml>.
29. Peci A. O “político” e o “técnico” na burocracia pós-democrática brasileira: um debate ideológico?. *Rev. de Adm. Pública.* 2018; 52(5):1-3.
30. Pacheco RS. Mudanças no perfil dos dirigentes públicos no Brasil e desenvolvimento de competências de direção. In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 2002 out 8-11; Lisboa: [Sem local]; 2002. p. 8-11.
31. Miguel LF. Capital político e carreira eleitoral: algumas variáveis na eleição para o Congresso brasileiro. *Rev. Sociol. Polit.* 2003; (20):115-134.
32. Henriques CPM, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estud. Av.* 2020; 34(99):25-44.
33. O Globo. Médico com fama de xerife pode ser novo secretário de Saúde do Rio. *O Globo* 2020 set 25. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/medico-com-fama-de-xerife-pode-ser-novo-secretario-de-saude-do-rio-24659712%20>.
34. Gazeta do Povo. Márcia Cecília Huçulak: A dama de ferro da saúde no Paraná. 2021 ago 9. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/vozes/reinaldo-bessa-vozes/a-dama-de-ferro-da-saude/>.
35. Cohn A, Viana AL, Ocké-Reis CO. Configurações do sistema de saúde brasileiro: 20 anos do SUS. *Rev. Polít. Planej. Gest. saúde.* 2010; 1(1):57-70.

Recebido em 31/01/2022

Aprovado em 27/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Public health educational projects in Brazil: revealing the influence of contexts – social, political and of the world of work – over time

Projetos formativos em saúde pública no Brasil: para evidenciar as influências dos contextos sociais, políticos e do mundo do trabalho ao longo do tempo

Jussara Lisboa Viana¹, João de Oliveira Gusmão¹, Maria Cristina da Costa Marques¹, Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos², Marília Cristina Prado Louvison¹, Marco Akerman¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213408

ABSTRACT This article analyzes the breadth of experiences of educational projects in Public Health/Collective Health in Brazil, with an emphasis on contextual elements, so as to point out characteristics and key questions present in the Brazilian experience of this mode of education. The work and education of sanitarians are traced historically, and their contradictions, alignments and perspectives identified. This will be discussed over six different historical periods starting in 1889, on the basis of the following analytical categories: a) socio-political conjunction; b) sanitarians practice; c) educational projects; and d) institutionalization and organization of public health. An analytical table is presented and discussed. Based on it, evidence of the mutual influence over time of socio-health contexts, educational projects and sanitarians world of work is pointed out. The challenge is to provide a counter-hegemonic education vis-à-vis the capitalist model, and that Public Health/Collective Health graduates manage to position themselves and work within this perspective. Making adaptations to the educational project seems valid. However, it may not be enough to alter structural tensions, since the political and economic setting has historically determined ‘for what’, ‘where’, ‘how’ and ‘for whom’ sanitarians work.

KEYWORDS Public health. Unified Health System. Health personnel. Health education. Health policy.

RESUMO O presente artigo analisa os projetos formativos em Saúde Pública/Saúde Coletiva no Brasil no conjunto de suas experiências, com destaque para elementos contextuais, de forma a apontar características e questões centralmente presentes na experiência brasileira dessa modalidade formativa. Será dada historicidade ao trabalho e a formação do sanitarista, pontuando suas contradições, seus alinhamentos e suas perspectivas. Isso será analisado a partir de categorias analíticas que representam seis períodos históricos distintos a partir de 1889: a) conjunção sócio-político; b) prática do sanitarista; c) projeto formativo; d) institucionalização e organização da saúde pública. Um quadro analítico é apresentado e discutido, a partir dele são apontadas as evidências de mútua influência entre os contextos sócio sanitários e os projetos formativos e o mundo do trabalho do sanitarista ao longo do tempo. O desafio é fazer uma formação contra hegemônica ao modelo de produção capitalista e que egressos de bacharelados em Saúde Pública/Saúde Coletiva consigam se inserir e atuar nessa perspectiva. Fazer adaptações ao projeto formativo parece válido, no entanto, pode não ser suficiente para mudar as tensões estruturais, já que a conjuntura política e econômica historicamente tem determinado o ‘para que’, o ‘onde’, o ‘como’ e o ‘para quem’ o sanitarista trabalha.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
lisboa.jussara@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Pessoal da saúde. Educação em saúde. Política de saúde.



Introduction

In Brazil, Public Health and Collective Health knowledge is present in both postgraduate (*lato sensu* and *stricto sensu*) and undergraduate courses, like the bachelor's degree in Collective Health and subjects in the health field courses. The creation of a degree in Collective Health is recent. Starting in 2008, there has been an expansion in such courses – 22 are currently distributed over the five regions of the country.

Considering the 20th and 21st centuries, changes may be identified in the educational project of sanitarians – the name assigned to professionals who were awarded either the degree or graduate qualifications in Public Health and Collective Health (PH/CH). Those changes respond to complex arrangements that exist between the internal dynamics of the CH field and the world of work in health, considering the influences of their broader social and political contexts.

Internationally, there is a predominance of graduate courses to qualify Public Health workers. However, some countries have created degrees in PH/CH, like Germany, Austria, Canada, Colombia, USA, Gambia, The Netherlands, Hungary, Ireland, Mexico, Kenya, UK and Uganda¹.

In Brazil, after nearly 40 years of existence of *stricto sensu* PH/CH undergraduate programs, regular graduate courses were opened in the field. This was the response to processes and discussions that occurred over 20 years, but did not reach consensus about the opening of such courses. However, a change in the country's higher education policies led to the expansion of federal public universities, mainly opening new courses. This was the 'window of opportunity' that witnessed the start of PH/CH undergraduate courses in Brazil.

This was also related to the increasing demand for professionals in this field owing to the expansion of Brazil's national health care system, the Unified Health System (Sistema

Único de Saúde – SUS). Advocates for that opening argued that undergraduate courses could qualify PH/CH professionals with more agility and in larger numbers than graduate courses, yet emphasizing a 'generalist' profile, as opposed to the 'specialist' focus of graduate courses. Furthermore, they could provide a broader base of knowledge and practices in PH/CH over the four years of a professional course. These and other justifications oriented the opening and curricular setup (markedly broader and more integrated) of PH/CH undergraduate courses in Brazil².

These characteristics approximate and differentiate the Brazilian experience from those of other countries. For example, the BSc in Public Health of the School of Public Health and Health Professions of the University at Buffalo, USA, has an integrated curriculum that aims at: a) teaching students the habit of thinking, how public health professionals think about problems, analyze and solve them; and b) develop essential Public Health skills through an interdisciplinary curriculum with strong emphasis on analysis of the social determinants of health and with a broad view of health in all public policies³.

The Brazilian educational experience and the above mentioned one, in the USA, understand health as a broad concept under the perspective of the social determination of health and health promotion, unlike other bachelor programs in the health field that are oriented by the biomedical model. However, Brazilian PH/CH trajectories and contextual elements involving them produce specificities in the assumptions and consequences of the features of graduate courses, as well as for the strategies these features are based on.

Hence, on the one hand, very much like other international experiences, the curricular structure of Brazilian undergraduate courses is interdisciplinary and mainly oriented by three axes of the field of Collective Health: a) Epidemiology; b) Health Policy, Planning, Management and Evaluation; and c) Social and Human Sciences in Health. Qualified

professionals can: a) make public policies; b) plan, program, coordinate, control and evaluate health systems and services; c) strengthen health promotion actions; d) carry out environmental, health and epidemiological surveillance actions; and e) support strategic actions to consolidate the process of changing to the health care model⁴.

On the other hand, the Brazilian experience has a specific ideological dimension related to the Brazilian Sanitary Reform (Reforma Sanitária Brasileira – RSB). This is expressed by a core of values, namely, solidarity, emancipation, equality, justice and democracy – one that fights for the Right to Health and is committed to the consolidation of SUS and to making it as a real public, universal and quality system⁵.

This article analyzes the educational projects in Public Health/Collective Health in Brazil as a whole, with emphasis on contextual elements, so as to point out characteristics and key questions present in the Brazilian experience of this education modality.

Material and methods

In order to provide one main methodological baseline, we conduct a historiographical analysis of Brazilian Public Health, so as to recognize the projects or guidelines for educating

‘sanitarians’. These historical events, processes and practices that occur over time and space all relate to each other and are not easily organized. Identifying the order of these events and the possibility of comparing them, as well as the instruments that give us access to the context are the challenges involved in using history as method in this article⁶.

We also survey and analyze the production of knowledge on the education of sanitarians in Brazil, aiming at understanding some of the debates, guidelines and educational tracks that supported or challenged the process of conception of this education in the period considered herein. Next, the educational projects are discussed, from 1889 to the present, based on analytical and interpretive categories created to make up the analytical-interpretive table, namely: a) period; b) socio-political conjunction; c) the sanitarians practice; d) educational project; and d) institutionalization and organization of the public health.

Outcomes

Table 1 shows the analytical and interpretive categories that contextualize the educational projects of Public Health in Brazil divided into six historical periods, since 1889, when Brazil the monarchy period is replaced in Brazil by the republican era.

Table 1. Public Health educational projects in context

PERIOD	SOCIO-POLITICAL CONJUNCTION	SANITARIANS PRACTICE	EDUCATIONAL PROJECT	INSTITUTIONALIZATION AND ORGANIZATION OF PUBLIC HEALTH
OLD REPUBLIC (1889-1930)	Need for a public health structure, improving the flow of people and merchandise ⁷ . Disease is interpreted as a block on the Nation's progress in terms of modernization and civilization ⁸ . Philanthropic organizations introduce philosophical and valorizing conceptions of technical practices and scientific inquiry ⁹	Health inspections, vaccination, the gathering of statistical and epidemiological data, as well as the health education strategy to inculcate personal hygiene habits and prevent disease, were understood as activities related to public health ^{9,10}	There was no professional project in public health. However, the gradual espousal of hygienic and eugenic policies and ideologies promoted the development of a national identity that intersected with the thinking and activities surrounding the health-related practices of the professionals of the time ¹¹	Office of the General Director of Public Health (DGSP, 1897) ¹² Pro-Sanitation League (1918) ⁸ Reform of public health, rural sanitation, construction and expansion of health services (1910-1930) ⁸ Establishment of the model of health centers (1920-1930) ¹² Creation of the Retirement and Pension Funds (Eloy Chaves Law, 1923) ¹²
VARGAS ERA (1930-1945)	Democracy and citizenship restricted to classes of workers supported by corporatist principles ¹³ . Establishment of the <i>Estado Novo</i> (1937-1938) ¹³	Radio broadcasting of scientific and health information; compilations about ways of living and preventive actions regarding care for newborns and expectant women (1939) ¹⁴	Medical students on scholarships taking postgraduate courses in public health at Johns Hopkins University incorporated US public health practices and injected them into the country's public health services ¹⁵	Creation of the Ministry of Education and Public Health (1930) ¹⁶ Social security and occupational health instituted by the Ministry of Labor, Industry and Trade ¹³ Retirement and Pension Institutes extended to cover most formal sector urban workers (1933-1938) ¹³ Separation between medical services (Ministry of Labor, Industry and Trade) and other health-related actions (Ministry of Education and Public Health) ¹³
DEMOCRATIC INSTABILITY (1945-1964)	Liberal populist governments under a democratic regime with developmentalist economic policies Emergence of social struggles for labor rights (1960) ¹⁵	Flourishing of health education with a vision of balancing scientific and popular knowledge, prospecting approximations with science in the community Emergence of social thought in health, critical of the structures and logics of health practice	Critique of the "biologization" of course contents in health-related education, particularly public health, with a view to having a more bio-psycho-social approach ¹⁷	Creation of the Ministry of Health (1953) ¹² Need to municipalize health services, under pressure from developmentalist sanitarians movement ¹⁵ Laws unify urban workers' social security rights (1960) ¹²
MILITARY DICTATORSHIP (1964-1985)	Emergence of the Brazilian Health Reform Movement and struggles for democracy Slow and gradual opening toward the democratic regime	Two ideological profiles permeating sanitarians in state employment: in favor of and indifferent to the Brazilian Health Reform Movement and the process of re-democratization.	Creation of <i>stricto sensu</i> graduate courses in Public Health and Collective Health (1970) Proposal for a scientific field based on social determinants for understanding health-disease processes: Collective Health ¹⁸ Creation of research institutions in the Public Health/Collective Health area, Abrasco and Cebes, which encourage	Creation of the National Social Security Institute (INPS) (1966) ¹² Creation of the Brazilian Center for Health Studies (1976) and of the Brazilian Collective Health Postgraduate Studies Association (1979) Creation of the National Medical Attention and Social Security Institute (INAMPS) (1977) and expansion of health service coverage ¹²

Table 1. (cont.)

PERIOD	SOCIO-POLITICAL CONJUNCTION	SANITARIANS PRACTICE	EDUCATIONAL PROJECT	INSTITUTIONALIZATION AND ORGANIZATION OF PUBLIC HEALTH
DEMOCRATIC TRANSITION (1985-1988)	New Constitution (1988) The uncompleted Health Reform ¹⁹ Health as a right of the citizenry and duty of the State	Sanitarians remain divided between politicization and passivity in the face of democratic struggles	a public health identity in the various segments active in the Collective Health project (1970) Epidemiology and Social Sciences provide the framework for the development of three dimensions of sanitarians work: a) Planning; b) Administration of actions in the health field; and c) Surveillance ²⁰	Expansion of Integrated Health Actions ¹² Unified and Decentralized Health Systems (1987) ¹²
NEW REPUBLIC (1988 - PRESENT)	Incentive to unrestricted outsourced work Alteration in the Labor Code (CLT) making agreements between employers and employees override the labor legislation	Intensification of public health activity in public sector health management positions and in academic research ¹⁹	Expansion of undergraduate courses in Collective Health leading to activity by professionals in defense of SUS and the Brazilian Health Reform. In these courses' National Curricular Guidelines there are skills, abilities, attitudes and knowledge in the fields of: a) Health Management; b) Attention to Health; and c) Health Education ²¹	Creation of the Single Health System (<i>Sistema Único de Saúde</i> - SUS) (1988) ¹² Constitutional Amendment 29, defining SUS funding and the responsibilities of the federal, state and municipal governments (2000) ¹² Approval of Constitutional Amendment 86/2015, which consolidates underfunding for SUS; de-linkage from federal revenues for 21 years.

Source: Produced by author.

Discussion: aspects of projects or guidelines for Public Health education in Brazil

In the early 20th century, sanitarians who were taken for sanitarians were mainly doctors. There was no educational project for sanitarians other than the practice of those workers, who held State power positions thanks to their medical training. This included mainly combating endemic diseases and promoting sanitation. After 1913, the Rockefeller Foundation, motivated by philanthropy, but also by economic and political interests, influenced the development of the Brazilian health apparatus, with: a) the introduction of the Flexner Report; b) the offer of scholarships to study at Johns

Hopkins University, in the United States; c) cash donations for purchasing inputs; and d) the normalization of techniques^{9,22}.

This led to one certain pedagogical and ideological matrix of teaching at institutions, such as the Public Health School of the University of São Paulo (FSP/USP). It was based on scientific aspects of hygiene, and aimed at preparing technical staff to fill in positions in the public health field and at strengthening investigative procedures and professional technique.

In the early 20th century, Brazilian sanitarians launch the debate on the perspective that disease in a society is related to both culture and politics. Our problems would be related to the following dichotomic situations: a) the coast and the hinterland; b) health and disease; and c) the modern and the backward, the disease appearing as an obstacle to progress

and civilization. According to this school of thought, national development would be possible on the basis of Hygiene and Eugenics¹¹, with actions in the fields of health education, vaccination, statistical data collection – epidemiology starts here –, lab tests and health inspections⁹.

In the early decades of the 20th century, courses were created in some Brazilian states to prepare professionals in Public Health, aimed at creating an ‘institutional structure’ that would work in public health projects, thus supporting national development. In the state of São Paulo, at the Institute of Hygiene – today the Public Health School of the University of São Paulo (FSP/USP) –, such courses were offered since 1928, named as: a) I Rural Hygiene Course for Physicians; b) II Rural Hygiene Course for Physicians; c) Graduate Course on Hygiene and Public Health for Physicians; d) Course for Public Health Educators; e) Graduate Course on Hygiene and Public Health for Physicians; e) Intensive Course on Hygiene and Public Health for Physicians of the Health Department of Mato Grosso; and f) Emergency Course on School Hygiene²³.

Also in Rio de Janeiro, in 1925, a course on public health and hygiene linked to the Medical School, at Praia Vermelha, was created meant to drive forward the teaching of Hygiene. This course influenced the teaching of public health and hygiene at the National School of Public Health, created in 1954. Under Getúlio Vargas administration (1930-1945), professionalization in Public Health was part of the political and ideological project, and the graduates held federal positions without undergoing a public selection exam²⁴.

Doctors were not the sole professional category in the Public Health education project. The Sanitary Education course held at FSP/USP, in 1925, is one example of other workers also taking part. The course was mainly aimed at women, who were health visitors, as part of the Sanitary Education program, and worked as well in health and hygiene centers²⁵.

The name Public Health Education – an expression analogous to that of 1919, which

in the USA was understood as education in health – refers to pedagogical methods for modulating individual behaviors and preventing health problems. Particularly in São Paulo, the relationship between health and education was inseparable, due to the dissemination of hygiene and eugenics principles that were part of an ambitious project of habits reform. The idea behind this reform was to build life habits able to forge a nation based on the stereotype of a strong, healthy, productive, hardworking and disciplined man¹⁴.

In this regard, several actions were adopted to sustain the hygienist discourse originating from public health education. One example is the 1926 high school education training for primary school teachers, designed to train public health educators, whose first curriculum included, among other subjects, basics on bacteriology, personal hygiene, dietetics, child hygiene and parasitology. In the first half of the 20th century, the dissemination of public health knowledge as an innovative strategy became more and more consolidated in the field of public health in São Paulo. Manuals, books and leaflets were distributed to the population, and countless radio advertisements with hygienic and eugenic principles were broadcast¹⁴.

At the national level, the Propaganda and Public Health Education Service (SPES) was created, organically structured from 1923 on. According to its internal rules, the SPES should periodically publish bulletins, leaflets, posters, magazines and manuals for disseminating public health precepts, and the latest information on scientific advances in health. However, this service only became effective in 1941, when the SPES was replaced by the National Public Health Education Service (SNES). The SNES had a more solid proposal, aimed at centralizing the administration of health education practices developed in Brazil, and was only restructured in 1962¹⁴.

According to the historiography on the subject, the institutionalization of Public Health in Brazil did influence the construction

of a national identity. As an example, we can cite the Scientific Expeditions to the hinterlands along the two first decades of the 20th century, counting on scientists and professionals from universities and public health services. Reports on the expeditions, which were divulged later, mapped the country's public health conditions, mainly in rural areas, as well as the need for actions to fight diseases that plagued the population and caused delays in the national development project¹⁶. In 1930, the Ministry of Education and Public Health (MESP), an administrative structure with strong national coordination and supervision, was created, along with: a) National Health Services; b) Regional Health Bureaus (of the federal government); and c) National Health Conferences, forums for health administrators and technicians²⁶.

The idea of broad health care for the population, delivered in a democratic and universal way, was not yet under discussion during this period. The concept of 'regulated citizenship'²⁷ indicates that the State recognized as citizens only those with a regulated occupation or profession recognized as vital to the social project. Thus, social security and occupational health were institutionalized at the Ministry of Labor, Industry and Trade (MTIC) for those individuals recognized as citizens and who were supported by corporatist principles. The population excluded from this citizenship principle – the poor, the unemployed and informal workers – was assisted by the MESP with health actions to control diseases¹³.

In the early 1960s, a different line of thought on health and its social determination became stronger in Brazil, accompanied by social struggles for labor and other rights. The developmentalist public health movement advocated the need for the municipalization of health services and the premise that the population's level of health depends on the country's economic development. From this standpoint, health is not only related to medical care, but also to food, housing and clothing, for instance. However, these proposals and struggles were

suppressed by the 1964 coup and the ensuing civilian-military dictatorship¹⁵.

Later on, during the struggle for democracy in Brazil, the area of Public Health began to be the target of criticism, as did the model of Preventive and Social Medicine, while a new field of knowledge and practices – called Collective Health – was proposed. The new field was a departure from the positivist understanding of the health-disease process and social practices, which adopted the categorization of social determinants. The theoretical bases for the Collective Health line of thought were associated with the struggles to resume the democratic rule of law during the military dictatorship (1964-85) and to strengthen the Public Health Reform movement¹⁸.

In addition, after the 1970s, knowledge in the area of Humanities and Social Science of Health was incorporated to the Collective Health thinking, based on the current of critical Marxism, through the approach of historical-dialectical materialism. In the process of the field's institutionalization, social thinking on health took shape in the relationship between the biological sciences and the social sciences²⁸.

From then on, education in Collective Health gained strength as a space for qualifying and transforming new subjects, so that they too would be committed to RSB proposals, which were: a) to be a democratic front against the dictatorship and for the re-democratization of the State; b) to introduce the idea of the Social Determination of Disease and of a health system structure; c) to bring health professionals closer to the community – Community Health; and d) health as a right of the citizenry and a duty of the State¹⁸. Thus, graduate programs and disciplines offered in health courses dealing with this field grew in number.

After health was enshrined in the 1988 Federal Constitution as a fundamental right, the public health system (SUS) as a universal policy advocated by the Public Health Reform became one of the main fronts that sanitarians fought for. This Reform emerged

mainly from different technicians who held significant posts and positions within the state apparatus in the field of health during the Dictatorship²⁹. Some authors, Paim¹⁹ among them, criticized the RSB project in later years, arguing that it was inconclusive and partial, and that, in practice, its subversive discourse on the social determination of the health-disease process was excluded. The political power of this Reform was limited to health councils and managers after the 1990s, and there was no incentive to inter-sectoral action among ministries or to popular participation beyond the structures allowed by the State.

The knowledge of Collective Health gained increasingly more space in the syllabuses of health courses. However, it was – and still is – present in isolated disciplines, and sometimes deals with the SUS in a way that is superficial or lacking in historicity. The introduction of this knowledge was not sufficient to bring about a structural change in the teaching of health professions, which continued to follow the logic of the biologicistic model. This context also highlighted the need for creating an undergraduate degree that would follow a different orientation.

In the late 1990s, in forums such as the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco) and the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), a group of former sanitarians and other social actors discussed the need for new ethical-political subjects to strengthen the idea of protecting health as a right. In this regard, the RSB movement demanded some critical structure, and postgraduate courses were not enough to provide professionals for the development of a universal health care system³⁰. Therefore, the education of subjects in undergraduate courses in Collective Health was linked to this political project of legitimizing the ideals this reform failed to achieve.

Regarding the financial feasibility of creating Collective Health undergraduate courses, this was mainly achieved through the Support Program for Restructuring and Expanding Federal Universities (Reuni). The Reuni was

created in 2007 by the Federal Government, aimed at increasing access to and permanence in higher education. In a way, some of the characteristics of these courses – such as the fact that they were mostly evening courses, that new lecturers were hired and that the infrastructure of buildings was improved – were influenced by the Reuni Program²¹. In addition, the socioeconomic profile of the students corroborates the characteristics stated in the Program's guidelines, as the majority were female, 26 years of age on average, living with their parents, attended public schools and were from families of low income and schooling levels².

In 2017, the sanitarian was regulated as a State occupation, apt to carry out 130 professional activities, related to: a) planning health actions; b) coordinating health actions; c) establishing strategies for health units and/or programs; d) offering bio-psycho-social services; e) assessing health actions; f) managing financial resources; g) managing human resources; and h) coordinating dealings with social and professional entities²¹. These attributions mean that the Brazilian State understands the practice of a sanitarian as related to that of a Health Manager, yet without the same set of values. There are, thus, intent differences between the training and the labor market.

Hence, a dilemma that may emerge refers to sanitarians working in the private sector, which has interests and intentions geared to the capital. This may diverge from the core values intended for sanitarian degree holders. Furthermore, sanitarians carry out practices that do not break up with those of the 19th century, and that were criticized in the formulation of the educational project for the bachelor's degree course. For instance, the current Health Education may hark back to the old school of raising awareness among the population about the importance of being healthy and strong, of following certain usages and behavior standards, such as the globally known educational measures to combat the new coronavirus (SARS-COV-2), like wearing

masks, social distancing and using hand sanitizer.

The project of the bachelor's degree in Collective Health displays educational novelties. However, there is constant stress involving the academic staff, even at the same university, about putting them into practice. The novelty lies in an education that: a) wants to produce a new ethical-political subject-agent to defend the Right to Health and other RSB demands; b) reinforces the critical current of Marxism and prepares students to work based on the social determination of the health-illness process; and c) qualifies a body of Collective Health technicians, framing the field's three sub-areas, to enter the public and private labor market. We reiterate that such tensions among professors may produce multiple forms of qualifying a public health professional. Therefore, whatever the university, this degree course may or may not follow the abovementioned elements.

Concluding remarks: contradictions and challenges of the Public Health bachelor degree

The education of sanitarian professionals is a project with an international presence. In Brazil, this project follows one singular path owing to the model of the Single Health System. This singularity is characterized by the struggle for the Right to Health, by other RSB demands and by a values base. The problem is its partial reach owing to possible dilemmas and ethical-political contradictions. Our understanding is that the most relevant political contradiction is Brazil's reliance on the State – the main supporting structure for the world of capitalist production – in order to develop the Health Reform movement.

Another challenge is the fact that the Collective Health field itself is in crisis, as it stands back from the critical and social

thinking, a characteristic that has set it apart from other lines of thought, such as the Public Health. This field must

resume a broad concept of health, keep to counter-hegemonic and cultural issues – among them, inequalities – and return to marrying politics with the technical-scientific dimensions³²⁽⁴⁹⁰⁾.

Furthermore, to resume the struggle for the right to health is to go beyond the new – and old – techniques. We must expand the field's objects with the current challenges, with issues such as refugees, the environment, pandemics, immigration and communication.

In this regard, we emphasize the importance of history during training, so that students may be able to make a critical analysis of the ruptures and permanence of the Public Health knowledge and practices. However, history as a research discipline is not much emphasized in Collective Health undergraduate courses. This difficulty may also apply to graduate programs outside Brazil, as in the case of the inclusion of history in the syllabus of a graduate course in Public Health at the University of London³¹. The skills of evaluating evidences and discussing historiography and interpretation are in the foreground when history is used, with their own methodologies and methods.

Lastly, what influences sanitarian professionals to develop their work? Could it be precisely their education? Their values base? The economic, political and social dimensions they live in? Changes in labor relations? The institutionalization and organization of Public Health? Our perception is that the activities of such professionals are influenced by macro and micro contextual elements of the place where they work. These include power relations, the conduction of health policies, the manager's interest, availability of financial resources, the economic situation, political disputes, social factors, the country's moment vis-à-vis health, and labor relations.

Collaborators

Viana JL (0000-0002-6403-5056)*, Gusmão JO (0000-0003-0845-3621)*, Marques MCC (0000-0002-7461-3710)*, Castellanos MEP

(0000-0002-4977-5574)*, Louvison MCP (0000-0003-1630-3463)* and Akerman M (0000-0003-1522-8000)* also contributed to the elaboration of the manuscript. ■

Referências

- Santos L. Educação e trabalho na Saúde Coletiva brasileira: estudo de caso sobre a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva nos cenários nacional e local. [thesis]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
- Castellanos MEP, Fagundes TDLQ, Nunes TCM, et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva – perfil sociodemográfico e motivações. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(6):1657-1666.
- Kiviniemi MT, Przybyla SM. Integrative Approaches to the Undergraduate Public Health Major Curriculum: Strengths, Challenges, and Examples. *Front. Public Health.* 2019; (7):106.
- Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface comun. saúde educ.* 2003; 7(13):163-166.
- Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus (Brasília).* 2013; 7(3):13-35.
- Hochman G. História e políticas. *Rev. bras. ciênc. soc.* 2007; 22(64):153-156.
- Hochman G. Saúde Pública ou os males do Brasil são. In: Botelho A, Schwarcz LM, editors. *Agenda Brasileira: temas de uma sociedade em mudança.* São Paulo: Companhia das Letras; 2011. p. 480-491.
- Lima NT, Hochman G. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000; (5):313-332.
- Mota A, Marinho MGSMC. Caminhos e trajetórias da filantropia científica em São Paulo: A Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para a medicina e saúde (1916-1952). São Paulo: CD. G. Casa de Soluções e Editora; 2013.
- Marinho MGSMC, Mota A, Campos CD. Racionalidades em Disputa: Intervenções da Fundação Rockefeller na Ciência, Medicina e Práticas Médicas do Brasil e América Latina. São Paulo: CD. G. Casa de Soluções e Editora; 2015.
- Castro Santos LA. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: Hochman G, Armus D, editors. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 249-293.
- Paim JS, Travassos CMDR, Almeida CMD, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet.* 2011; 377(9779):1778-1797.
- Fonseca CMO. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. Marques MCC, Brasileiro DF, Fernandes SCG. In-formação e disciplina: a Coletânea de Educação Sanitária do estado de São Paulo, Brasil (1939-1952). *Interface comun. saúde educ.* 2016; (21):397-410.
15. Escorel S. Mário Magalhães: Desenvolvimento é saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(8): 2453-2460.
16. Lima NT, Hochman G. Pouca saúde e muita saúde: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: Wadi YM, Hochman G, Armus D, editors. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 493-534.
17. Labra ME. O movimento Sanitarista nos anos 20, da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. [thesis]. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública; 1985.
18. Arouca S. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
19. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
20. Gonçalves RBM. Formação, aperfeiçoamento e campo de atuação do médico sanitário. In: *Anais do VI Encontro de Médicos sanitários; 1987 maio; São Paulo.* São Paulo: Associação dos Médicos Sanitaristas do Estado de São Paulo; 1987. p. 5-9.
21. Viana JL, Souza ECF. Os novos sanitários no mundo do trabalho: um estudo com graduados em saúde coletiva. *Trab. educ. saúde.* 2018; 16(3):1261-1285.
22. Marinho MGSMC. A Fundação Rockefeller e a medicina tropical em São Paulo: Circuitos, redes e personagens da parasitologia médica, microbiologia e anatomia patológica (1918-1969). In: *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2016; Lisboa. Portugal.* p. 113-118.
23. Marim FA. Formação de profissionais de saúde pública no Instituto de Higiene de São Paulo (1921- 1939). [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2019.
24. Lima NT, Fonseca CMO. História da especialização em saúde pública no Brasil: nota introdutória. In: Lima NT, Fonseca CMO, Santos PRE. *Uma escola para saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 25-38.
25. Faria L. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. *Cad. Pagu.* 2006; (27):173-212.
26. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Rio de Janeiro: Educ. Revist. 2005; (25):27-141.
27. Santos WG. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Editora Campus. 1979.
28. Ianni AMZ, Spadacio C, Barbosa R, et al. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2014; (30):2298-2308.
29. Oliveira JA. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). *Cad. Saúde Pública.* 1987; (3):360-387.
30. Belisário SA, Pinto ICDM, Castellanos MEP, et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(6):1625-1634.
31. Berridge VS. Infiltrando a história no currículo de saúde pública. *J. Saúde Pública.* 2018; 40(4):886-890.
32. Scheffer M, Schraiber LB. Interface, vinte anos: a Saúde Coletiva em tempos difíceis. *Interface comun. saúde educ.* 2017; 487-491.

Received on 20/05/2021

Approved on 6/04/2022

Conflict of interests: non-existent

Financial support: Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel – Brazil (Capes) – Financial Code 001

Atención Primaria en Salud en una región de la Amazonía colombiana: una aproximación al cotidiano

Primary Health Care in a region of the Colombian Amazon: an approach to everyday life

Saidy Eliana Arias-Murcia¹, Cláudia Maria de Mattos Penna²

DOI: 10.1590/0103-1104202213409

RESUMEN En 2016 comenzó en Colombia la implantación de un nuevo modelo de salud con foco en la atención primaria, siendo Guainía, en la Amazonía colombiana, la primera región en iniciar el test piloto. El objetivo de este estudio fue comprender el cotidiano de implementación de la atención primaria, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, desde la perspectiva de indígenas y profesionales de la salud en Guainía, Colombia. Se trata de un estudio de caso único, con abordaje cualitativo, fundamentado en la sociología comprensiva del cotidiano. Los datos, recolectados mediante observación directa y entrevistas semiestructuradas con 26 profesionales de salud y 22 usuarios indígenas, fueron sometidos a análisis de contenido temático. Emergieron cinco categorías: ‘vivir en el puesto’, ‘resolver solo’, ‘el desafío de la cobertura territorial’, ‘comisiones de salud: solventando vacíos’ y ‘apoyo de líderes locales’. A pesar de la propuesta reestructurante traída por el nuevo modelo, se evidenció en el cotidiano la persistencia de un enfoque asistencialista y basado en la lógica curativista en la prestación de los servicios. Aunque los atributos de la atención primaria se ven comprometidos, se identificaron acciones cotidianas que pueden favorecer la integralidad en la atención y aportar a una transición exitosa.

PALABRAS-CLAVE Atención Primaria de Salud. Salud de poblaciones indígenas. Zonas remotas. Modelos de atención de salud. Colombia.

ABSTRACT In 2016, the implementation of a new health model focused on primary health care began in Colombia, being Guainía, in the Colombian Amazon, the first region to start the pilot test. The objective of this study was to understand the daily implementation of primary care, within the framework of the Comprehensive Health Care Model, from the perspective of indigenous people and health professionals, in Guainía, Colombia. This is a single case study with a qualitative approach, based on the comprehensive sociology of everyday life. The data, collected through direct observation and semi-structured interviews with 26 health professionals and 22 indigenous users, were subjected to thematic content analysis. Five categories emerged: ‘living at the post’, ‘solving alone’, ‘the challenge of territorial coverage’, ‘health commissions: filling gaps’ and ‘support from local leaders’. Despite of the restructuring proposal brought by the new model, the persistence of a care approach based on curativist logic in the provision of services was evidenced in daily life. Although the attributes of primary care are compromised, daily actions that can favor comprehensive care and contribute to a successful transition were identified.

KEYWORDS Primary Health Care. Health of indigenous peoples. Remote areas. Healthcare models. Colombia.

¹Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA) - Bogotá, Colombia.
seam-04@hotmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introducción

Hace más de 40 años, desde la declaración de Alma-Ata, que la Atención Primaria en Salud (APS) está en la agenda de las políticas públicas a nivel global. Reconocida como una de las principales innovaciones del siglo XX, esta estrategia ha causado importantes transformaciones epistemológicas, conceptuales y prácticas, dada su relevancia para alcanzar mejores resultados en salud¹, favorecer la equidad y el acceso a servicios y aumentar la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud²⁻⁴. No obstante, la implementación de la APS en los sistemas de salud ha enfrentado desafíos en la mayoría de los países latinoamericanos, que van desde la forma de concebirla, hasta la propia organización de los sistemas de salud⁴.

En Colombia, el reconocimiento de la APS como estrategia de atención ocurrió casi dos décadas después de la implementación del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en 1993. Así, por más de 15 años, los esfuerzos en salud se concentraron en la atención asistencial individual y de alta complejidad, en detrimento de las acciones colectivas y de atención básica, resultando en la acumulación de riesgos en salud⁵.

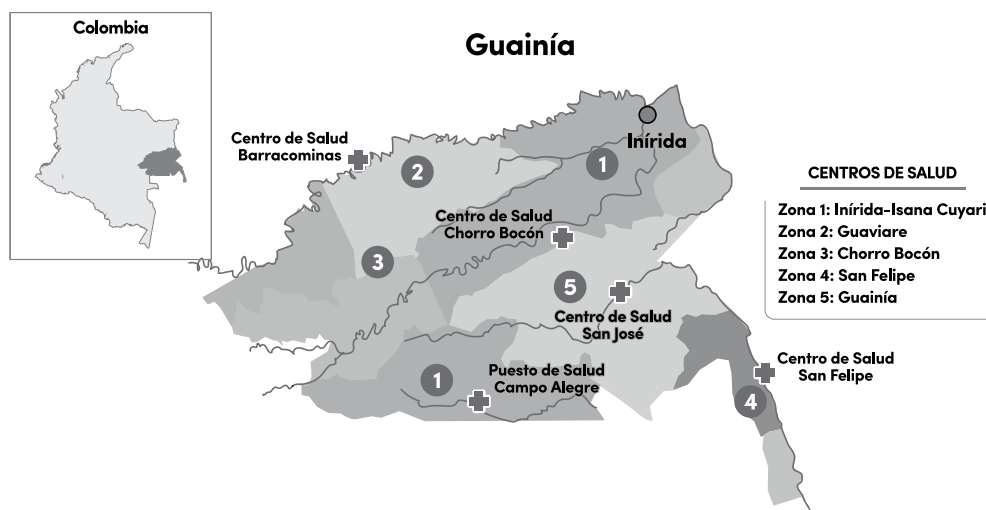
Frente a este panorama, en 2016, el estado colombiano lanzó un nuevo modelo de salud, denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)⁵, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), el cual promovió el cambio del paradigma biomédico, transfiriendo el foco de atención en el cuidado, la gestión integral del riesgo y el fortalecimiento de la APS con enfoque familiar y comunitario. Adicionalmente, propuso un abordaje diferencial de acuerdo a tres ámbitos territoriales presentes en el país: 1) urbanos, caracterizados por mejores condiciones de accesibilidad geográfica a los servicios de salud; 2) rurales, próximos a las zonas urbanas, contando con una oferta de servicios de naturaleza pública y centrado

en niveles de atención de baja complejidad y 3) dispersos, siendo áreas rurales/remotas con limitadas vías de acceso, alta dispersión poblacional, barreras geográficas y características culturales particulares.

La operacionalización del modelo comenzó en los territorios dispersos, dentro de los que se encuentran departamentos de las regiones amazónica y pacífica, considerados de intervención prioritaria, dadas las amplias brechas de acceso a servicios de salud⁵. El departamento de Guainía, localizado en el nororiente de la Amazonía colombiana, fue el primero en iniciar la implementación, en 2016, como prueba piloto. El diseño del modelo contó con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, instituciones académicas y la coordinación de entes gubernamentales, junto con los pueblos indígenas de la región⁶.

Atendiendo a las particularidades del territorio, el MIAS para Guainía contempló un abordaje basado en “el principio de la diversidad étnica y cultural y en la APS con énfasis en el componente familiar y comunitario”⁶⁽²⁾, promoviendo la garantía de la participación social y la articulación intersectorial para la intervención de los determinantes sociales, el mejoramiento de la infraestructura y tecnología en salud y el monitoreo de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Adicionalmente, propuso la reorganización de la red de servicios de salud en cinco áreas localizadas a lo largo de las cuencas hidrográficas, preservando una estructura jerárquica: la primera instancia de atención compuesta por los 23 puestos de salud en el área rural, con continuidad en los cuatro centros de salud que auxilian a los puestos y, por último, el hospital en el área urbana (nivel II), en convenio con una red hospitalaria fuera de la región, para tratamientos de mayor complejidad (nivel III y IV) (*figura 1*).

Figura 1. Organización de la red pública de salud en Guainía



Fuente: adaptado del Ministerio de Salud y Protección Social⁵.

Entendiendo que la constitución de modelos de salud atraviesa la subjetividad y las formas de organización de las relaciones entre sujetos, que, a su vez, influyen en la definición de las prácticas asistenciales⁷, se considera importante analizar la manera en que se está implementando la APS en el nuevo modelo, observando el cotidiano de los actores sociales involucrados en la atención, los cuales vivencian directamente la puesta en marcha de las directrices impuestas. Este propósito cobra aún más relevancia bajo la premisa de que la APS ha sido una estrategia esencial para enfrentar las inequidades presentes en áreas rurales y remotas⁸, predominantes en la región amazónica.

De tal forma, este estudio tuvo como objetivo comprender el cotidiano de implementación de la APS, en el marco del MIAS, desde la perspectiva de indígenas y profesionales de la salud, en Guainía, Colombia. Esta investigación hace parte de una tesis de doctorado realizada en la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais (EE-UFGM).

Metodología

Estudio de caso único holístico, con abordaje cualitativo. Al considerar que en el cotidiano de la atención en salud se tejen construcciones cargadas de significado, se escoge como lente analítico la sociología comprensiva del cotidiano⁹, que propone describir lo vivido en aquello que es/está, analizando las perspectivas de los diferentes actores involucrados y realizando una atenta descripción de los fenómenos tal y como se presentan en la vida cotidiana.

La investigación fue desarrollada en el departamento de Guainía, que tiene una población estimada de 46.446 habitantes, de los cuales su mayoría (60%) se concentra en el área rural, abarcando una extensión de 72.238 Km². Del total de la población, 85% es indígena, perteneciente a ocho pueblos: Curripaco, Puinave, Piapoco, Sikuani, Tukano, Desano, Yeral e Cubeo. Adicionalmente, tiene una alta dispersión poblacional (0,5 habitantes por Km²), contando como principales medios de acceso las vías aérea y fluvial, considerándose una zona remota y de difícil acceso por encontrarse a una lejanía, entre horas o días de viaje por lancha, del centro urbano.

Los escenarios de estudio fueron diez puestos de salud situados en los resguardos indígenas, es decir los territorios del área rural declarados de propiedad colectiva de las comunidades indígenas, localizados sobre la cuenca del río Guaviare y en áreas rurales aledañas a la zona urbana, escogidos por la facilidad logística de acceso durante el trabajo de campo (figura 1, zona 1 y 2). Se consideraron

los equipos actuantes en estas unidades conformados por un auxiliar de enfermería y un gestor comunitario, al igual que los integrantes de las Comisiones Multidisciplinares de Salud (CMS), consistentes en equipos móviles que realizan visitas periódicas al área rural (cuadro 1). Adicionalmente, se incluyeron como participantes los usuarios indígenas habitantes de la zona.

Cuadro 1. Conformación de los equipos actuantes en el área rural de Guainía

Unidad de prestación de servicios	Miembros del equipo	Nivel de formación
Puesto de salud	Auxiliar de enfermería	Técnico
	Gestor comunitario	Educación básica (miembro indígena perteneciente a la comunidad)
Comisión de salud	Enfermero	Profesional
	Médico	Profesional
	Auxiliar de Enfermería	Técnico
	Bacteriólogo	Profesional
	Odontólogo	Profesional

Fuente: elaborado por las autoras.

Los criterios de inclusión para los indígenas fueron: ser usuarios de los servicios de salud del régimen subsidiado, mayores de 18 años; y para los trabajadores de la salud: ser miembro de los equipos de APS (médico, enfermero, odontólogo, bacteriólogo, auxiliar de enfermería y gestor comunitario) y contar con mínimo de seis meses en el cargo.

De esta forma, participaron del estudio 26 profesionales de salud y 22 usuarios indígenas, seleccionados por muestreo intencional y cuya participación fue voluntaria. De los profesionales de salud, nueve eran indígenas (35%), cinco desempeñaban el cargo de auxiliar de enfermería, uno de gestor comunitario, un enfermero y un bacteriólogo. De los profesionales de salud no-indígenas (65%), tres eran enfermeras, cuatro odontólogos, cuatro médicos, un bacteriólogo, cuatro auxiliares de

enfermería y un gestor comunitario. En relación a la trayectoria laboral, seis profesionales informaron tener 10 o más años de experiencia en el cargo, cuatro entre cinco y nueve años, siete entre dos y cuatro años y nueve entre un año y seis meses de experiencia en el cargo.

Respecto a los usuarios indígenas, 15 eran mujeres (68%) y siete hombres (32%), ocho pertenecían a la etnia Curripaco, siete eran Puinave, tres Cubeo, dos Piapoco y dos Sikuni. Ninguno de ellos superaba los 55 años de edad y todos además de su lengua nativa eran hablantes de español, por lo que no fue requerido el empleo de un traductor en ningún caso.

La investigación en campo fue realizada en 2018, durante un periodo de cinco meses. Los datos fueron recolectados mediante observación directa en el ambiente de los participantes: espacios de prestación de los servicios de

salud y domicilios, cuyo registro, identificado como Notas de Observación (NO), fue consignado en diario de campo. Adicionalmente, se realizaron entrevistas individuales, efectuadas en los mismos ambientes de la observación con una guía semiestructurada de preguntas, que abordó los siguientes tópicos: descripción del trabajo cotidiano en la APS, impresión de la atención prestada y cambios percibidos con el nuevo modelo de salud. Estas entrevistas fueron grabadas y transcritas integralmente, contemplando el criterio de saturación para concluir la recolección de la información. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático, de forma manual, siguiendo tres polos cronológicos conforme Bardin 10: 1) pre-análisis; 2) exploración del material y 3) tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación. Resultado de este proceso, se obtuvieron cinco categorías definidas a partir de la identificación de las unidades de significado del material recolectado.

El estudio respetó los preceptos éticos para la investigación en salud en Colombia, según Resolución 8.430 de 1993. Para el acceso al campo, se obtuvo autorización por parte del Hospital de Inírida, la Secretaria Departamental de Salud y la Asociación Indígena del Guainía (ASOCRIGUA), así como aval ético del Hospital Departamental (Declaración 07-2018). Todos los participantes del estudio firmaron un Consentimiento Libre, Previo e Informado, y su anonimato

fue garantizado identificándolos por iniciales: médico- MED, enfermero- E, auxiliar de enfermería- AE, gestor comunitario- G, microscopista- MIC, bacteriólogo- BAC, dentista- DEN y usuarios- U.

Resultados

La comprensión del cotidiano de la implementación de la APS en el área rural de Guainía, desde la perspectiva de usuarios indígenas y profesionales de salud, se sintetizó en cinco categorías: 1) 'vivir en el puesto', 2) 'resolver solo', 3) 'el desafío de la cobertura territorial', 4) 'comisiones de salud: solventando vacíos' y 5) 'apoyo de líderes locales'.

Vivir en el puesto

Los puestos de salud son coordinados por un auxiliar en enfermería encargado de la atención de los pobladores del resguardo indígena donde se encuentra ubicado y de otros resguardos en las proximidades. Aunque formalmente estos trabajadores tienen un horario laboral establecido, la mayoría mantiene una disponibilidad de 24 horas. Al tratarse de personas que no son oriundas de la zona, estos trabajadores establecen su residencia en las mismas instalaciones del puesto de salud, causando que los miembros de las comunidades demanden por atención en cualquier horario del día (*cuadro 2. N.1*).

Cuadro 2. Relatos de participantes

Categorías	N.	Citas
'Vivir en el puesto'	1	<i>Yo trabajo de 7 a 12 y de 2 a 6 de la tarde, el sábado de 7 a 2 de la tarde y de ahí en adelante ya solo urgencias, domingos y festivos urgencias, pero igual como yo vivo aquí, me llegan (los pacientes) a cualquier hora y yo los atiendo, prácticamente yo trabajo aquí las 24 horas (AE8).</i>
	2	<i>Entonces por las mañanas, yo voy y los visito, ¿cómo están? Desayuno con ellos, hablo un momento con ellos y vengo para acá (el puesto de salud) y en la tarde permanezco aquí, me gusta compartir con ellos (comunidad indígena) (AE8).</i>
	3	<i>Él (auxiliar de enfermería) hace parte de acá, siempre está con nosotros y nos colabora con cosas de aquí. Nosotros estamos 'amañados' (acostumbrados) con él (U10).</i>

Cuadro 2. (cont.)

Categorías	N.	Citas
'Resolver solo'	4	<i>Nosotros estamos solos, nosotros tenemos que ser médico, enfermera, paje (médico tradicional), partera, mejor dicho, yo tuve hasta que atender partos. Cuando nosotros estamos en el puesto de salud tenemos que hacer de todo (AE9).</i>
	5	<i>En el caso de un problema de salud grave, él (auxiliar) remite a la persona (para el hospital), pero él no cuenta con un bote, motor y gasolina, eso es lo que hace más difícil llevar a una persona que está enferma. Otra cosa es que a veces no hay medicamentos en el puesto ¿qué ocurre en ese sentido? Que los habitantes no tienen donde ir cuando no hay medicina, el auxiliar está presente, pero no puede hacer nada, puede atender a la persona, sí, pero no le puede dar medicamento en caso de una enfermedad (U11).</i>
	6	<i>De mi parte siento que ha mejorado poco, porque el auxiliar está presente en el puesto (de salud), cualquier cosa él nos da información... pero el problema es que todavía nos hacen falta medicamentos, entonces no sirve para nada (U14)</i>
'El desafío de la cobertura territorial'	7	<i>Él (gestor comunitario) hace el censo de población, calcula los niños de 0 a 5 años, los adultos, los que están haciendo planificación familiar, el control de crecimiento de los niños... entonces todo este recorrido a las casas lo hace el gestor (AE8).</i>
	8	<i>Él (gestor comunitario) a veces viene y nos visita, pero a veces le queda difícil venir hasta acá sobretodo en invierno (U12).</i>
	9	<i>Hay muchas cosas por hacer que no conseguimos completar, el trabajo del gestor es muy amplio, de mi parte, estoy un poco demorado, tengo siete resguardos por visitar y ha sido muy difícil visitarlas a todas (G1).</i>
'Comisiones de salud: solventando vacíos'	10	<i>De mi parte cuando viene una comisión aprovecho (a ser atendido), la vez pasada vinieron en noviembre, y fue bien, porque toda mi familia pasó (a ser atendida) (U12).</i>
	11	<i>Nosotros quedamos con ese 'sin sabor' (pesar), porque llegamos con todo el ánimo para atenderlos lo mejor posible, son muchas las personas y solo una vez al año tienen la oportunidad de un servicio de salud que los atienda, pero por el tiempo y por muchos factores se terminan haciendo las cosas con rapidez (E3).</i>
	12	<i>Tenemos una dificultad y es que aunque estamos obligados a hacer PyP (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), muchas veces llegamos a pacientes que llevan mucho tiempo sin ir al odontólogo y tienen muchas necesidades urgentes, entonces priorizamos lo que demanda el paciente, porque si el paciente tiene algún dolor primero tratamos de eliminar el factor local que está causando el dolor y luego hacemos PyP, y por el tiempo que tenemos a veces es difícil hacer actividades PyP (DEN2).</i>
'Apoyo de líderes locales'	13	<i>La idea es que uno llegue a las comunidades habla con el capitán o la persona que está encargada de la zona, se les pide el permiso de que se va a vacunar y se inicia la vacunación [...] también el capitán nos colabora diciéndonos cómo ve la vacunación muchas veces de una vez antes de uno preguntar y también va reportando los casos que se presentan (E1)</i>
	14	<i>El enfermero del puesto siempre nos ha invitado a reunirnos toda la comunidad, a hacer unos talleres, a hacer unos exámenes, todo eso y también él le dice al capitán y el capitán se encarga de avisarnos todo, él va casa por casa (U15).</i>
	15	<i>Generalmente no en todas las comunidades hay un puesto de salud, entonces nosotros tenemos que hablar directamente con el director de la escuela y decirle 'mire profesor, el paciente tiene esto y necesitamos que usted supervise el tratamiento', entonces esa es otra posibilidad (AE2).</i>

Fuente: elaborado por las autoras.

No obstante, durante la investigación en campo fue posible determinar que esa cuestión de 'vivir en el puesto' tiene repercusiones que van más allá de la demanda espontánea y permanente de usuarios. A pesar de que con la entrada en vigencia del MIAS se previeron

reformas en los puestos de salud, en el periodo de estudio, la mayoría de los puestos de salud continuaban funcionando en las mismas construcciones precarias del pasado, debido a atrasos en la renovación de la infraestructura. De ahí que algunos auxiliares fueron

apropiándose de este espacio, tornándolo como ‘suyo’ y realizando por cuenta propia reformas a las instalaciones, pues para ellos, más que su lugar de trabajo, era ‘su casa’ (NO1).

Adicionalmente, ‘vivir en el puesto’ conlleva que las cuestiones rutinarias del trabajo de estos trabajadores se junten con la vida cotidiana de la comunidad (*cuadro 2. N.2*). La convivencia diaria facilita espacios propicios para la socialización, en actividades como comer juntos, conversar, pescar, etc. cuyo potencial cotidiano se exprime en el ‘vivir/estar colectivamente’, más allá del ámbito asistencial. Esta interacción, también catalogada de forma positiva por los usuarios (*cuadro 2. N.3*), favorece lazos interpersonales fuertes y, por tanto, el establecimiento de un vínculo, constituyéndose en condición importante para el fomento de las acciones de APS.

Resolver solo

Dentro de las funciones designadas para los auxiliares de enfermería, se encuentran la realización de consultas de promoción y prevención, administración de medicamentos básicos, atención de primeros auxilios, entre otras actividades realizadas – cuando posible – bajo supervisión, por medio de radio-teléfono, del médico del hospital en la zona urbana. Sin embargo, en su trabajo cotidiano, estos trabajadores asumen responsabilidades que sobrepasan sus competencias (*cuadro 2. N.4*).

‘Resolver solo’ es una expresión recurrente para referirse al trabajo del auxiliar de enfermería en los puestos de salud (NO2). Debido a las dificultades en la comunicación y a las grandes distancias, este trabajador es el principal responsable de la resolución de demandas y el traslado de pacientes a otros niveles atención, asumiendo desafíos que son reconocidos por los propios usuarios, quienes en sus relatos destacan la importancia de la presencia permanente de este trabajador, siendo, no obstante, un factor insuficiente ante las limitaciones existentes relacionadas, principalmente, con la escasez de medicamentos (*cuadro 2. N.5, N.6*).

Es así como la falta de insumos y de ayudas diagnósticas, la compleja logística para la activación de la red de referencia y la operación de embarcaciones para el traslado de pacientes por río, hacen que la ‘improvisación’ sea una característica marcante del cotidiano de atención. Improvisar es entonces una ‘manera de hacer’ que surge a partir del conocimiento intuitivo y de la exigencia de respuestas inmediatas a la resolución de las demandas del día a día en el puesto de salud.

En consecuencia, los desafíos presentados repercuten negativamente en la calidad de la atención, dado a que en la prestación de los servicios se terminan priorizando las prácticas asistenciales, curativas e individuales, sobre las acciones colectivas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

El desafío de la cobertura territorial

El nuevo modelo propone el papel del gestor comunitario, siendo una persona perteneciente a las comunidades, que trabaja junto al auxiliar de enfermería, encargándose de la realización de visitas domiciliarias, acciones educativas, saneamiento básico y articulación entre los saberes tradicionales y biomédicos. Los participantes destacaron la labor de este trabajador como intermediador, auxiliando la traducción de lengua indígena al español, captación y seguimientos de pacientes (*cuadro 2. N.7*).

No obstante, en las observaciones realizadas al cotidiano del trabajo fue posible detectar dificultades en el cumplimiento de las funciones de este trabajador, asociadas principalmente a la gran extensión del territorio a su cargo (NO3). Los usuarios, por ejemplo, manifestaron que el gestor no realiza las visitas en la frecuencia esperada (*cuadro 2. N.8*), relato que se confirma con lo expresado por uno de los gestores entrevistados, quien, además de las grandes distancias, alega sobrecarga de trabajo (*cuadro 2. N.9*).

En los inicios de la implementación del modelo, los gestores recibieron capacitación para delimitar el área de influencia de su

puesto de salud por medio de un ejercicio de mapeamiento. Sin embargo, a causa de restricciones financieras y de capital humano, se delimitaron territorios conformados por 100 a 200 familias (alcanzando alrededor de 1.000 personas), las cuales se encuentran asentadas de modo disperso en grandes extensiones geográficas, complejizando la realización de visitas frecuentes.

Este hecho, sumado a las dificultades para solicitar embarcaciones y asumir costos de combustible para desplazarse a las áreas designadas, que muchas veces implica varias horas de viaje por río, deriva en que algunas comunidades queden de alguna manera ‘descubiertas’ de la actuación y acompañamiento del equipo de los puestos de salud, perjudicando la supervisión e integridad de las acciones de APS.

Comisiones de salud: solventando vacíos

Los datos revelan que los vacíos en la asistencia en el contexto rural, expuestos anteriormente, pueden estar siendo ‘cubiertos’ por las Comisiones Multidisciplinares de Salud (CMS), consistentes en equipos móviles que se trasladan desde la ciudad a los resguardos indígenas del área rural, mínimo dos veces al año, para realizar visitas.

Aunque el objetivo de las CMS sea ejecutar actividades individuales y colectivas de promoción de la salud y gestión integral del riesgo, fue posible identificar en la observación de la dinámica cotidiana que los usuarios las abordan para suplir sus necesidades en salud, principalmente asociadas a enfermedades y obtención de medicamentos. De hecho, esa búsqueda por atención suele ser ‘aprovechada’ por los usuarios indígenas y sus familias, quienes ven en estos equipos un alternativa práctica para resolver sus afecciones agudas de salud (*cuadro 2. N.10*).

No obstante, las largas filas demandando por atención, sumado al tamaño reducido de los equipos, recursos limitados y tiempos restrictos de permanencia en las aldeas, generan

en los profesionales de las CMS preocupación, por las dificultades para garantizar integridad en la asistencia (*cuadro 2. N.11*).

Con todo ello, el foco de las CMS queda restringido a la atención a enfermedades en detrimento de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (*cuadro 2. N.12*). De hecho, algunos miembros de las CMS consideran estas últimas como “*una sobrecarga de trabajo*” y “*no aportan a satisfacer las demandas reales de la población*” (NO4). Adicionalmente, la alta rotatividad asociada a la escasez de profesionales de salud es una característica prevalente de estos equipos, los cuales deben asumir frecuentemente una reorganización en su estructura de trabajo, perjudicando la continuidad en las acciones.

Apoyo de líderes locales

En el cotidiano de la prestación de servicios fue evidente como los equipos de salud junto con los miembros de las comunidades accionan espontáneamente recursos para alcanzar los propósitos de la APS. Específicamente líderes locales, como el ‘capitán’ de la comunidad, el profesor de la escuela o el pastor de la iglesia, desempeñan un importante papel de intermediación entre los equipos y la comunidad.

El ‘capitán’, es un representante escogido por los pobladores para ejercer actividades de organización interna y relacionamiento externo con entidades gubernamentales u otras personas ajenas a la comunidad. Además de facilitar el permiso de entrada y salida al territorio, este representante presta su apoyo para captar necesidades de los usuarios, convocar a las familias en las jornadas de salud y brindar acompañamiento a los tratamientos que requieren supervisión, papel que es destacado en los discursos de profesionales y usuarios (*cuadro 2. N.13, N 14*).

En el mismo sentido, ante la ausencia del capitán, estas funciones son desempeñadas por el profesor de la escuela o el pastor de la iglesia, quienes apoyan en el relacionamiento con personas y organizaciones externas, además

de contar con amplio conocimiento sobre los miembros de la comunidad y sus condiciones de salud (*cuadro 2. N.15*).

Discusión

La mirada atenta al cotidiano de la APS expuesta aquí, no apenas como sinónimo del día a día, sino como expresión de la vivencia de usuarios y profesionales en la implantación de un nuevo modelo de salud¹¹, permite denotar los desafíos en la atención a población asentada en zonas rurales y remotas, reportados también por otros estudios^{8,12,13}, donde persiste la asistencia centrada en la enfermedad, en detrimento de las actividades que cualifican la APS.

Si bien, existe un intento por transformar este foco de atención en Guainía por medio del MIAS, el proceso de cambio es paulatino y complejo, una vez que involucra no solo las alteraciones macro-sistémicas relacionadas con las directrices impuestas por la política, sino mudanzas a nivel micro, en el cotidiano del quehacer de la APS y en las relaciones establecidas entre profesionales y usuarios^{7,14}. Es de esperarse que al ser un proceso ubicado en las primeras fases de implementación, siga siendo aún muy permeable a las prácticas desarrolladas en el modelo anterior. En el pasado, los primeros esbozos de la APS en Guainía se dieron en el ámbito del antiguo Sistema Nacional de Salud, a partir de la formulación de acciones enfocadas a la estructuración de la red de servicios, la capacitación del talento humano y la planificación de estrategias para la atención directa en los resguardos indígenas, muchas de ellas traídas de otras regiones amazónicas, como las CMS. Sin embargo, varios de estos esfuerzos, con tendencia a concretar la APS, se debilitaron con la inclusión del SGSSS, en 1993, que terminó reforzando una atención individualizada y médico-centrada, al tiempo que se mantuvo una desarticulación de la red de servicios, baja resolutivez, sistemas de información incipientes e infraestructura física inadecuada.

Esta cuestión sigue representando un desafío actual, pues la transición al nuevo modelo se complejiza en medio de un sistema de salud fragmentado y segmentado como el SGSSS. Según Moreno¹⁵ la dificultad para implementar la propuesta del MIAS en el actual SGSSS parte desde su concepción más profunda y filosófica, pues resulta contradictorio intentar conciliar un modelo basado en la APS con un sistema de salud individualista, pato-céntrico y regulado por el mercado.

Ahora bien, cabe destacar dentro de los hallazgos elementos que dificultan y favorecen los atributos de la APS². En cuanto a la accesibilidad a los servicios, se hicieron evidentes dificultades para cumplir la función de puerta de entrada para direccionar de manera efectiva el acceso a los demás puntos de la red de servicios. Aunque la residencia permanente del auxiliar de enfermería asegura horarios de atención oportuna, la continuidad de la atención se ve interrumpida por las dificultades logísticas para la remisión de pacientes, que a su vez, constituyen una barrera para el desplazamiento del gestor comunitario al área designada. Esta cuestión ha sido apuntada por estudios con poblaciones indígenas en otras regiones amazónicas de Colombia¹⁶, Brasil^{12,17,18} y Perú¹⁹, asociando las barreras en el acceso a las limitaciones en la organización y oferta de servicios a bajos ingresos, dispersión poblacional y grandes distancias geográficas. En consecuencia, tal como se observó, el auxiliar de enfermería termina haciéndose responsable de labores que van más allá de su formación, o para el caso del gestor comunitario, asumiendo sobrecarga de trabajo, lo cual es recurrente en territorios indígenas²⁰ y zonas rurales/remotas⁸, dado el aislamiento.

En lo que respecta a la longitudinalidad, como fuente regular de cuidados², se ve afectada por la alta rotatividad de profesionales de salud, principalmente en las CMS, que junto con la escasez de recursos humanos continúa siendo un problema igualmente persistente de áreas rurales remotas²¹⁻²³. Esta cuestión, a su vez, tiene repercusión en el tercer atributo de

la APS relacionado con la integralidad², pues la interrupción en la continuidad de las acciones perjudica la manutención del vínculo con los usuarios²⁴. No obstante, es de rescatar que la convivencia cotidiana del auxiliar de enfermería con la comunidad, generando espacios de ‘socialidad’⁹, acaba siendo, por el contrario, un elemento favorecedor del vínculo entre usuario y profesional de salud. Así mismo, esta condición de cercanía se refuerza con la incorporación del gestor comunitario en los equipos, quien por ser una persona residente en el resguardo indígena, conoce de primera mano las condiciones de vida de sus vecinos. Estudios reportan que las acciones favorecedoras del vínculo pueden tornar las prácticas de APS más eficaces y eficientes, al asociarse con el fortalecimiento de la relación trabajador de salud/paciente^{25,26}.

El cuarto atributo, la coordinación, entendido como la capacidad de los prestadores de APS para coordinar el uso de los servicios disponibles², se observa comprometido por las debilidades en la información y comunicación, así como las dificultades para desplazamiento del gestor comunitario en el área designada, lo que deja un vacío en el seguimiento, captación e identificación de problemas prevalentes en la población. Para optimizar el trabajo de esta agente, que como se sabe no es exclusivo de Colombia, estando presente en programas de salud en zonas rurales de países como Brasil²⁷, India²⁸ y Australia²⁹, se considera necesario estimar la proporción de usuarios a ser atendidos de acuerdo a las especificidades del territorio. En ese sentido, concordando con Lima et al.²⁷, se recomienda incorporar a programas de APS para contextos rurales menor cantidad de población bajo la responsabilidad de estos agentes, ya que, como se ha comprobado, su incorporación efectiva contribuye a satisfacer las necesidades de la población, mejorar el acceso a los servicios y abordar las inequidades en salud³⁰.

Adicionalmente, fue posible detectar estrategias que están operando

espontáneamente en el cotidiano, como el apoyo de líderes locales, las cuales, si son tomadas en cuenta, permiten propender por la democratización en las relaciones en la atención en salud y potencializar prácticas más sensibles y culturalmente adecuadas, cuestión que ha sido recomendada en el desarrollo de modelos de APS con población indígena³¹.

Finalmente, es necesario considerar la presencia de limitaciones en este estudio referentes a las dificultades para cubrir la extensión rural en su totalidad, debido a la demanda logística para el desplazamiento de investigadores y, en relación al tipo de estudio, que se propone profundizar en una realidad concreta, sin pretender la generalización a otros escenarios.

Consideraciones finales

Este estudio pretende aportar nuevas dimensiones en el entendimiento de la práctica del hacer en salud, comprendiendo el cotidiano como foco preferencial para el análisis de la APS.

Los hallazgos demuestran que, a pesar de la propuesta reestructurante traída por el nuevo modelo, persiste en las prácticas cotidianas un enfoque asistencialista, centrado en la enfermedad y basado en la lógica curativista, que continúa orientando la prestación de los servicios de salud en la región. Aunque los atributos de la atención primaria se ven comprometidos por dificultades en accesibilidad, fuerza de trabajo y coordinación de los servicios, se identificaron acciones cotidianas, manifestadas en estrategias que pueden favorecer la integralidad en la atención y aportar a la transición exitosa, como el vínculo y el trabajo junto a líderes locales.

Es esencial que los modelos de atención primaria consideren las construcciones que surgen cotidianamente y son implementadas por los actores directamente involucrados en la atención, para responder de manera efectiva y sensible a las realidades de territorios remotos

y de difícil acceso. Se considera, además necesario, para el logro este propósito, la orientación de los servicios de APS bajo un enfoque intercultural, que incluya la articulación de los conocimientos tradicionales en salud de los pueblos indígenas de la región de manera tal que contemple, por medio de un diálogo de saberes, lo que realmente ocurre en la praxis de la salud y modos de vida locales.

Colaboradores

Arias-Murcia SE (0000-0002-7015-8079)* trabajó en la investigación, recolección, análisis e interpretación de los datos. Penna CMM (0000-0001-5277-2860)* participó en la revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito para publicación. ■

Referencias

- Campos G. Prefácio. In: Mendonça M, Matta G, Roberta G, et al., organizadores. *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 15.18.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- Mendes E. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: OPAS; 2011.
- Giovanella L, Almeida PF. *Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul*. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acceso en 2021 oct 02]; 22(supl2):1-21. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BkZJXCKLpLBYrPxPs7HVYbG/?format=pdf&lang=pt>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Pílo-to de implementación en los departamentos con pobla-ciones dispersas*. Guainía: MSPS; 2015.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto No. 2561, por el cual se definen los mecanis-mos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el ase-guramiento en el Departamento de Guainía. Bogotá: MSPS; 2014.
- Fertonani HP, Pires DE, Biff D, et al. *Modelo assis-tencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira*. *Ciênc. e Saúde Colet*. 2015 [acceso en 2021 sep 11]; 20(6):1869-78. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?format=pdf&lang=pt>.
- Franco CM, Lima JG, Giovanella L. *Primary health-care in rural areas: Access, organization, and health workforce in an integrative literature review*. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acceso en 2021 sep 11]; 37(7):1-22. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/?format=pdf&lang=en>.
- Maffesoli M. *O conhecimento comum: Introdução a sociologia compreensiva*. Tradução de Aluizio Ramos. Porto Alegre: Sulina; 2010.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Nitschke RG, Tholl A, Potrich T, et al. Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e Saúde. *Texto Context - Enferm.* 2017 [acesso em 2021 sep 11]; 26(4):1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4QPWzTyMSBnX84RNqmsLMhF/?format=pdf&lang=pt>.
12. Garnelo L, Lima J, Rocha ES, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2021 ago 3]; 42(esp1):81-99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPJNj9XwDftbgS/?format=pdf&lang=pt>.
13. Scheil-Adlung X. Extension of Social Security Global evidence on inequities in rural health protection New data on rural deficits in health coverage for 174 countries International Labour Office ii Global evidence on inequities in rural health protection. 2015 [acesso em 2021 sep 8]; (47). Disponível em: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/Ressource-PDF.action?id=51297>.
14. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009 [acesso em 2021 ago 10]; 62(3):424-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B9DvnMJGvN3qXC7zdLBJ9Xd/?format=pdf&lang=pt>.
15. Moreno GA. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia ¿La solución a los problemas del sistema? *Rev médica Risaralda.* 2016; 22(2):73-4.
16. Guhl JF. Los Meandros de la Salud en la Amazonía Colombiana. [tesis]. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2018.
17. Furtado B, Lopes Neto D, Scopel D, et al. Percepção de indígenas Munduruku e equipe multidisciplinar de saúde indígena sobre resolutividade na atenção à saúde. *Enferm em Foco.* 2016 [acesso em 2021 sep 11]; (7):71-4. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/920/350>.
18. Figueira MC, Marques D, Vilela MF, et al. Fluvial family health: Work process of teams in riverside communities of the Brazilian Amazon. *Rural Remote Health.* 2020 [acesso em 2021 jul 15]; 20(3). Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5522>.
19. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, et al. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2015 [acesso em 2021 ago 20]; 38(1):49-56. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10008>.
20. Diehl EE, Follmann HBC. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto Context - Enferm.* 2014 [acesso em 2021 sep 23]; 23(2):451-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/J4B3qCQMcxm9hcvcGtwGcwN/?lang=pt&format=pdf>.
21. Diehl E, Langdon EJ, Dias-scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2012 [acesso em 2021 jul 15]; 28(5):819-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3Xt69bM6z9KWjtbSfJP3fMM/?format=pdf&lang=pt>.
22. Pitilin E, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Rev da Esc Enferm.* 2015 [acesso em 2021 oct 12]; 49(5):726-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/njKsFMymwcvM5dgmzgLLDxG/?format=pdf&lang=pt>.
23. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2018 [acesso em 2021 jul 15]; (42):1-6. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49563>.
24. Viegas SMF, Penna CMDM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene.* 2012 [acesso em 2021 oct 2]; 13(2):375-85. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3930>.

25. Ferreira MR, Santos A, Orfão N. O vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2019 [acceso en 2021 jul 10]; (32):1-9. Disponible en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9540>.
26. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Bond in health care: a systematic review of literature in Brazil*. *Acta Paul Enferm*. 2010 [acceso en 2021 jun 10]; 23(1):131-5. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf>.
27. Lima JG, Giovanella L, Rodrigues Fausto MC, et al. The work process for community health agents: Contributions to care in remote rural territories in Amazonia, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acceso en 2021 nov 10]; 37(8). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wtrkTyL7qTmDC4gqftX7B3N/?format=pdf&lang=pt>.
28. Bhatia K. Community health worker programs in India: A rights-based review. *Perspect Public Health*. 2014 [acceso en 2021 oct 18]; 134(5):276-82. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757913914543446?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed.
29. Mercer C, Byrth JJZ. The experiences of Aboriginal health workers and non-Aboriginal health professionals working collaboratively in the delivery of health care to Aboriginal Australians: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Libr Syst Rev*. 2014 [acceso en 2021 oct 8]; 12(3):274-418. Disponible en: <https://hekyll.services.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/100425/2/02whole.pdf>.
30. Scott K, Beckham S, Gross M, et al. What do we know about community-based health programs? A systematic review of existing reviews on community health workers and their integration with health systems. *Hum Resour Health*. 2018 [acceso en 2021 oct 8]; 16(1):1-17. Disponible en: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-018-0304-x>.
31. Harfield SG, Davy C, McArthur A, et al. Characteristics of Indigenous primary health care service delivery models: A systematic scoping review. *Global Health*. 2018 [acceso en 2021 oct 8]; 14(1):1-11. Disponible en: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0332-2>.

Recibido en 05/12/2021

Aprobado en 10/05/2022

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

Saúde Socioambiental na Atenção Básica: conhecimento, formação e prática

Socio-environmental Health in primary care: knowledge, training and practice

Jeffer Castelo Branco¹, Nildo Alves Batista¹, Silvia Maria Tagé Thomaz¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213410

RESUMO A exposição humana às substâncias e aos compostos químicos nocivos é uma realidade global que torna cada vez mais necessária a promoção da saúde às pessoas e comunidades expostas em seus territórios. Considerando que a Saúde Socioambiental observa o movimento dos agentes nocivos na interface ambiente-saúde-sociedade, buscou-se analisar o conhecimento, a formação e a prática das equipes da Atenção Básica com relação à Saúde Socioambiental, com foco na redução do adoecimento devido à exposição e à intoxicação por esses agentes. Utilizou-se a escala do tipo Likert sem ponto central validada por um grupo de 11 especialistas e 3 profissionais da Atenção Básica. Garantiu-se a existência de mínima dispersão com a administração do estudo e o cálculo do coeficiente de correção linear de Pearson; e boa confiabilidade por meio do teste de coeficiente de confiabilidade de Spearman-Brown, em que foi usado o Split-Half Method. A pesquisa revelou haver situação de conforto na dimensão conhecimento, perigo na dimensão formação, e atenção na dimensão prática. A formação é a única dimensão que, no resultado geral, demanda mudanças imediatas. Ainda que as dimensões conhecimento e prática profissional se apresentem, respectivamente, em situação de manutenção e aprimoramento, essas não se originam de instituições formais de ensino.

PALAVRAS-CHAVE Meio ambiente. Exposição ambiental. Atenção Primária à Saúde. Substâncias perigosas.

ABSTRACT Human exposure to harmful chemical substances and compounds is a global reality that makes health promotion increasingly necessary for the people and communities exposed in their area. Considering that socio-environmental health observes the movement of pollutants at the environment-health-society interface, an attempt was made to analyze the knowledge, training, and practice of primary care teams in relation to socio-environmental health, focusing on the reduction of diseases due to exposure and poisoning by these substances. A Likert-type scale without a central point was used, validated by a group of 11 specialists and 3 primary care professionals. Minimal dispersion was ensured by the application of the survey and the calculation of Pearson's linear correction coefficient and reliability was assessed by the Spearman-Brown's reliability coefficient, using the split-half method. The survey showed that the knowledge dimension was generally classified as in a safe situation, the training dimension as in a danger situation, and the practical dimension as in an alert situation. Training was the only dimension that required immediate change in the overall results. Although the knowledge and professional practice dimensions were in a situation of maintenance and improvement, respectively, they are not acquired in formal educational institutions.

KEYWORDS Environment. Environmental exposure. Primary Health Care. Hazardous substances.

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



Introdução

A Saúde Socioambiental (SSA) se expressa a partir do tensionamento de aspectos ambientais, sociais e econômicos, expondo relações e condições do ambiente, da saúde e da sociedade que são determinantes no processo saúde-doença. Nesse sentido, o meio ambiente é entendido como um determinante social importante nesse processo, que, em condições inapropriadas, atinge pessoas e populações. Buscam-se, por meio de processos educativos, preventivos, assistenciais curativos, sociais, aproximações para a atenção integral, incluindo a SSA, na perspectiva da sua promoção^{1,2}.

Substâncias químicas e seus compostos naturais podem gerar condições ambientais adversas e atingir os reinos vegetal, animal e mineral, podendo ser nocivas aos seres humanos. Da mesma forma, diversas substâncias sintetizadas pelo homem para as mais diversas finalidades podem ser nocivas e estar presentes em produtos alimentícios, de higiene, limpeza, vestuário, produtos farmacêuticos, que podem estar larga e globalmente presentes nos territórios, com taxas de contaminantes igualmente nocivos para o homem³.

Neste trabalho, focou-se a atenção na exposição humana às substâncias e aos compostos químicos nocivos, como a poluição em áreas contaminadas ou o uso e consumo de produtos e alimentos com teores elevados de agentes perigosos, em que se entende a necessidade de maior compreensão ecossistêmica, considerando a tríade ambiente-saúde-sociedade⁴, sobretudo na atenção primária.

A SSA é um campo eminentemente interdisciplinar que demanda a integração de diferentes áreas do conhecimento para a sua compreensão. Da mesma forma, a SSA constitui um campo de pensamento e atuação interprofissional, uma vez que demanda a atenção das diferentes áreas profissionais, especialmente da saúde. Pode-se observar que todo o espectro da exposição e o movimento dos agentes químicos perigosos no

ambiente, no organismo animal e humano, e o movimento de pessoas e populações, uma vez atingidas, demandam uma abordagem também interdisciplinar e interprofissional. Para Radicchi e Lemos⁵⁽⁷⁷⁾:

Também consensual é o reconhecimento da necessidade de se superarem os paradigmas monodisciplinares no tratamento do tema ambiental por meio de um sistemático esforço de construção de posturas interdisciplinares que signifiquem, efetivamente, interação e partilhamento, socialização de linguagens, conceitos, métodos, visão entre as ciências sociais e humanas e as ciências físicas e da vida e que devem tomar como ponto de partida a procura por referenciais e categorias filosóficas comuns coerentes.

O avanço nessa área vem desde a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, com os avanços no campo dos Direitos Humanos, aprofundados com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, e do Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), em 1972. Outro ponto de avanço foi a realização de conferências internacionais em que se iniciaram formulações de convenções e tratados internacionais, e a criação de instâncias participativas, com mandato executivo para tratar da questão química, como a Intergovernmental Forum on Chemical Safety (IFCS) e a Strategic Approach to International Chemicals Management (SAICM).

Esses espaços e instrumentos legais, entre outras questões ambientais e de saúde, buscam o controle de mais de 160 milhões de produtos químicos, dos quais, cerca de 40 a 60 mil estão presentes no comércio mundial. Esse controle se faz necessário em função das estimativas da Organização Mundial da Saúde⁶, de que 24% das mortes são atribuíveis a riscos ambientais.

A OMS revela, ainda, que, aproximadamente, 7 milhões de mortes prematuras

todos os anos por acidente vascular cerebral, cardiopatia isquêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer do pulmão e infecções respiratórias agudas são devidas aos efeitos combinados da poluição do ar ambiente (exterior) e do ar interior (doméstico). Os elementos nocivos da poluição são as substâncias químicas livres ou adsorvidas no material particulado.

A despeito desses avanços no controle, as questões ambientais não são habitualmente curriculares na educação básica, sendo geralmente introduzidas de forma transversal⁷ e nos cursos de graduação, que, na sua maioria, possuem um forte enfoque disciplinar⁸. Isso pode ter relação com a pouca resolubilidade na complexa questão saúde-ambiente, sobretudo no que concerne à exposição humana aos agentes químicos nocivos presentes cotidianamente nos mais variados territórios e compartimentos ambientais.

Criadas em 1999, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), passando a ser geridas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) em 2004, a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM) e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (CGST), do Ministério da Saúde, desenvolveram diversas atividades afins no campo da saúde ambiental, resultando na primeira Conferência Nacional de Saúde Ambiental, no ano de 2009. Dessa experiência se vem buscando aprofundar os estudos para a melhoria da atenção às pessoas e populações atingidas pela exposição e intoxicação às substâncias e aos compostos químicos.

Tanto em âmbito nacional quanto internacional, políticas importantes vêm sendo desenvolvidas para a atenção às doenças de origem ambiental. É na atenção primária, no seu contato direto com o território, com os ambientes, que 80% dos problemas de saúde têm sido resolvidos⁹.

No entanto, ainda não há políticas eficazes para redução e eliminação da exposição humana às substâncias e aos compostos químicos nocivos nesses territórios, bem como das mais variadas formas de contato. Da

mesma forma, há carência de procedimentos específicos para diagnóstico e tratamento dos seus efeitos na saúde e para o cuidado social necessário às pessoas e populações atingidas. Entende-se que são necessárias ações mais complexas e efetivas de vigilância em saúde ambiental e socioassistencial para a promoção de uma mudança de paradigma com relação à exposição química humana.

Embora exista um centro de controle de intoxicações na região deste estudo, a Baixada Santista, no estado de São Paulo, esse é voltado para atendimento por telefone, com prestação de esclarecimentos à população que o procura e auxílio aos profissionais de saúde nos primeiros socorros, com prescrição do tratamento terapêutico adequado para cada tipo de substância tóxica¹⁰.

A Atenção Básica (AB), com a possibilidade de vínculo, aproximação, acolhimento, escuta e prática interprofissional esperada na atenção primária e na estratégia da saúde da família, pode desempenhar um papel ímpar na dinâmica socioambiental e psicossocial das comunidades, com uma abordagem em saúde integral mais qualificada, sobretudo com relação a uma segurança química na prática centrada na pessoa com vistas à promoção da saúde.

Tomando por base tais constatações e o conhecimento acumulado sobre os efeitos da exposição a agentes químicos nocivos à saúde humana, entende-se que pode ser aprimorada a atuação prática na atenção à saúde na perspectiva da SSA nos territórios, fazendo parte de uma vigilância em saúde mais ostensiva, a fim de controlar, reduzir e eliminar o adoecimento por essas causas. Radicchi e Lemos⁵⁽⁷⁴⁾ relembram que:

A atuação do setor saúde no ambiente depende de atuação intra e intersetorial baseada no conhecimento do assunto, o que não é nem um pouco simples, até mesmo pela interdisciplinaridade que é exigida para a sua caracterização. Não podemos esquecer também que o setor saúde, principalmente a equipe de Saúde da Família, baseada na sua atuação direta no território,

tem um papel muito importante na identificação dessas situações de risco, de forma a promover essa atuação intra e intersetorial com vistas a eliminar ou reduzir os riscos destacados, como forma de promoção e prevenção da saúde dos grupos populacionais relacionados direta ou indiretamente com as adversidades ambientais percebidas.

Neste artigo, objetiva-se analisar o conhecimento, a formação e a prática das equipes da AB com relação à SSA, com foco na redução do adoecimento devido à exposição e à intoxicação por substâncias e compostos químicos nocivos. Parte-se da hipótese de que os profissionais da AB não possuem um conhecimento formal e sistematizado em SSA e não receberam uma formação específica sobre a temática. Conseqüentemente, a prática de atenção à SSA não acontece de maneira efetiva com vistas aos objetivos de promoção da saúde no SUS.

Metodologia

Uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagens qualitativa e quantitativa, permeou esta investigação, conduzida junto à AB e à Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios de Santos, São Vicente e Cubatão, que, juntos, representam 50% da população da região metropolitana da Baixada Santista, SP (região que engloba nove municípios e comporta uma população total de 1.865.397 de habitantes)¹¹.

Nos três municípios, foram visitadas 86 Unidades Básicas de Saúde, das quais, 3 são de serviços específicos odontológicos, em 79 localidades, contando com a participação de 869 profissionais (44,04% do efetivo informado). Desses, 42,58% foram agentes de saúde, 29,80% técnicos e 27,62% profissionais graduados¹².

Busca-se compreender que conhecimentos os profissionais da AB possuem sobre a SSA, considerando os aspectos da exposição e da intoxicação química em seus territórios (ambiente, produtos, alimentos), tangenciando

temas como: fontes, rotas e pontos de exposição, contato e vias de penetração; intoxicação crônica e a cronicidade das intoxicações; patologias decorrentes da exposição; repercussões dos consequentes danos sociais e econômicos desencadeados pelo processo de intoxicação; acesso e conhecimento sobre o conteúdo de Convenções Internacionais a respeito da temática.

Também foi investigado como esse conhecimento é aplicado na prática profissional, bem como a existência de políticas e procedimentos específicos para atuação em demanda de danos e doenças causadas pela exposição às substâncias, aos compostos e produtos químicos; as dificuldades técnicas e profissionais para identificar e encaminhar casos suspeitos; a investigação do processo de adoecimento dos usuários quanto à origem em sua ocupação profissional; a existência de conhecimento e acesso à rede de diagnóstico e monitoramento de populações em estado de vulnerabilidade e expostas às substâncias químicas.

Por fim, investigaram-se as disponibilidades técnicas e profissionais para identificar e encaminhar casos suspeitos ou confirmados; a realização de histórico espacial e temporal no processo de acompanhamento específico do caso e as possibilidades reais de cooperação entre os profissionais.

Para abordagem do público-alvo, foi adotada uma escala atitudinal do tipo Likert, um instrumento psicométrico de medição. Para a elaboração e aplicação dessa escala, bem como para a análise dos dados, adotou-se o organograma de Pasquali¹³, que utiliza três procedimentos: Teórico, Experimental e Analítico.

A escala foi elaborada com quatro alternativas, não possuindo um ponto neutro (p. ex., não sei). A escolha da ausência do ponto neutro se deu para evitar o 'viés da tendência central', isto é, quando os respondentes, por fadiga ou para evitar se comprometerem com uma opinião, selecionam uma opção intermediária incontestável¹⁴. Essa opção garantiu uma maior consistência interna da escala, bem como sua estabilidade e validade¹⁵.

A sistematização da base teórica e os objetivos da pesquisa conduziram à identificação de três dimensões: conhecimento, formação e prática dos profissionais da AB, com a elaboração da escala a partir dos 12 critérios apresentados por Pasquali^{15,16}, quais sejam: comportamento, objetividade e desejabilidade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, amplitude, equilíbrio, variabilidade, modalidade, tipicidade e credibilidade.

Na elaboração das assertivas, atribuiu-se maior pontuação às respostas concordantes com o melhor conhecimento, formação e prática dos profissionais a respeito de SSA¹⁷. A escala foi validada por um grupo de 11 juízes, composto por profissionais de reconhecido saber na área, dois com pós-doutorado, seis com doutorado, dois com mestrado e um graduado. Desse grupo, sete são professores universitários, quatro graduados em medicina, dois em engenharia, um em direito e um em química (com licenciatura em história e geografia).

Os juízes analisaram as 30 assertivas inicialmente propostas e randomizadas da escala, selecionando as opções quanto à ‘dimensão’ a

que pertencia, à ‘pertinência’ e à ‘clareza’. No formulário, ao final de cada assertiva com as opções, havia um espaço destinado à justificativa nos casos em que as respostas aos itens pertinência e clareza fossem inadequadas ou totalmente inadequadas.

Considerou-se que assertivas com índice de concordância \geq a 70% seriam mantidas sem necessidade de ajustes; nas com índice $<$ que 70%, o item seria mantido, fazendo-se as adequações propostas; e as assertivas com índice $<$ que 40% seriam eliminadas.

Os juízes realizaram diversas contribuições à semântica das assertivas, melhorando significativamente o fator clareza e, por conseguinte, a qualidade do instrumento. Essas contribuições foram, também, determinantes para a inclusão de mais uma assertiva à escala final. Essa nova versão foi submetida à avaliação semântica realizada por um grupo de três juízes, um agente, um técnico e um profissional graduado de um dos serviços participantes, que apresentaram contribuições, resultando na substituição de duas palavras. Como resultado, obteve-se a versão final da escala (*quadro 1*).

Quadro 1. Escala tipo Likert, versão final randomizada

1C*	Entendo que a Saúde Socioambiental é uma área da saúde que se preocupa com o estado físico, mental e socioeconômico das pessoas, que podem adoecer por causas ambientais, sociais, políticas e econômicas.
2F*	Durante a minha ‘formação’, não recebi conteúdos suficientes sobre possíveis formas de exposição e vias de penetração no organismo (pele, mucosa, respiração, ingestão) de elementos ou substâncias químicas nocivas.
3P*	No desenvolvimento das minhas atividades profissionais, são aplicados procedimentos específicos para identificar, nos territórios (moradia, estudo, trabalho e lazer), as formas e vias de exposição às substâncias químicas ambientais (ar, solo, água, plantas e animais).
4P	É de muita relevância aumentar a atenção em saúde das pessoas cujo território (moradia, estudo, trabalho e lazer) é de intensa poluição.
5C	As pessoas e comunidades sofrem exposição cotidiana a elementos e substâncias químicas presentes no ambiente em que vivem (no ar, solo e água de beber; nos alimentos e produtos de uso e consumo pessoal).
6P	No desenvolvimento das minhas atividades profissionais, são aplicados procedimentos específicos para identificar, nos territórios, os processos de adoecimento devido a exposição às substâncias químicas oriundas do consumo de alimentos ou do uso de produtos químicos.
7P	No acompanhamento do usuário suspeito de adoecimento por causas ambientais, é realizado um histórico de vida contado pelo usuário e anexado ao prontuário (narrativa).
8C	O adoecimento devido à exposição e/ou ao contato direto com substâncias e produtos químicos nocivos pode causar danos sociais e econômicos às pessoas acometidas, e precisa ser evitado.

Quadro 1. (cont.)

9C	Na minha percepção, a população, em geral, não sabe avaliar se os alimentos ou produtos vendidos oferecem risco quanto à presença de agentes químicos nocivos (frutas, verduras, legumes, peixes, tintas, solventes, produtos de higiene e limpeza etc.).
10P	Eu não acesso regularmente, para baixar ou enviar informações, o Sistema de Monitoramento de Populações Expostas a Agentes Químicos (Simpeaq) ou outro sistema similar.
11P	Na rede de saúde, há um procedimento para o encaminhamento de pacientes suspeitos de intoxicação química de origem ambiental.
12C	Eu não tenho conhecimento sobre quais patologias podem ser causadas pela exposição e/ou contato com elementos ou substâncias químicas nocivas presentes em produtos e alimentos de uso e consumo diários.
13F	Considero que existem lacunas importantes em minha formação sobre o processo de adoecimento causado pela presença de substâncias químicas em alimentos e produtos de uso e consumo diários.
14P	No local onde eu desenvolvo o meu trabalho, há uma política específica para a disseminação de conhecimentos e atuação sobre os danos e doenças causados pela exposição às substâncias e aos produtos químicos.
15F	Nos cursos oferecidos no meu local de trabalho, não há conteúdos suficientes sobre os adoecimentos causados pela poluição ambiental.
16F	Durante a minha graduação, não recebi conteúdos suficientes sobre as patologias que podem decorrer da exposição e do contato com elementos e/ou substâncias químicas.
17C	As intoxicações crônicas devido a exposição às substâncias e aos produtos químicos tóxicos podem causar prejuízos durante toda a vida.
18P	Eu não conheço procedimentos de encaminhamento para a Rede de Saúde pelos quais o paciente possa ser atendido em tempo hábil, para que seja diagnosticada a intoxicação ou não por agentes ou substâncias químicas.
19P	No local onde eu desenvolvo o meu trabalho, durante as reuniões técnicas ou palestras, frequentemente, abordam-se temas sobre possíveis fontes de emissões e de locais de exposição e de contato com as substâncias químicas capazes de provocar adoecimento das pessoas nos territórios.
20P	Na unidade onde eu trabalho, não há instruções de como proceder em casos de queixas de doenças suspeitas de serem decorrentes de exposição às substâncias químicas (ambiente, alimentos, produtos).
21C	Eu conheço os conteúdos da Convenção de Estocolmo sobre poluentes orgânicos persistentes e da Convenção de Minamata sobre o mercúrio, que servem para o controle de determinadas substâncias químicas perigosas.
22P	Nas equipes de Saúde da Família, os problemas relacionados ao adoecimento por causas ambientais, como a exposição às substâncias químicas tóxicas, são sempre discutidos entre os profissionais, e, quando necessário, com toda a equipe.
23C	Eu preciso de mais subsídios para poder intervir nos problemas decorrentes da disseminação de substâncias e produtos químicos nocivos no meio ambiente, e nos produtos e alimentos de uso e consumo diários.
24F	Nos cursos oferecidos no meu local de trabalho, não há conteúdo suficiente sobre o adoecimento advindo da exposição ou do contato com as substâncias químicas presentes em alimentos e produtos de uso diário.
25P	No local onde eu desenvolvo o meu trabalho, não há material técnico disponível para consulta, com informações específicas sobre doenças, danos sociais e econômicos causados pela exposição às substâncias e aos produtos químicos.
26P	Durante o acompanhamento dos usuários ou das populações, não se investiga se os casos de adoecimento têm origem no trabalho ou na ocupação profissional dos usuários.
27F	Considero que existem lacunas importantes em minha formação sobre o processo de adoecimento por exposição química presente na poluição ambiental.
28P	No local onde eu desenvolvo o meu trabalho, nas reuniões técnicas ou palestras, frequentemente, são abordados temas sobre os danos e as doenças causadas pela exposição a agentes e produtos químicos.
29F	Durante a minha 'formação', não recebi conteúdos suficientes sobre produtos domésticos de uso diário que podem conter substâncias químicas em quantidades que são nocivas à saúde humana.

Quadro 1. (cont.)

30P	Na minha atividade profissional, eu tenho dificuldade de verificar se as queixas de doenças relatadas pelos usuários são advindas da exposição às substâncias químicas (ambiente, alimentos, produtos).
31F	Durante a minha 'formação', não recebi conteúdos suficientes sobre as fontes e os possíveis locais de exposição a elementos ou substâncias químicas nocivas.

Fonte: elaboração própria.

*Conhecimento (C), Formação (F), Prática (P).

O instrumento foi disponibilizado a todos os profissionais da AB, objetivando atender a, no mínimo, 100 sujeitos por fator/dimensão, ou 10 sujeitos para cada item do instrumento, totalizando 310 participantes¹³. A coleta de dados teve início em julho e término em novembro de 2019, diretamente nas Unidades Básicas de Saúde, por meio de formulários impressos que continham 18 perguntas para a caracterização dos participantes e as 31 assertivas da escala.

Para assegurar a existência de mínima dispersão de respostas, foi utilizado o estudo e o cálculo do coeficiente de correção linear de Pearson, descartando-se as assertivas que obtiveram uma correção linear inferior a 0,30 na primeira administração e de 0,20 na segunda administração.

A confiabilidade da escala foi aferida por meio do teste de coeficiente de confiabilidade de Spearman-Brown, usando o Split-Half Method, em função de uma única aplicação do instrumento junto ao público-alvo. Para a validação das assertivas, foi utilizado o cálculo de correção linear de Pearson, atingindo um coeficiente de confiabilidade de 88% (0,84 para os agentes, 0,90 para os técnicos e 0,86 para os graduados).

As médias das dimensões e das assertivas individualmente foram classificadas em três níveis: 'perigo', para as assertivas com média entre 1 e 1,99, indicando situações que requeriam mudanças imediatas; 'alerta', para as assertivas com pontuação entre 2 e 2,99, com situações que indicavam aprimoramento; e 'conforto', para as assertivas com pontuação entre 3 e 4, situação que requeria apenas manutenção.

Aplicaram-se o teste de Kruskal-Wallis e, como suporte nessa tarefa, o *software* 'AS', que retorna com comparações múltiplas e controle da FWER (*family-wise error rate*): 0,05 pelo método de Bonferroni. Comparações múltiplas com controle de FWER, pelo método de Bonferroni, evitaram a probabilidade de cometerem-se erros do tipo I (rejeitar a hipótese zero, quando ela é verdadeira) ou do tipo II (aceitar a hipótese zero, quando ela é falsa).

Para as comparações entre os três grupos, foi aplicado o teste de Mann-Whitney com suporte do *software* 'MTB', um teste não paramétrico que testa a hipótese nula contra a alternativa e possibilita a realização do teste par-a-par da população (agente/técnico – agente/graduados – técnicos/graduados).

O presente trabalho seguiu os procedimentos éticos para sua consecução, sendo submetido ao Conselho de Ética da Unifesp, via plataforma Brasil, recebendo aprovação em 12/02/2019. Foi também submetido à aprovação das Secretarias de Saúde de Santos, São Vicente e Cubatão, sendo aprovado. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Obtiveram-se respostas de 869 profissionais da AB dos municípios investigados, que, após análise e eliminação das inconformidades (rasuras, respostas duplas, sem respostas), totalizaram uma população de 732 escalas

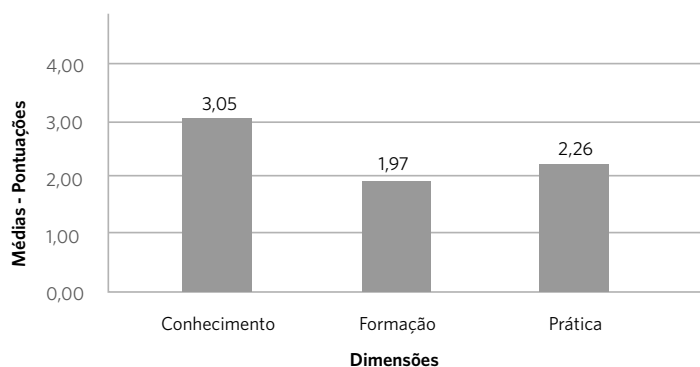
preenchidas. Dessas, 77% dos agentes comunitários de saúde, 92% dos técnicos e 75% dos graduados se declararam do sexo feminino. Quanto à formação, 43% dos agentes e 70% dos técnicos possuíam nível superior; entre os graduados, 12% possuíam mestrado e 1% doutorado.

Entre os agentes, 62,70% declaram possuir nível técnico ou superior, 17,84% nível básico ou médio e 19,46% não responderam. Entre os técnicos, 78,60% se declararam da área de enfermagem, 19,84% da saúde bucal, 1,56% da área de farmácia. Entre os graduados, 19,67% se declararam da área da medicina, 42,26% da enfermagem, 24,27% da odontologia, 2,93% da

farmácia, 1,67% da psicologia, 1,26% do serviço social, 0,84% da nutrição, 0,84% da fisioterapia, 0,84% da pedagogia e 5,44% de outras profissões.

Na análise conjunta das 31 assertivas, a dimensão conhecimento foi classificada em situação de conforto, com média de 3,05; a dimensão formação foi classificada em situação de perigo, com 1,97; e a dimensão prática foi classificada em situação de alerta, com uma média de 2,26 (*gráfico 1*). Ainda na análise conjunta das 31 assertivas, 19,35% encontram-se em situação de conforto; 40,38% em situação de alerta; e 32,27% em situação de perigo.

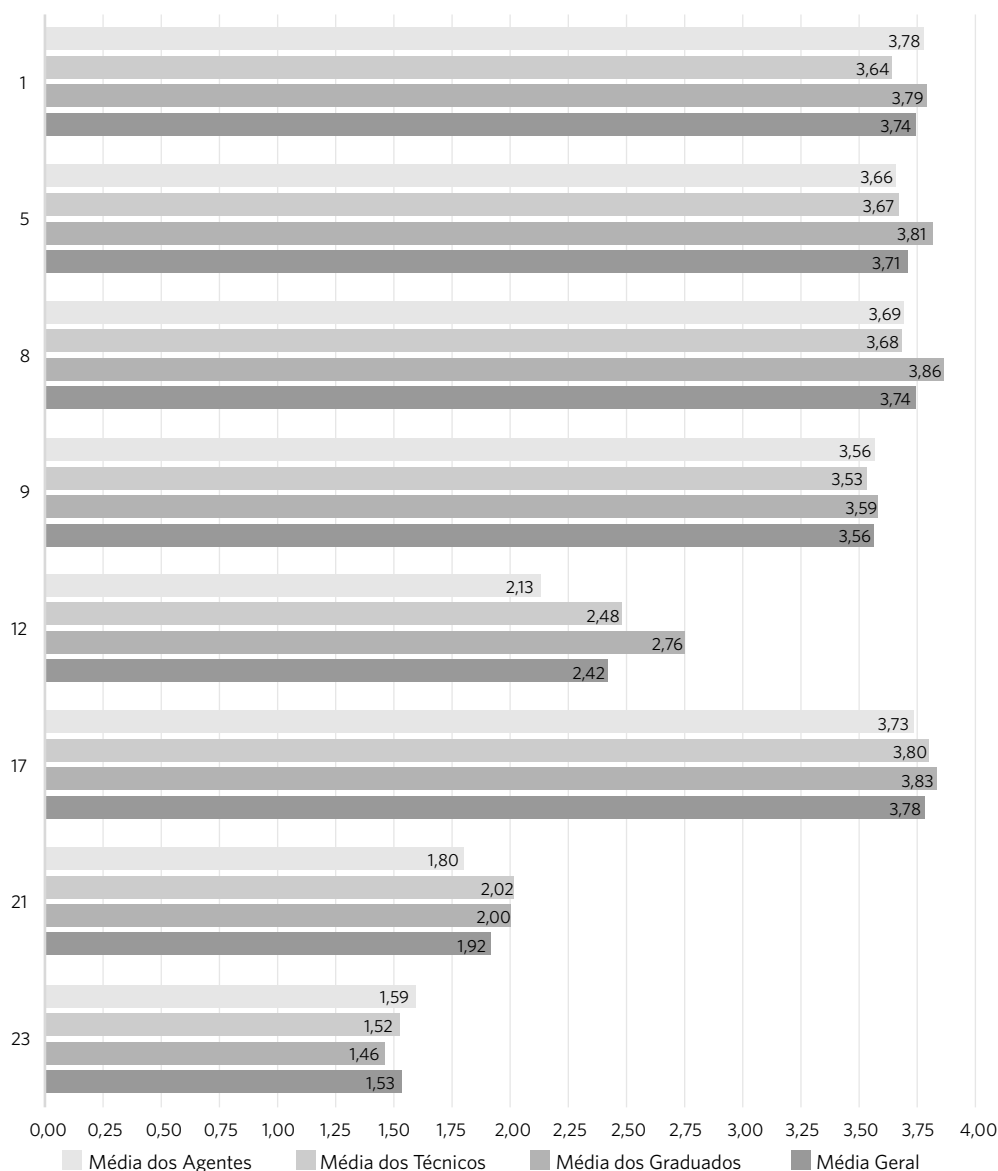
Gráfico 1. Classificação geral das dimensões - Municípios: São Vicente, Santos, Cubatão. SP/Brasil



Em análises mais detalhadas por dimensão, iniciando pelo conhecimento, observam-se cinco assertivas em situação de conforto, com pontuações médias de 3,74; 3,71; 3,74; 3,56; 3,78, uma assertiva em situação de alerta, com pontuação média de 2,42, e duas assertivas em situação de perigo, com pontuações médias de 1,92 e 1,53 (*gráfico 2*). Aplicou-se o teste de hipótese de Kruskal-Wallis, considerando-se as respostas dos três grupos de profissionais. O teste apresentou

um qui-quadrado de 4,912128092, dois graus de liberdade e P-valor de 0,085771882, concluindo que as diferenças entre as medianas não são estatisticamente significativas. Os agentes, técnicos e graduados concordaram conjuntamente cinco vezes em situação de conforto, uma vez em situação de alerta e uma vez em situação de perigo; discordaram apenas uma vez em situação de perigo, mas com pontuações bem próximas aos limites.

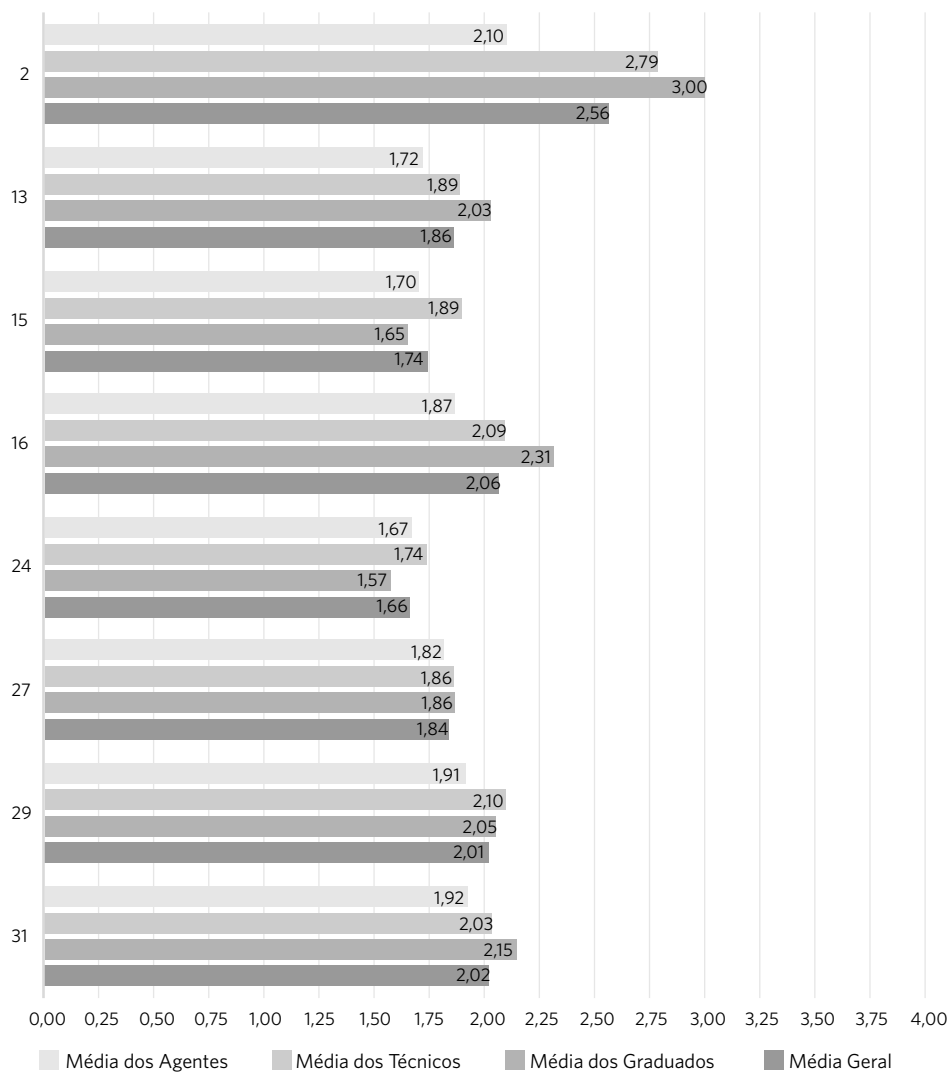
Gráfico 2. Média geral por grupos de profissionais na dimensão conhecimento



A dimensão formação, em uma situação geral de perigo, não apresentou nenhuma assertiva em situação de conforto, quatro em situação de alerta, com pontuações médias de 2,56; 2,06; 2,01; 2,02, e quatro em situação de perigo, com pontuações médias de 1,86; 1,74; 1,66; 1,84 (gráfico 3). Pelo teste de

hipótese de Kruskal-Wallis, considerando as respostas dos três grupos, foram obtidos um qui-quadrado de 70,39659708, dois graus de liberdade e P-valor de 5,17098E-16, concluindo que as diferenças entre as medianas são estatisticamente significativas entre agentes e técnicos e agentes e graduados.

Gráfico 3. Média geral por grupos de profissionais na dimensão formação



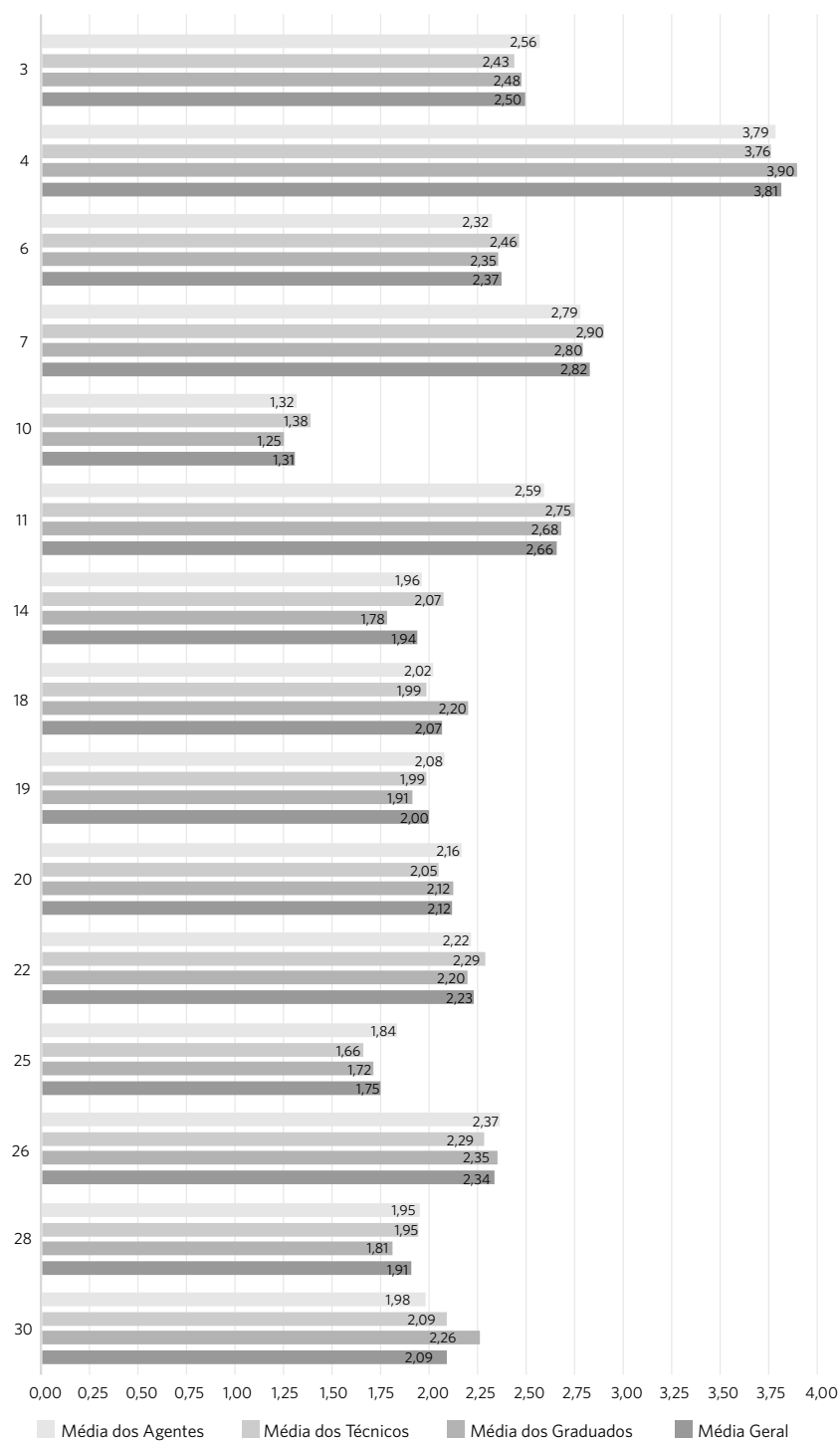
Nessa dimensão, os agentes, técnicos e graduados concordaram conjuntamente apenas três vezes em situação de perigo. Entende-se que se obteve acentuada diferença, portanto, um nível baixo de concordância entre os profissionais, devido à pontuação elevada dos graduados em relação aos agentes em assertivas específicas, tais como conhecer doenças que podem ser causadas pela exposição, locais e fontes de exposição, situação que pode ter sido amenizada devido à percentagem alta de profissionais graduados atuando na função de agentes e técnicos.

A análise da dimensão prática, em situação geral de alerta, apresentou uma assertiva em situação de conforto, com pontuação de 3,81, dez em situação de alerta, com pontuações médias de 2,50; 2,37; 2,82; 2,66; 2,07; 2,00; 2,12; 2,23; 2,34; 2,09, e quatro em situação de perigo, com pontuações médias de 1,31; 1,94; 1,75; 1,91 (*gráfico 4*). Pelo teste de hipótese de Kruskal-Wallis, foram obtidos um qui-quadrado de 7,648232363, dois graus de liberdade e P-valor de 0,021837728, concluindo que as diferenças entre as medianas são estatisticamente significativas entre

técnicos e graduados. Nessa dimensão, os agentes, técnicos e graduados concordaram conjuntamente uma vez na situação de

conforto, nove vezes em situação de alerta, e duas vezes em situação de perigo.

Gráfico 4. Média geral por grupos de profissionais na dimensão prática



Discussão

Entende-se que a escala tipo Likert propiciou uma boa aproximação com a temática, analisando as dimensões em conjunto e por nível de formação, o que, dialogando com o referencial teórico, permitiu melhor compreensão dos fenômenos.

Observou-se que os três níveis de profissionais da AB estudados (agentes, técnicos, graduados) apresentam conhecimentos de que há presença de agentes químicos nocivos nos mais variados compartimentos ambientais, assim como em produtos e alimentos, e que a exposição humana a eles pode causar adoecimento. No entanto, eles não possuem um conhecimento sistematizado sobre SSA, bem como sobre as doenças que podem ser desenvolvidas em decorrência da exposição e de seus agravos. Concordam que populações estão expostas, mas que as pessoas não têm conhecimento dessa situação nem dos meios de identificação de riscos de forma que possam evitá-los ou reduzi-los.

A pesquisa mostrou, também, que os profissionais não acessam e nem são informados sobre o conteúdo das convenções internacionais, como a de Estocolmo, sobre Poluentes Orgânicos Persistentes, e a Convenção de Minamata, sobre mercúrio, cujos objetivos são a proteção da saúde humana e do meio ambiente.

Existem lacunas na formação profissional sobre locais e fontes de exposição aos agentes químicos nocivos, assim como sobre suas vias de penetração no organismo e as patologias decorrentes disso. Tais conteúdos e suas relações não são adequadamente desenvolvidos, tanto na formação inicial como na continuada. Essa percepção ocorre para todos os níveis de formação (agentes, técnicos e graduados).

Os profissionais expressam, também, que, apesar da relevância de se aumentar a atenção à saúde das pessoas nos territórios, é necessário aumentar a frequência com que se abordam e discutem, em reuniões

técnicas, essas temáticas, bem como a frequência de publicação de materiais didáticos e a realização de palestras e afins. Salientam, ainda, a necessidade de uma política específica para a disseminação de conhecimentos nessa área.

Entre as várias ações no âmbito da formação e do desenvolvimento dos profissionais da AB, está a capacitação para reconhecimento e manejo de casos de intoxicação, destacando a necessária prevenção e identificação de casos de exposição crônica, promoção de mudanças nos currículos de cursos das diversas áreas afins e promoção de uma formação transdisciplinar integrando as áreas da saúde, educação, meio ambiente e ciências.

Entende-se que sem o pensamento e uma atuação complexa, sem a união de saberes¹⁸ e sem uma atuação interprofissional¹⁹, a promoção da saúde não expressa todo seu potencial e a efetiva segurança química na contemporaneidade.

Na prática, independentemente do nível de formação, os profissionais expressam falta de procedimentos para identificação das formas e vias de exposição às substâncias químicas ambientais, assim como do consumo de alimentos ou do uso de produtos contaminados ou com níveis elevados de substâncias e compostos químicos não adequadamente testados ou perigosos. Faltam procedimentos ou protocolos para casos suspeitos de estarem relacionados a exposição às substâncias químicas, prejudicando o encaminhamento para o diagnóstico. Referem, ainda, que há escassez de anotações nos prontuários dos usuários de maneira que se possa ter e manter dados que permitam estabelecer um histórico de vida e exposição dos usuários.

Esses dados remetem a uma maior discussão da SSA no âmbito da própria Política Nacional de Atenção Básica, expressa na Portaria nº 2.436/2017²⁰, que deve considerar:

[...] a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde – a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde – além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Importante também refletir sobre os apontamentos de Radicchi e Lemos⁵ ao salientarem que, no enfrentamento dos determinantes socioambientais e na prevenção dos agravos decorrentes da exposição humana a ambientes adversos, promover a saúde humana e

colaborar na proteção do meio ambiente pode se dar também por meio de um conjunto de ações específicas e integradas que envolvam organizações governamentais e não-governamentais da sociedade civil⁵⁽³⁰⁾.

Augusto⁴ salienta que, na AB, o conceito de território deveria ter um sentido mais amplo que aquele restrito à organização das atividades prescritas à sua equipe, com critérios de cobertura estabelecidos, em que até a esperada horizontalidade mediante a articulação das redes sociais locais não ocorre, avançando pouco no seu potencial de cumprir as ações relacionadas à promoção, proteção e cuidados da saúde e à prevenção das situações de risco presentes no ambiente onde vivem e trabalham as pessoas.

Nesse sentido, Rigotto et al.²¹ comentam sobre a importância do diálogo com saberes dos territórios, por meio de uma aliança necessária, solidária e confiante, entre técnicos, cientistas atuantes em universidades e Organizações Não Governamentais (ONGs), com populações e movimentos sociais, para superar a pretensa superioridade, objetividade e neutralidade de certas práticas que

promovem uma verdadeira epistemologia da cegueira.

Para superar esse modelo, o autor propõe a participação social efetiva na construção de um plano nacional de enfrentamento ao uso dos agrotóxicos e seus impactos na saúde e no meio ambiente, e alerta para os desafios toxicológicos com ampliação da rede de laboratórios de referência, novos indicadores de exposição, avaliação de múltipla exposição e a formação e capacitação de profissionais para os serviços de saúde.

Alonzo e Costa²² salientam que, sem percebermos, estamos expostos às substâncias, aos produtos e contaminantes químicos (medicamentos, gasolina, agrotóxicos), portanto, são necessárias a formulação e a implementação de políticas para a concretização de práticas de promoção da saúde, incluindo prevenção, recuperação, reabilitação e vigilância. Salienta, também, que, no processo de trabalho, essas práticas são integradas e contínuas, mas que, por questões didáticas, são apresentadas de forma separada. O autor enfatiza o cuidado integral, tendo em vista que, para discutir o monitoramento ambiental, é necessário um olhar ampliado e uma análise conjunta de indicadores que mostrem a inter-relação de saúde e ambiente, e acrescenta que as fontes de dados e os setores envolvidos ainda estão distantes de um modelo para essa abordagem.

Entende-se que os resultados da presente pesquisa vão ao encontro das reflexões de Augusto⁴, Rigotto et al.²¹ e Alonzo e Costa²², sinalizando na direção do necessário fortalecimento da Promoção da Saúde na ampliação da vigilância, sobretudo na AB, com vistas a uma atenção integral de saúde que incorpore um olhar mais atento e crítico sobre as substâncias químicas e seu preparo, especialmente distribuídas como mercadoria ou contaminantes nos mais variados produtos.

Nessa seara, é importante formar e capacitar os profissionais da AB para conhecerem como as substâncias são extraídas, usadas como produtos ou utilizadas como

matérias-primas nos mais variados processos, permitindo a síntese de novos produtos e compostos químicos, dos quais, muitos são distribuídos sem que se tenha um exame toxicológico completo. Além disso, conhecer os locais, meios de exposição e contato, como se introduzem no organismo: inalados, ingeridos ou absorvidos através da pele, como se distribuem no corpo e atingem órgãos-alvo, quais os sintomas e como se estabelece o processo de adoecimento. E, por fim, quais são os meios que pessoas e populações possuem para buscar ajuda e o quanto esses meios estão preparados para prestar a assistência necessária.

Nesse processo, um ponto importante é o monitoramento com uma equipe treinada para coletar dados nos territórios, introduzi-los no sistema e analisá-los de maneira que se possa tomar decisões, visando, sobretudo, à prevenção, e a que se busque o caminho da efetiva proteção ambiental e da saúde de pessoas e populações.

Conclusões

As respostas trazidas por esta investigação sinalizam:

A SSA requer profissionais com um olhar mais atento para a exposição humana às substâncias e aos compostos químicos nocivos.

Existe necessidade de uma abordagem mais ampliada, interdisciplinar e interprofissional para a questão ambiente-saúde-sociedade com relação à exposição e ao processo de intoxicação química, na atenção à SSA.

O processo formativo em SSA na AB, tanto inicial como permanente, deve preparar profissionais para uma prática mais atenta e para uma atuação mais eficiente e eficaz.

É necessária a disponibilização de procedimentos de atenção e monitoramento para acompanhar, nos territórios, os casos suspeitos de exposição a agentes químicos nocivos.

Enfim, esta pesquisa apontou como necessário aumentar a atenção relacionada à exposição química nos territórios, sugerindo mudanças imediatas com vistas à implantação de um sistema mais ágil e operacional de informação e acompanhamento de populações no que diz respeito à exposição química; bem como na elaboração de políticas de educação permanente que contemplem essas discussões, com reuniões de discussão de casos e elaboração e disponibilização de materiais instrucionais sobre SSA nos equipamentos da AB.

Entende-se que a formação e a capacitação dos profissionais para uma atenção integral à saúde que considere a prevenção e a precaução para a segurança química têm que atingir, da mesma forma, todos os profissionais da AB (agentes, técnicos e graduados), assim como na atenção secundária e terciária, propiciando que todos tenham acesso ao mesmo conhecimento e à mesma compreensão dos fenômenos, de suas raízes e de como tratá-los, guardando em cada um dos níveis de formação a prática diferenciada efetiva da ação profissional que lhes cabe no âmbito de suas atuações.

Colaboradores

Castelo Branco J (0000-0003-1479-3745)*, Batista NA (0000-0002-5538-7447)* e Thomaz SMT (0000-0002-5766-1374)* contribuíram igualmente para todas as etapas de elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Ferretti N. Saúde socioambiental e conselho local de saúde: um estudo no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande/RS. [dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2009. 122 p. [acesso em 2021 out 5]. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2402/nadia%20ferretti.pdf?sequence=1>.
2. Castelo Branco J. Convenção de Estocolmo Sobre Poluentes Orgânicos Persistentes: Impactos Ambientais, Sociais e Econômicos Associados. [dissertação]. Diadema: Universidade Federal de São Paulo; 2016. [acesso em 2021 out 6]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/46547>.
3. Organização Mundial da Saúde. Substâncias químicas perigosas à saúde e ao ambiente. Programa Internacional de Segurança Química. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2008. [acesso em 2021 out 11]. Disponível em: https://www2.unesp.br/Home/costsa_ses/20110610_084213.PDF.
4. Augusto SGL. Inter-relações entre a Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica de Saúde no SUS. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. I Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Rio de Janeiro: Abrasco; 2009. p. 105-108 [acesso em 2021 out 5]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_7832566.pdf.
5. Radicchi ALA, Lemos AF. Saúde Ambiental. Belo Horizonte: Coopmed; 2009. [acesso em 2020 jul 11]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3913.pdf>.
6. Organização Mundial da Saúde. Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment. Geneva: WHO; 2022. [acesso em 2022 abr 11]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1416445/retrieve>.
7. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2013. [acesso em 2021 out 10]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13448-diretrizes-curriculares-nacionais-2013-pdf&Itemid=30192.
8. Pereira KAB, Bittar M, Grigoli JAG. Transversalidade e a interdisciplinaridade em educação ambiental: uma reflexão dentro da escola. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; [2007]. [acesso em 2021 out 5]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/storage/26/7731151/1657204111/y6A-3mzADgbc0IFeZYGaZyQ/7731151.pdf>.
9. 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 [acesso em 2020 jul 27]; 38(esp):252-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe0252.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Disque-intoxicação. Anvisa. 2020. [acesso em 2021 fev 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/agrotoxicos/disque-intoxicacao>.
11. Brasil. Ministério da Economia. Cidades Cubatão, Santos, São Vicente - SP, 2010, 2017, 2019. Brasília, DF: IBGE; [s.d.]. [acesso em 2019 nov 17]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor AB. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [s.d.]. [acesso em 2021 nov 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>.
13. Pasquali L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L, organizador. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
14. Achilleas Kostoulas. Applied Linguistics & Language Teacher Education. How to use Likert scales effectively. 2014 [acesso em 2020 jul 24]. Disponível em: <https://achilleaskostoulas>.

- [com/2014/02/03/designing-better-questionnaires-using-likert-scales/](https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693).
15. Pasquali L. Teoria e Métodos de Medida em Ciência do Comportamento. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida, Instituto de Psicologia. Brasília, DF: UnB; INEP; 1996.
 16. Pasquali L. Princípios de Elaboração de Escalas. In: Gorenstein C, Wang Y-P, Hungerbühler I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016.
 17. Ritz MRC. Qualidade de vida no trabalho: construindo, medindo e validando uma pesquisa. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000. 112 p. [acesso em 2020 maio 7]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/296827867.pdf>.
 18. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2000.
 19. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, et al. Educação Interprofissional na Formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. Interface – Com. saúde educ. 2018 [acesso em 2020 dez 8]; (2):1705-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. [acesso em 2022 jul 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,%C3%AAnico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)
 21. Rigotto RM, Porto MFS, Folgado CAR, et al. Conhecimento científico e popular: Construindo a ecologia do saber. In: Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al., organizadores. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. São Paulo: Expressão Popular; 2015. p. 193-410.
 22. Aguilar Alonzo HG, Costa AO. Bases da toxicologia ambiental e clínica para atenção à saúde: exposição e intoxicação por agrotóxicos. São Paulo: Hucitec; 2019.
-
- Recebido em 01/11/2021
Aprovado em 23/04/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) processo nº 88882.430888/2019-01

Narrativas em saúde socioambiental: potencialidades na formação em saúde

Narratives in socio-environmental health: potentialities in health training

Rafaela Rodrigues da Silva¹, Jeffer Castelo Branco¹, Silvia Maria Tagé Thomaz¹, Nildo Alves Batista¹, Sylvia Helena Souza da Silva Batista¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213411

RESUMO O presente trabalho visa a discutir as potencialidades do uso de narrativas e diários de campo para e na formação em saúde, no módulo de Encontros e Produção de Narrativas, do Eixo Trabalho em Saúde, que compõe o itinerário curricular dos Cursos de Saúde do Instituto Saúde e Sociedade do *Campus* Baixada Santista, da Universidade Federal de São Paulo. Utilizou-se a análise de discurso como instrumento de análise de diários de campo e narrativas produzidos em 2017 e 2019. No conjunto dos enunciados, é possível apreender mudanças graduais, promovidas pelos encontros narrativos articulados com conteúdos de saúde socioambiental introduzidos no módulo. O discurso nos diários e na narrativa é permeado de brechas polissêmicas, trazendo novos significados do aprendizado. Assim, apreendem-se movimentos de deslocamento do lugar comum, da reprodução do que está posto hegemonicamente, assumindo perspectivas comprometidas com a garantia de direitos, incluindo o direito à saúde, articulando a concepção ampliada do processo saúde-doença e sua relação com a questão socioambiental.

PALAVRAS-CHAVE Impacto ambiental. Educação interprofissional. Aprendizado ativo.

ABSTRACT *This paper discusses the potentiality of using narratives and field diaries for and in health education in the module 'Encounters and Production of Narratives' of the Work in Health Axis, which is part of the curriculum of Health Courses of the Health and Society Institute of the Baixada Santista Campus of the Federal University of São Paulo. Discourse analysis was used as a tool for analyzing field diaries and narratives from 2017 and 2019. Gradual changes promoted by narrative encounters linked to the social-environmental health content introduced in the module can be seen in the statements. The discourse in the diaries and narrative is permeated with polysemic gaps that give new meanings to the learning. Thus, a shift from the familiar and reproduction of the hegemonic become evident, adopting a perspective that advocates for the guarantee of rights, including the right to health, and expresses an expanded understanding of the health and disease process and its relationship to the socio-environmental issue.*

KEYWORDS *Environmental impact. Interprofessional education. Problem-based learning.*

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

Introdução

Compreende-se por saúde socioambiental o estudo dos impactos sociais decorrentes das condições ambientais que atuam como determinantes no processo de adoecimento, abrangendo complexamente modalidades educacionais de prevenção, precaução, assistenciais, curativas e sociais, visando a uma aproximação da atenção integral em saúde com fundamento na Promoção da Saúde^{1,2}.

Nessa perspectiva, tem-se em vista uma formação que propicie aos discentes oportunidades de desenvolverem um olhar para além do enfrentamento de doenças, para uma visão de promoção, prevenção e precaução em saúde, buscando formas de desenvolver o pensamento questionador sobre a origem das doenças imbricadas com a questão ambiental. A oportunidade de ampliar a visão de profissionais que atuarão em diversos espaços profissionais colabora para fomentar, desde a graduação, a percepção crítica das questões socioambientais em saúde.

Busca-se abranger a visão do graduando quanto à questão ambiental a partir da apresentação de problemas ambientais que ocorreram e que estão ocorrendo, com olhar para a questão social vinculada nessas situações. Do mesmo modo, pretende-se chamar a atenção para a importância da atuação interdisciplinar necessária para observar, compreender e atuar nesses processos. A questão ambiental relaciona-se à saúde e ao social, sendo importante trazer essa concepção ampliada para a formação profissional.

Na perspectiva da saúde socioambiental, faz-se necessária uma formação que propicie práticas mais abrangentes, complexas, centradas nas necessidades em saúde da população e em suas interações com o meio ambiente, com os territórios, inclusive em comunidades socioambientalmente impactadas, conforme expõe Augusto³⁽¹⁰⁷⁾:

Uma segunda importante atitude dos profissionais de saúde é fazer o reconhecimento

dos contextos socioambientais em que vive e trabalha a população, identificando neles os problemas geradores de nocividades tanto para a saúde humana como para o ambiente. Precisamos, portanto, de um operador ecossistêmico para tratar os problemas de saúde em sua dimensão coletiva.

Trabalhar o tripé ambiente-saúde-sociedade na formação em saúde é ancorar a educação na concretude do cotidiano, e, no caso de narrativas, além de fatos, com pessoas que são diretas ou indiretamente atingidas. Então, a partir de histórias de vida, busca-se a compreensão do processo saúde-doença, tendo como ponto de partida a questão ambiental. Considerando a abordagem da clínica comum em saúde⁴, procura-se com a saúde socioambiental a possibilidade de agregar essa dimensão na clínica em saúde. Forja-se, dessa maneira, uma compreensão crítico-reflexiva da saúde socioambiental.

O presente estudo discute o uso de diários de campo e narrativas na formação em saúde, partindo da experiência da inserção transversal da saúde socioambiental na formação interprofissional em saúde.

Metodologia

Contexto e abrangência do estudo

O estudo aqui apresentado compreende os resultados parciais de uma pesquisa que está em desenvolvimento, a qual assume como objeto de investigação a experiência da inserção transversal da saúde socioambiental no âmbito do módulo Encontros e Produção de Narrativas, do Eixo comum Trabalho em Saúde, do Instituto Saúde e Sociedade (ISS) da Universidade Federal de São Paulo, *Campus Baixada Santista*.

O Eixo Trabalho em Saúde (TS), um dos eixos comuns do Instituto Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de São Paulo, *Campus*

Baixada Santista, objetiva possibilitar uma visão abrangente do processo saúde-doença-cuidado e do Sistema Único de Saúde (SUS)^{4,5(244),6,7}. No módulo Encontros e Produção de Narrativas, desenvolvido no terceiro semestre dos cursos, são desenvolvidas atividades inerentes ao trabalho em saúde, incluindo facilidades e dificuldades relacionais entre profissionais e quem demanda cuidados em saúde, a questão dos limites enfrentados por usuários e trabalhadores dos serviços, embora os discentes ainda estejam em condição de educandos^{4,5}.

Esse módulo tem por objetivo geral:

Contribuir para a construção de uma abordagem comum às diversas áreas profissionais que considere a realidade vivida pelas pessoas e as diversas dimensões envolvidas no processo saúde-doença-cuidado⁸⁽¹³²⁾.

E, também, procura fomentar uma formação humanística dos futuros profissionais da área da saúde, participando dos processos formativos que tencionam prepará-los para o cuidado integral em saúde, negando o reducionismo do sujeito à condição estritamente biológica⁹.

As atividades de ensino que compuseram a investigação envolveram 41 estudantes dos seis cursos do ISS (nutrição, psicologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional e educação física). Foram promovidos encontros de estudantes com pessoas expostas a poluição e contaminação ambiental em seus territórios, na cidade de Santos e Cubatão, região metropolitana da Baixada Santista, no estado de São Paulo.

Nessa proposta, os discentes passam a escutar e anotar em diários de campo as histórias de vida e, posteriormente, a elaborar o texto das narrativas, considerando o contexto em que se encontram essas histórias, buscando rastrear e captar os fatores constituintes do momento histórico em que os narradores se encontram. Os narradores são pessoas que estão em bairros periféricos, com palafitas, com saneamento básico precário, áreas com

intensa poluição ambiental e impactadas adversamente.

Esses bairros sofrem há décadas impactos ambientais que são importantes para a compreensão da saúde socioambiental e que envolvem, sobretudo, a exposição humana às emissões químicas oriundas das atividades industriais portuárias. Esses impactos adversos, que são 'crônicos', foram acentuados devido ao incêndio que ocorreu em um terminal de combustíveis próximo a essas comunidades, em 2015, causando dias seguidos de intensa poluição, com severas repercussões na saúde da população.

O outro grupo de narradores é formado por trabalhadores oriundos de uma indústria química na região de Cubatão, que sofreram exposição por poluentes orgânicos persistentes durante a jornada laboral e se intoxicaram cronicamente com hexaclorobenzeno (HCB). Ainda hoje, mais de 30 anos depois do ocorrido, esses trabalhadores sofrem consequências sociais e de saúde de diversas ordens devido ao contato com esse composto químico.

Processo de produção de dados

A narrativa desenvolvida nesse contexto formativo específico é uma composição híbrida: influência da história oral temática¹⁰ e da medicina narrativa¹¹.

A abordagem da narrativa é trazida para a clínica como uma ferramenta que pode facilitar a percepção e a interpretação do significado do processo de adoecimento, como um modo de o profissional de saúde incorporar novos enunciados ao seu repertório interpretativo e, assim, ampliar a dimensão dialógica, hermenêutica e integral do saber e da prática clínica¹²⁽⁴⁸¹⁾.

Compreende-se, na concepção ampliada do processo saúde-doença, que o uso da narrativa acontece para além de uma perspectiva clínica, puramente biológica. É, também, no contexto da experiência analisada, um recurso para compreensão discente de danos sociais e de

saúde oriundos do desequilíbrio ambiental decorrente da ação humana no meio ambiente.

A narrativa não foi considerada como única forma de análise na presente pesquisa. Utilizaram-se, também, os diários de campo redigidos após cada um dos encontros, cuja densidade dos conteúdos – descritivo, reflexivo e intensivo – se faz importante para o estudo. Considerou-se, também, como diário de campo o relatório final (ou narrativa individual discente), por constituir material reflexivo do processo.

Na ótica de Barbier¹³⁽¹³³⁾, o diário pode ser compreendido como

Bloco de apontamentos o qual cada um mostra o que sente, o que pensa, o que medita, o que poetiza, o que retém de uma teoria, de uma conversa, o que constrói para dar sentido à sua vida.

Ao exercitar o conhecer a si pelo movimento da escrita de si, a partir da reflexão vivida dos encontros, das histórias, dos territórios, procurando reconhecer seus limites e conceitos previamente elaborados, os discentes têm oportunidade de praticar a crítica-reflexiva quando no trabalho em saúde.

Como lugar do registro da experiência, o diário de campo tem potência para produzir novos olhares sobre as interações e situações experienciadas, para implicar-se com aquilo que afeta. Nas palavras de Spink¹⁴⁽³⁶⁾:

Quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos ‘indo’ ao campo. Já estamos no campo, porque já estamos no tema. O que nós buscamos é nos localizar psicossocialmente e territorialmente mais perto das partes e lugares mais densos das múltiplas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas se confrontem e, ao se confrontar, se tornam mais reconhecíveis. [grifo do autor].

Na experiência formativa em análise, além de acompanhar as reflexões que estudantes

fazem a partir da experiência dos encontros, os diários de campo abrem fendas instigantes no tocante ao observado e ao não observado, aos silenciamentos, aos afetos mobilizados, às memórias ativadas, aos territórios existenciais¹⁵.

Neste estudo, apresenta-se a análise de discurso empreendida da narrativa elaborada de uma dupla no ano de 2017 e de 5 diários de campo produzidos por uma estudante no ano de 2019. Para a seleção desses diários de campo, consideraram-se os corpora que trouxessem mais reflexões e descrições discentes ao que se denominam conceitos-análises.

Processo de análise de dados

A análise de discurso considera o texto como um ‘monumento’, em que se podem fazer recortes no intuito de interpretar o discurso inerente ao texto, sendo este uma “unidade complexa de significações”¹⁶⁽³²¹⁾. A forma de interpretar o texto produzido em determinado contexto, vindo de determinado sujeito histórico, vai buscar, a partir da análise temática relacionada à saúde socioambiental, responder ao objetivo da pesquisa.

Toda análise de discurso é uma interpretação dos sentidos promovidos pelos discursos, pelas palavras em curso, em que o enunciador fala pensando em produzir sentido para o receptor, que, por sua vez, poderá não interpretar da mesma forma que o emissor, pois há uma concepção de mundo influenciando a forma como também é internalizada a mensagem. Busca-se interpretar e compreender como o texto significa no contexto desta investigação, lembrando que palavras não significam por si, mas dentro do contexto, da memória, como lembra Orlandi¹⁷⁽⁵²⁾, “é o texto que significa”. Partindo da superfície material do texto, é feito o movimento analítico de descrever e interpretar o que o texto está significando.

O procedimento proposto neste estudo é o de analisar as paráfrases do texto, ou seja, a partir do retorno ao mesmo espaço do dizer, com as matrizes de sentido, de forma similar ao que é proposto por Freire¹⁸. Há relação

intrínseca entre paráfrase, o retorno aos sentidos existentes (socialmente mais demarcados, como o patriarcado, por exemplo) e polissemia, a possibilidade de ruptura com o que está posto, os significados ‘novos’ aos objetos simbólicos^{17,19,20}. Ou seja, no mover parafrástico do discurso que estava estagnado de significado, pode haver polissemia, indicando tendência a desvios das determinações socioculturais, portanto, do que é comum, pois, “apesar das particularidades, paráfrase e polissemia interpenetram-se, pressionando o sentido entre conservação e transformação”²¹⁽⁶²⁾, e, no presente contexto, sintetizam a expressão do que foi vivido em campo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética CAAE nº 81066017.3.0000.5505. Discentes e narradores receberam codinomes de autores e personagens da literatura brasileira.

Resultados

Conhecendo os diários de campo

Os diários analisados são de Ana Aurora do Amaral Lisboa, do curso de Serviço Social, e o narrador é Pedro Rubião, que está com estado de saúde muito frágil, histórico de AVCs, desmaios súbitos e fraqueza. Nos encontros, foram narradas de forma central a contaminação industrial que ele vivenciou e as consequências na sua saúde. Os conceitos-análises que surgiram foram: território poluído; impactos na saúde; detalhes sobre o caso; justiça ambiental; questão socioambiental e identificação com a temática.

São tantas as comprovações de seu comprometimento com relação à saúde e a incapacidade para o trabalho, causadas pela Rhd, que é difícil entender como a justiça ainda não concluiu estes processos.

As palavras ‘difícil entender’ estão significando a injustiça que parece óbvia para a

discente. Sobre o processo que Pedro moveu na justiça, o discurso de Ana evidencia a formação discursiva contrária à morosidade dos processos judiciais. Para a discente, há provas suficientes de que houve danos que devem ser reparados, que a justiça deve ser feita em pro do narrador. Argumenta que há comprovações documentais de contaminação e de impactos em saúde que debilitam o narrador, logo, é urgente que haja justiça.

E só aumenta mesmo é a luta, muita luta, que já dura mais de 30 anos, por uma retratação da empresa, que chegou aqui, se instalou, obteve seu lucro e deixou tudo pra trás. O que mostra, infelizmente, é a realidade em que o nosso país ainda vive. Apesar dos avanços das leis, tanto trabalhistas quanto ambientais, comprovam estarem mais no papel do que na prática das empresas, dos órgãos fiscalizadores e dos juízes [...]. Pude perceber e relatar que tudo que aprendi nos cursos estão muito longe de se concretizar quando se trata de respeito ao trabalhador, seus diretos trabalhistas ou de saúde, e presenciar quanta demora em fazer justiça a quem tem direito. Muito angustiante e triste!

Na condição de discente, Ana se posiciona mostrando que a experiência de viver o encontro narrativo e conhecer todo o processo inerente ao caso contribuiu para a reflexão. Houve, na sua posição de sujeito em aprendizado, a mudança de posicionamento quanto à crença acrítica que possuía do cumprimento de leis, que havia aprendido em outros lugares, cursos, e o aprendizado prático nesse contexto a tocou, trazendo sentimentos fortes. Constata que, na prática, há falhas na execução das leis, que outrora pensava serem seguidas à risca, quando em favorecimento dos trabalhadores, o que a fez observar que há outro movimento além das leis em si: há homens e poderes que se movem em forças contrárias de interesses.

Nos últimos tempos, assistimos às alterações no meio ambiente, provocadas pelas atividades humanas que, direta ou indiretamente, causam impactos ambientais, afetando as atividades sociais

e econômicas das comunidades, na biota, nas condições estéticas e sanitárias e na qualidade dos recursos naturais e, ainda, a saúde, a segurança e o bem-estar da população e dos trabalhadores de alguns seguimentos.

O enunciado de Ana está elaborado de forma a indicar a reflexão em saúde socioambiental, e, de forma resumida, inicia remetendo à questão socioambiental nas determinantes e condicionantes de saúde. Vai elencando fatores diversos que são impactados pela ação humana no meio ambiente, incluindo o que passou a conhecer (trabalhadores de alguns seguimentos, atividades das comunidades). Não limita a crítica ao homem em si e às suas ações no meio ambiente, mas tem o sentido de apontar que há efeitos dessas ações no próprio homem, que impacta e é impactado. A palavra ‘alterações’ remete aos impactos adversos no meio ambiente.

Na posição de quem está em processo de aprendizado, no contexto da saúde socioambiental, Ana sintetiza, de forma a sinalizar que houve a compreensão ampliada da questão ambiental, bem como do processo saúde-doença oriundo da ação humana, que tem causado desequilíbrio, alterações no meio ambiente.

Desde o início da UC Encontros e Produção de Narrativas em Saúde Socioambiental, eu fiquei muito feliz em ter sido colocada nesta sala, pois minha formação em Técnica de Segurança do Trabalho e de Meio Ambiente me ajudariam a desenvolver algo que eu ainda não sabia bem o que era, mas estava dentro de um contexto que eu já conhecia, e então facilitaria meu aprendizado no que ainda iria vir pela frente. Acumular forças, ganhar musculatura e fôlego para fazer os enfrentamentos necessários à construção de uma maior consciência socioambiental, que certamente estou adquirindo [...].

Indica que houve mudanças quanto a assuntos sobre os quais acreditava ter todo o conhecimento, então, não foi apenas fazer uma narrativa que lhe foi desafiador, mas rever o que antes pensava ter propriedade, que achava

que ‘já conhecia’. Tais ‘enfrentamentos necessários’ durante o processo foram importantes para a discente refletir que há sempre algo a aprender, mesmo nas áreas das quais se julga conhecedora. Ana saiu do seu lugar de sossego, que estava assumindo no início do módulo, pois está em ‘construção de uma maior consciência socioambiental’.

O sentido que Ana lança em seu enunciado é o de que, desde o início, estava aberta para o desenvolvimento de narrativas com a temática de saúde socioambiental, por ter conhecimento profissional nas áreas de meio ambiente e segurança do trabalho, porém, houve deslocamento de percepção do que antes já era sabido. Portanto, à perspectiva dos encontros e das aulas em classe somou-se o desafio de reelaborar o que já conhecia sobre meio ambiente.

Conhecendo a narrativa

A narrativa analisada é de Aurélia Camargo, escrita pela dupla Rachel de Queiroz, do curso de Psicologia, e sua parceira Cecília Meireles, do curso de Serviço Social. Os conceitos-análises que surgiram foram: condições de saúde, detalhes sobre o caso, impactos na saúde, questão socioambiental e justiça ambiental.

O dia 02 de abril de 2015 definitivamente mudou a vida de Aurélia, um incêndio que atingiu tanques de combustíveis de uma empresa no bairro Alemoa, a Ultracrg, em Santos, no litoral de São Paulo. O fogo que começou por volta das 10 horas da manhã mostrava sinais de destruição, e ela, que voltava do centro da cidade, de longe já conseguiu enxergar a mancha de fumaça no céu. Já era visível que algo tinha dado muito errado. O medo se fez presente, o risco de explosão, de perder tudo, a insegurança por não saber ainda o que estava acontecendo eram sentimentos que Aurélia compartilhava com outros moradores da região. Faltavam informações e havia muita especulação, causando insegurança e medo generalizado na população.

As discentes inserem o leitor no assunto do incêndio, articulando a escrita com o que o

episódio representou à narradora. Começaram pelo seu efeito na vida de Aurélia, que foi permanente. Detalham o conteúdo dos tanques, que continham combustíveis, o nome da empresa, bem como o local do ocorrido, situando o receptor da mensagem sobre o que se trata. Ao citarem os ‘sinais de destruição’, remetem ao sentido do cenário do incêndio, pois dos tanques subiam labaredas que tendiam a se alastrar, caso o fogo não fosse contido a tempo.

A dupla comunica o que representou o incêndio na perspectiva da narradora e dos demais moradores, uma vez que os sentimentos de medo e insegurança foram comuns a todos. O uso das expressões com sentidos opostos, ‘faltavam’ e ‘muita’, no caso das informações sobre o que estava ocorrendo, busca evidenciar o efeito gerado nos moradores.

Ainda no mesmo dia, novas explosões aconteceram. O incêndio durou longos dias até que pudesse ser contido, enquanto toda a poluição pairava sobre toda a comunidade do Jardim São Manoel e dos bairros vizinhos.

Com o intuito de indicar que as consequências do incêndio foram muito maiores aos moradores próximos das áreas da empresa, as discentes usaram palavras que remetem a intensidade: ‘toda a poluição’.

As discentes buscam evidenciar a injustiça ambiental que foi um incêndio ocorrido muito próximo às pessoas da comunidade e seus desdobramentos no ar. Desse modo, fazem com que, ao trabalhar com a noção de intensidade junto ao leitor, tenha-se a noção de como se apresentava a qualidade do ar naqueles dias de intenso impacto ambiental adverso (longos dias).

Nos noticiários, as reportagens falavam sobre a ausência de vítimas, entretanto, Aurélia, no mesmo dia, foi hospitalizada e precisou de atendimento médico, assim como outros moradores dos bairros afetados. E, infelizmente, ela é mais uma das inúmeras vítimas que sentiu e ainda sente os impactos do incêndio.

O enunciado narrativo da dupla está elaborado de forma a mostrar que houve vítimas, sendo a própria narradora um exemplo. As palavras ‘inúmeras vítimas’ representam o resultado dos impactos em saúde oriundos do incêndio.

As discentes apresentam discurso narrativo de que houve injustiça socioambiental com Aurélia e muitas outras pessoas que não foram reconhecidas como vítimas, mesmo diante do fato de que até hoje elas ainda sofrem pelos danos.

Discussão

No conjunto dos enunciados, é possível captar mudanças graduais promovidas pelos encontros narrativos de Ana Lisboa com Rubião, articulados com o conteúdo de saúde socioambiental introduzido no módulo, o que corrobora Capozzolo et al.⁵ e Goulart et al.²², quando citam mudanças, transformações que ocorrem do processo formativo por meio de encontros narrativos.

Como assinala Morin²³⁽³⁵⁾,

[...] onde há ‘calor cultural’, não há um determinismo rígido, mas condições estáveis e movediças. Do mesmo modo que o calor físico significa intensidade/multiplicidade na agitação e nos encontros entre partículas, o ‘calor cultural’ pode significar intensidade/multiplicidade de trocas, confrontos, polêmicas entre opiniões, ideias, concepções. E se o frio físico significa rigidez, imobilidade, invariância, vê-se então que o abrandamento da rigidez e das invariâncias cognitivas só pode ser introduzido pelo ‘calor cultural’. [grifos do autor].

A efervescência gerada dos encontros dialógicos, dos intercâmbios de ideias entre discentes e narradores com diferentes histórias e perspectivas de vida e realidades socioambientais adversas coopera para flexibilizar o educando quando vivendo a experiência de campo.

Ana Aurora vai indicando, paulatinamente, o quanto as revelações de Rubião contribuem para lhe fazer rever posicionamentos introjetados em seus conceitos, percebendo-se como sujeito em mudança. Esse processo de reflexão que faz Aurora, por meio do diário de campo, é um recurso didático pedagógico que estimula a autorreflexão, sendo que:

o aprendizado da auto-observação faz parte do aprendizado da lucidez. A aptidão reflexiva do espírito humano, que o torna capaz de considerar-se a si mesmo, ao se desdobrar [...] ²⁴⁽⁵³⁾.

E vai ao encontro da aprendizagem significativa, que, para Rogers ²⁵⁽³²³⁾, é

[...] aquela que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente todas as parcelas da sua existência.

E como explicam Pelizzari et al. ²⁶, trata-se do aprender a aprender do discente, que segue em direção à modificação e/ou ampliação de estruturas que possibilitem a construção e a reconstrução do conhecimento.

A discente ainda revela o interesse em aprofundar assuntos que são trazidos nos encontros, pois busca maiores informações, como, por exemplo, o detalhamento dos nomes de produtos químicos e seus efeitos. Reiterando o que Souza, Vilaça e Teixeira ²⁷⁽⁴⁴⁾ dizem,

As metodologias ativas são um processo educativo que encoraja o aprendizado crítico-reflexivo, onde o participante tem uma maior aproximação com a realidade, com isso possibilita uma série de estímulos, podendo ocorrer maior curiosidade sobre o assunto abordado [...].

O uso de diário de campo na formação em saúde, na perspectiva da saúde socioambiental, possibilitou o acompanhamento dos processos mobilizados a cada movimento feito pela discente no módulo, traduzindo a triangulação entre o viver a experiência do encontro com quem demanda cuidado em saúde, a articulação com o arcabouço teórico do módulo e a mediação docente no processo. Como indica Vieira ²⁸, os diários contam com o fator ‘sinceridade’, uma vez que não há certo e errado, logo, pode-se experimentar maior liberdade ao escrever sobre anseios, dúvidas, emoções e sensações, que podem não emergir nas trocas em grupo, com os pares.

O discurso narrativo desenvolvido pela dupla de discentes é desenvolvido no sentido de mostrar a percepção da narradora sobre o processo saúde-doença oriundo do incêndio, bem como as mudanças que ocorreram nas condições de vida de Aurélia desde então. As discentes indicam que há mudança de posicionamento de Aurélia, que, então, passa a se perceber como vítima do incêndio. Ela agora tem outra perspectiva, que é encontrar profissionais do direito que possam conduzi-la em processo por reparação de danos. Tal situação corrobora Cunha ²⁹⁽¹⁸⁷⁾, que diz que “Quando uma pessoa relata os fatos vividos por ela mesma, percebe-se que reconstrói a trajetória percorrida dando-lhe novos significados”.

As narrativas são consideradas tarefa que envolve arte, transcrição. Contando com o fato de ser a devolutiva para o narrador, essa narrativa costuma ser construída de acordo como os discentes percebem esse narrador. O tema central dos encontros narrativos, o incêndio e suas consequências na saúde individual e coletiva, permeou a narrativa. Todavia, não se deixou de verificar a descrição da narradora, de sua personalidade, seus gostos, sua percepção dos fatos, trazendo a pessoa para o centro, dando-lhe protagonismo.

Aurora expressa no diário de campo sua percepção de que, por mais que faça planejamento do encontro, há o fator incerteza, que é inerente às ações entre pessoas, ou seja, o

encontro não acontece exatamente como se idealiza, posto que parte do narrador a forma como decide compartilhar suas memórias, assim como o que silencia. Acompanhar o diário de campo de Ana Aurora, desde o primeiro encontro com o narrador, e, por meio dele, acompanhar o processo de estranhamento, resistência ante as certezas prévias e as oriundas de formações anteriores, bem como a sua percepção de ter saído outra pessoa do processo, e até mudanças não percebidas, mas contidas no sentido do discurso, reafirmam o que dizem Capozzolo et al.⁵⁽⁴⁵³⁾ sobre o trabalho em saúde nos encontros e na produção de narrativas:

[...] qualquer intervenção em saúde ocorre num âmbito complexo que envolve sujeitos. Condições favoráveis a ela nem sempre são dadas de antemão, amiúde tendo que ser construídas. Mas esse não é um processo sem riscos de lado a lado, sendo o maior deles a possibilidade de se sair transformado ao final.

Essa possibilidade a que se referem os autores pode ser observada na maneira como a narrativa é elaborada, refletindo as formas de aproximação que foram sendo construídas e que também envolvem afetos, atenção, estranhamentos, familiaridades. Também, de forma mais minuciosa, no diário de campo, traz, além das observações descritivas, os pensamentos e sentimentos que os encontros narrativos proporcionam, uma vez que todos os sentidos estão postos, entrecruzam-se e atravessam práticas profissionais de cuidado.

Considerações finais

Os diários de campo e as narrativas, como estratégias e dispositivos pedagógicos que mobilizam a criação, a sensibilidade, o interesse pelo que o outro tem a dizer do seu processo saúde-doença e de sua história de vida, coadunam com uma formação que convida o discente para as coautorias do processo formativo.

Constituem-se em importantes aliados para cartografar temas emergentes e relevantes a serem trazidos como material de estudo e análise no processo formativo em saúde. Além da dimensão de devolutiva individual aos estudantes, que abre novas possibilidades de compreensão e de abertura.

O discurso nos diários e na narrativa é permeado por brechas polissêmicas, uma vez que tende a trazer novos significados do aprendizado. Assim, apreendem-se movimentos de sair do lugar comum, da reprodução do que está posto hegemonicamente, assumindo perspectivas comprometidas com a garantia de direitos, inclusive o direito à saúde, articulando a concepção ampliada do processo saúde-doença e sua relação com a questão socioambiental.

É importante o desenvolvimento de estudos futuros sobre a inserção da saúde socioambiental na formação em saúde em outros contextos formativos e em outras perspectivas metodológicas.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e aos participantes da pesquisa.

Colaboradores

Silva RR (0000-0003-3364-8236)* contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, coleta de dados, análise e interpretação de dados, elaboração do rascunho e aprovação da versão final. Castelo Branco J (0000-0003-1479-3745)* contribuiu substancialmente para coleta de dados, elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final. Thomaz SMT (0000-0002-5766-1374)* contribuiu substancialmente para elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final. Batista NA (0000-0002-5538-7447)* contribuiu substancialmente para elaboração do

rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final. Batista SHSS (0000-0002-5161-1886)* contribuiu substancialmente para análise de

dados, elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Ferretti N. Saúde socioambiental e conselho local de saúde: um estudo no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município do Rio Grande/RS. [dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2009. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2402/nadia%20ferretti.pdf?sequence=1>.
2. Castelo Branco J. Convenção de Estocolmo Sobre Poluentes Orgânicos Persistentes: Impactos Ambientais, Sociais e Econômicos Associados. [dissertação]. Diadema: Universidade Federal de São Paulo; 2016. [acesso em 2021 out 16]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/46547>.
3. Augusto SGL. Inter-relações entre a Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica de Saúde no SUS. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. I Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Rio de Janeiro: Abrasco; 2009. p. 105-108. [acesso em 2021 out 15]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_7832566.pdf.
4. Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, et al. Formação descentrada na experiência. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica Comum: Itinerário de uma formação em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 124-50.
5. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, et al. Narrativas na Formação Comum de Profissionais de Saúde. Trab. Educ. Saúde. 2014 [acesso em 2020 nov 6]; 12(2):443-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200013>.
6. Azevedo AB, Pezzato LM, Mendes R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. Saúde debate. 2017 [acesso em 2021 fev 3]; 41(113):647-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711323>.
7. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, et al. Educação Interprofissional na Formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. Interface. 2018 [acesso em 2020 dez 10]; (2):1705-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>.
8. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. Projeto Político Pedagógico do Curso de Serviço Social do campus Baixada Santista. [Santos]: Unifesp; 2016. [acesso em 2022 jul 26]. Disponível em: https://www.unifesp.br/campus/san7/imagens/pdfs/ceg/PPP_servi%C3%A7o%20social_%20APROVADO%20PROGRAD%202016.compressed.pdf.
9. Oliveira CM, Batista NA, Batista SHSS, et al. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. Interface. 2016 [acesso em 2020 dez 8]; 1005-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0660>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2. ed. (4). São Paulo: Contexto; 2015. p. 33-42.
11. Charon R. Narrative Medicine – A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. JAMA. 2001 [acesso em 2020 nov 11]; 286(15):1897-1902. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>.
12. Favoreto CAO, Camargo Júnior KRC. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface. 2011 [acesso em 2021 jan 5]; 15(37):473-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000005>.
13. Barbier R. A pesquisa-ação. Brasília, DF: Liber Livro; 2002.
14. Spink PK. Pesquisa de campo em psicologia social: Uma perspectiva pós-contrucionista. Psicol. Soc. 2003 [acesso em 2022 abr 7]; 15(2):18-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>.
15. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 131-149.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 318-27.
17. Orlandi EP. Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 5. ed. Campinas: Pontes Editores; 2007.
18. Freire S. Análise de Discurso – Procedimentos Metodológicos. Manaus: Instituto Census: Educação e Gestão do Conhecimento; 2014.
19. Orlandi EP. Análise de Discurso: princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes; 2009.
20. Brandão HHN. Introdução à análise do discurso. 2. ed. rev. Campinas: Unicamp; 2004.
21. Ribeiro VV. Memória, paráfrase e polissemia em diários de leituras: análise dos gestos de interpretação de estudantes do ensino médio. Rev Memore. 2018 [acesso em 2020 abr 10]; 5(2):58-82. Disponível em: <https://doi.org/10.19177/memore.v5e2201858-82>.
22. Goulart PM, Pezzato LM, Junqueira V. Experiências narrativas: um relato de formação em saúde. Linhas Críticas (UNB). 2018 [acesso em 2021 fev 2]; (24): 237-54. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/lc.v24i0.18978>.
23. Morin E. O Método 4. As ideias: habitat, vida, costumes, organização. 4. ed. Porto Alegre: Sulina; 2008.
24. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
25. Rogers CR. Tornar-se Pessoa. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
26. Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MB, et al. Teoria da aprendizagem significativa Segundo Ausubel. Rev. PEC. 2002; 2(1):37-42.
27. Souza ALD, Vilaça ALA, Teixeira HJB. Os benefícios da metodologia ativa de aprendizagem na educação. In: Costa GMC, organizador. Metodologias ativas: métodos e práticas para o século XXI. Quirinópolis: Editora IGM; 2020. p. 33-45.
28. Vieira JA. O uso do diário em pesquisa qualitativa. Cad. Ling. Soc. 2001 [acesso em 2021 jan 13]; (5):93-104. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/les/article/view/6518/5597>.
29. Cunha MI. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. R. Fac. Educ. 1997 [acesso em 2021 jan 11]; (23):185-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>.

Recebido em 01/11/2021

Aprovado em 20/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) processo nº 88887.463330/2019-01

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cena: contingências e produção de cuidado

Emergency and Urgent Health Care Network on scene: contingencies and production of care

Luís Fernando Nogueira Tofani¹, Lumena Almeida Castro Furtado¹, Rosemarie Andreazza¹, Mariana Arantes Nasser¹, Olivia Félix Bizetto¹, Arthur Chioro¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213412

RESUMO Este estudo tem por objetivo analisar as transformações nos processos de gestão e produção do cuidado em saúde, no contexto da prática, a partir da política da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). A pesquisa tem caráter qualitativo e caracteriza-se como estudo de caso. Foram realizadas entrevistas com 16 gerentes de serviços de saúde em três municípios de diferentes portes populacionais. O material foi analisado tendo como referência o contexto da prática da Abordagem do Ciclo de Políticas. Observa-se que a RUE não é reconhecida enquanto política pública, embora sejam identificados alguns de seus elementos, como a implantação de Unidades de Pronto Atendimento, protocolos, classificação de risco, novas tecnologias assistenciais, arranjos regulatórios e linhas de cuidado. O olhar para a ‘RUE em cena’ aponta para três questões: a relação entre a atenção básica e as portas de urgência no atendimento à demanda espontânea; a regulação médica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), enquanto promotora de acesso e qualidade; e a (des)continuidade no cuidado em saúde. Há evidências de movimentos e produções vivas induzidas pela política que qualificam o cuidado em saúde em situações de urgência e emergência. Entretanto, iniquidades são mantidas ou produzidas, e a necessidade de articulação entre os componentes em rede, embora evocada, traduz-se em conexões frágeis e não regulares.

PALAVRAS-CHAVE Atenção à saúde. Serviços médicos de emergência. Política de saúde. Gestão em saúde. Sistemas de saúde.

ABSTRACT *This study aims to analyze the possible transformations in health care management and production processes, in the context of practice, based on the Emergency and Urgent Health Care Network (RUE) policy. The research has a qualitative character and is characterized as a case study. Interviews were conducted with 16 health service managers in four municipalities of different population sizes. The material was analyzed with reference to the context of the Public Policy Cycle Approach practice. It is observed that the RUE is not recognized as a public policy, although some of its elements are identified, such as the implementation of Emergency Care Units, protocols, risk classification, new care technologies, regulatory arrangements, and lines of care. Looking at the ‘RUE on scene’ mainly points to three issues: the relationship between primary care and emergency doors in meeting spontaneous demand; the medical regulation of Mobile Emergency Care Service (SAMU), as a promoter of access and quality; and the (dis)continuity in health care. There is evidence of live movements and productions induced by the policy that qualify health care in urgent and emergency situations. However, inequities are maintained or produced, and the need for articulation between network components, although evoked, translates into fragile and non-regular connections.*

KEYWORDS *Delivery of health care. Emergency medical services. Health policy. Health management. Health systems.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
luis.tofani@gmail.com



Introdução

O atendimento às urgências e emergências é fundamental nos sistemas de saúde universais e integrais, como o Sistema Único de Saúde (SUS). O uso intensivo desses serviços, decorrente das mudanças demográficas, epidemiológicas e do crescimento de acidentes e violências, tem imposto a necessidade de reestruturação dos sistemas de saúde em muitos países¹. Mesmo nações de média e baixa renda têm investido na reorganização dos serviços de urgência em busca de melhores resultados².

No Brasil, a atenção às urgências apresenta-se como pauta prioritária, dada a magnitude dos problemas e a necessidade de intervenção para melhoria no atendimento³. O histórico da política de atenção às emergências no SUS foi subdividido por O'Dwyer et al.⁴ em três estágios: regulação inicial, implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Em 2011, o Ministério da Saúde propôs a política de construção de redes temáticas, sendo que, entre estas, regulamentou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)⁵. A RUE foi formulada enquanto um processo organizativo mais geral, sob influência do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁶, como alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde, principalmente em países onde predominam condições e agravos crônicos⁷. O modelo conceitual das RAS propõe uma rede poliárquica, com centralidade da atenção básica e organização regional⁶, que, no caso da RUE, objetiva articular e integrar todos os serviços de saúde, para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral em situações de urgência e emergência de forma ágil e oportuna⁵.

O SUS tem propiciado expansão de serviços públicos no Brasil, entretanto, limites históricos e estruturais, legados institucionais e disputas de projetos têm influenciado a política nacional de saúde⁸. Além disso, o

estranhamento e a externalidade dos gestores com o espaço micropolítico traduzem-se em práticas de implementação de políticas que buscam normalizar e controlar esse território, desconsiderando que as políticas oficiais são reprocessadas, adquirindo novos desenhos nem sempre planejados pelos formuladores⁹.

Reconhecendo a importância do processo de formulação e implantação de políticas, o presente estudo pretende aprofundar a reflexão sobre as seguintes questões: quais transformações no cuidado às situações de urgência e emergência foram induzidas pela RUE? Houve mudança na garantia de acesso e na integralidade? Este estudo tem por objetivo analisar as possíveis transformações nos processos de gestão e de produção do cuidado em saúde no contexto da prática, ou seja, a partir da política da RUE, encenada por atores que a operacionalizam.

Material e métodos

A pesquisa tem caráter qualitativo e caracteriza-se como estudo de caso¹⁰. Foi desenvolvida em uma região de saúde escolhida por ter sido uma das primeiras do estado de São Paulo a ter o plano da RUE aprovado, em 2012. Foram realizadas entrevistas com dezesseis gerentes de serviços que compõem a RUE – Unidades Básicas de Saúde (UBS), UPA, Samu, hospitais e atenção domiciliar –, em três municípios, de pequeno, médio e grande porte, cujas identidades foram codificadas para garantia de sigilo e anonimato (*quadro 1*). Os entrevistados foram indicados pelos gestores seguindo o critério de exercício da gerência de serviços de assistência direta à população. O gerente de serviço de saúde é considerado, neste estudo, como um profissional que exerce uma atividade complexa e múltipla, cujos relatos podem ajudar a visibilizar os processos micropolíticos de produção da gestão, do trabalho e do cuidado em saúde.

Quadro 1. Entrevistados por ponto de atenção da RUE e cargo/função. 2019-2020

Entrevistado	Ponto de Atenção da RUE	Cargo/Função
G1C	Unidade Básica de Saúde	Coordenadora
G2C	Samu Municipal	Diretor
G3C	Samu Municipal	Coordenador
G4C	UPA	Coordenador Administrativo
G5C	UPA	Gerente
G6C	Hospital Municipal	Diretor do Pronto-socorro
G7C	Serviço de Atenção Domiciliar	Enfermeira Responsável Técnica
G1H	Unidade Básica de Saúde	Gerente
G2H	UPA	Gerente
G3H	Samu Regional	Coordenador
G1S	Unidade Básica de Saúde	Gerente
G2S	Serviço de Atenção Domiciliar	Gerente
G3S	Hospital Filantrópico	Enfermeira Responsável Técnica
G1E	Hospital Universitário Estadual	Coordenadora da Unidade de Emergência
G2E	Hospital Regional Estadual	Coordenador de Urgência
G3E	Central de Regulação Regional	Coordenadora de Projeto

Fonte: elaboração própria.

As entrevistas tiveram duração média de quarenta minutos e foram realizadas nos locais de trabalho, previamente agendadas, mediante concordância em participação na pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusas. Utilizou-se um roteiro semiestruturado e cenas previamente coletadas, a partir de narrativas de usuários da RUE, em três linhas de cuidado: cerebrovascular (Acidente Vascular Cerebral

– AVC), do trauma e cardiovascular (Infarto Agudo do Miocárdio – IAM)⁵. A leitura e a reflexão sobre as cenas tiveram o objetivo de ser um ‘disparador’ para as entrevistas, cujos diálogos foram, depois, complementados pelas questões previstas no roteiro. O conteúdo foi gravado e transcrito na íntegra. Os resultados foram codificados e organizados considerando-se as diretrizes da RUE, dispostas no *quadro 2*.

Quadro 2. Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Brasil, 2011)

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.
II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes).
III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.
IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado.

Quadro 2. (cont.)

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção.

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde dessas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas.

VIII - atuação profissional e gestora visando ao aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde.

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada.

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços.

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências, com garantia da equidade e da integralidade do cuidado.

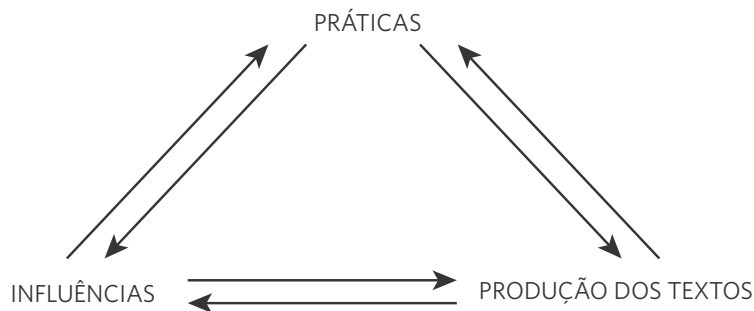
XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Fonte: elaboração própria.

O material empírico foi analisado tendo como referência a Abordagem do Ciclo de Políticas Públicas, proposto por Ball¹¹, para quem uma política é sempre texto e discurso. A Abordagem do Ciclo de Políticas¹² propõe que a análise das políticas seja realizada a partir de contextos – de influência, de produção de texto e da prática – que estão inter-relacionados, não têm uma dimensão temporal e não são etapas

lineares (*figura 1*). Neste estudo, trabalhou-se com o contexto da prática, representado pelos serviços de saúde, onde a política está sujeita à interpretação e é encenada em arenas constituídas por atores que a recriam com suas histórias e valores¹³. A discussão foi mediada pelas questões norteadoras propostas por Mainardes¹² para esse contexto e guiada por questões analisadoras identificadas.

Figura 1. Abordagem do Ciclo de Políticas



Fonte: elaboração própria.

O projeto de estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e seguiu todas as normas éticas, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer 2.447.067/2017.

Resultados

A RUE não é reconhecida enquanto uma política nacional de saúde e como um marco de mudança pelos entrevistados. Alguns gerentes relatam não haverem participado de sua implementação a partir de 2012, mesmo estando na coordenação de serviços ou atuando na assistência: “*Não sei dizer quase nada [...] não participei, que eu me lembre*” (G1C).

Alguns entrevistados identificam elementos da RUE em suas práticas na gerência e na assistência à saúde:

Teve a implantação das outras UPAs nessa época. (G1H).

Não consigo lembrar daquela época, mas teve muitas mudanças, a implantação de protocolos, classificação de risco. (G2H).

Em uma situação específica, observada em um município, a política da RUE é tomada por ações locais de reorganização administrativa dos serviços: “*Foi muita mudança com a aproximação da [autarquia municipal] com a Rede de Urgência. Foi o que a gente mais sentiu*” (G1C).

Os relatos colhidos dialogam com as diretrizes da RUE⁵, em especial: acesso, integralidade, articulação, planejamento territorial, qualidade, articulação interfederativa e regulação. A seguir, são apresentados elementos que ajudam a analisar algumas diretrizes e objetivos propostos pela política no contexto da prática.

Acesso

A ampliação do acesso é identificada pelos arranjos e dispositivos implantados nos serviços. Na atenção básica, o acolhimento emerge enquanto materialização do atendimento à demanda espontânea: “*A gente tem acolhimento durante o tempo em que a unidade está aberta. Tem os fluxos. O paciente veio por demanda espontânea, e a gente insere*” (G1).

O protocolo de classificação de risco é citado enquanto qualificação das portas de urgência:

É baseado no Manchester [...] a gente recebe o paciente e não sabe o que ele tem. Pode ser um infartado, e vai ficar aguardando? Não. Então, o enfermeiro avalia, coloca pra dentro. (G2H).

O acesso hospitalar, principalmente para as referências regionais, é realizado por muitas vias, oficiais ou não. Nesse fluxo, o Samu é considerado um elemento facilitador, um ‘atalho’ que prescinde da regulação estadual, que se dá pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (Cross): “*Outra maneira de vir é direto via Samu [...] pula a etapa da Cross*” (G2E).

Integralidade

Com relação à integralidade, os relatos remetem às linhas de cuidados específicas. No caso do trauma, a questão que se coloca não é a do atendimento imediato, mas da continuidade do cuidado pós-hospitalar: “*enquanto ele tá internado, tá recebendo o tratamento, mas e depois? E a continuidade?*” (G2E).

Com relação à linha de cuidado do IAM, destaca-se como grande problema na região o acesso a procedimentos de hemodinâmica:

A questão do IAM da nossa cidade é uma vergonha [...] você não tem ‘padroeiro’ para a hemodinâmica [...] o cara tem um infarto, vem na UPA e fica três dias. Ele sai com papel para marcar o cateterismo meses depois! (G3C).

Articulação

A conformação em rede dos serviços que compõem a RUE está presente nos relatos e possibilita analisar suas articulações e desconexões (*quadro 3*). Observa-se que o

Samu, quando existente, aparece como um componente com maiores articulações em rede. Os hospitais e as UPA apresentam um ‘insulamento’ nos territórios, cujas conexões necessárias demandadas pela atenção básica e domiciliar nem sempre são viáveis.

Quadro 3. Relatos de articulações e desconexões entre os pontos de atenção da RUE

Componentes	UBS	Samu 192	UPA 24h	Hospital	Atenção Domiciliar
UBS	x	<p>“Se for um serviço de urgência, a gente tem que chamar o Samu. Aí passa-se o caso pro Samu, porque hoje a gente não liga pro serviço, a gente liga pro Samu”. G1H</p> <p>“A equipe chegou pra fazer a visita domiciliar, era uma gestante nefropata, que eles se assustaram. Quando eles chegaram, ela estava completamente edemaciada e hipertensa, já com sinais de falência renal, e aí a gente ligou pro Samu”. G1C</p>	<p>“esse fluxo, essa conexão, ainda não está legal [...] Não comunicam a gente. O paciente que fica indo na UPA toda semana por conta de pico de pressão, eles teriam que reportar esse paciente pra nós. Mesmo que eles encaminhem esse paciente pra nós e ele não venha, eles precisam comunicar a gente que esse paciente está indo lá com frequência”. G1H</p> <p>“A gente recebe bastante coisa de lá para cá, e realmente vê uma mudança. Antes era um encaminhamento bem informal (...) hoje a gente tem o sistema informatizado e já consegue visualizar o histórico do paciente que passa lá [...] até estamos fazendo um trabalho dentro do pronto atendimento pra identificar o pessoal que deveria estar na atenção básica e está procurando o pronto atendimento”. G1S</p>	<p>“pacientes que saem do hospital são enviados pra UBS sem nenhum parecer. Então, a gente acaba não sabendo o que aconteceu, que medicamento teve, o que ocorreu, que tipo de alteração que ele teve, e isso complica muito [...] o que eu acho hoje de falha mesmo é essa contrarreferência [...] Se eu não busco esse paciente, o que fizeram lá, não sei como ele evoluiu, se ele foi transferido pra outro Hospital”. G1H</p> <p>“Com os hospitais, a gente já tem muita dificuldade. Sempre teve [...] com o hospital, a gente tem muito pouca articulação ou diálogo”. G1C</p>	<p>“Sim, essas articulações acontecem bastante. [...] Às vezes, o SAD manda e-mail, a gente fica sabendo via SAD; às vezes, o Hospital, às vezes já articulam as duas coisas juntas. [...] é caso a caso, a gente não tem nada sistemático, organizado pra reunião de discussão de caso, mas não é uma conversa difícil”. G1C</p> <p>“A gente registra via sistema, mas tem um formulário de acordo com a avaliação do médico [...] a equipe faz avaliação, vai até a casa e verifica se ele realmente é critério SAD ou não. Se for, eles acolhem, e, se não for, devolve para Unidade direcionando um possível tratamento”. G1S</p>
Samu 192		x	<p>“Ligado, que eu digo é assim, a gente tem uma proximidade muito grande. Então eu sei o que está acontecendo numa UPA 24 horas. É muito mais afinado”. G2C</p>	<p>“Eu penso dessa maneira: a gente sabe que os terciários estão todos “explodindo”, mas a gente tem que tentar, né? Às vezes, eu tenho paciente com baixa ou média complexidade que eu não preciso estar levando para Hospital terciário”. G3C</p> <p>“não estamos tendo muito problema. Casos mais graves, a gente também consegue direcionar pro Estadual”. G3H</p>	<p>“Demanda um pouco. Você quer saber o que demanda mais? É na morte. Para o médico ir, fazer a constatação [...] o serviço domiciliar foi, atendeu, descompensou e precisa levar para uma, e a gente vai lá”. G2C</p>

Quadro 3. (cont.)

Componentes	UBS	Samu 192	UPA 24h	Hospital	Atenção Domiciliar
UPA 24h	<p>“Nós temos Centros de Saúde próximos aqui. A gente tenta apoiar um ao outro, mas a interação não é... [...] quando nós damos altas aos pacientes, nós damos o encaminhamento para o Centro de Saúde também para que façam o seguimento [...] a gente verifica que o paciente às vezes não consegue vaga no Centro de Saúde, não consegue consulta, aí vem aqui [...] a gente tem que entrar em contato com eles e encaminhar de volta [...] mas isso não é uma coisa frequente. Não tem um canal específico”. G4C</p>	<p>“a gente tem uma excelente relação com o Samu, o Samu realmente é um serviço de excelência [...] a gente atende vários pacientes graves, vários pacientes que precisam de um deslocamento rápido, a gente consegue, sem perda”. G5C</p>	x	<p>“quando não consegue resolver os casos aqui [...] nós encaminhamos para o hospital central”. G4C</p> <p>“entre as UPAS e o Hospital, a gente é muito unido [...] entre as Coordenadoras há uma amizade. A gente criou um vínculo muito grande, porque, assim, é sempre uma reunião que uma diz que precisa de algo, a outra atende, então há um contato bem grande [...] com o Whatsapp, então, é grupo, e o vínculo é maior”. G2H</p>	<p>“tem o serviço, mas a gente não faz essa relação. Aqui, ou a gente dá alta ou vai internar [...] dizer que um caso vai ter alta e vai para o SAD não é rotina não”. GC4</p>
Hospital	<p>“A gente tem um sistema, mas são as patologias crônicas, como hipertensão, DPOC. Quando a gente dá alta aqui na enfermaria, consegue imediatamente agendar no Centro de Saúde [...] mas a relação precisa se estreitar mais, mesmo porque hoje em dia existe uma bi paridade. Nós temos uma Secretaria de Saúde e uma autarquia. Então, parece que tem um hiato entre a atenção básica e a urgência e emergência”. G6C</p>	<p>“O diálogo com o Samu melhorou muito [...] Então, a gente utiliza as vias normais e as pessoais para resolver as coisas [...] a gente tenta desviar os casos. Quando está cheio, comunico o Samu”. G6C</p> <p>“Não, nem (Samu) regional. Hoje a gente usa o serviço da Prefeitura. A gente chama de 192, e aí eles que fazem as remoções, inclusive nas casas [...] são 196 mil habitantes. A gente precisava, né? Mas não tem”. G3S</p>	<p>“nós temos a facilidade da Geografia porque a UPA é na frente aqui do hospital. Então, o cirurgião consegue ir lá ver, o ortopedista, o vascular e o neurocirurgião”. G3S</p> <p>“a ideia é muito bacana, assim, tirar realmente um paciente de uma UPA. Você põe no Hospital e pega um paciente no Hospital e manda pra casa logo. Só que, aí, sempre trava [...] enquanto os médicos grandes não forem comandados, vai demorar um pouquinho pra gente conseguir fazer”. G1S</p>	x	<p>“Uma coisa que funciona muito bem é o nosso SAD. Os pacientes crônicos que precisam de cuidados domiciliares. A gente consegue desospitalizar muitos pacientes. Então, isso é um fator muito positivo para a gente”. G6C</p>
Atenção Domiciliar	<p>“com a UBS, a gente fez um planejamento [...] as UBSs não conheciam o SAD. Começa um trabalho de aproximação, visitando todas as UBSs, pedindo espaço de reunião de equipe, pra se apresentar e apresentar o que era o SAD, fluxo [...] teve muita discussão de caso conjunta depois”. G7C</p>	<p>“Samu? É bem pontual. Não tem uma discussão, um pensar junto protocolo, né? A gente precisa do Samu em algum momento, quando tem uma opção da família do óbito ser no domicílio [...] é muito difícil essa conversa”. G7C</p>	<p>“É feito no cotidiano. Tem algumas UPAS que você consegue [...] está personalizado nesse sentido. E heterogêneo porque, em outras UPAS que você manda, pede apoio pra paciente paliativo, e dizem: “não, não tem o que fazer com o paliativo” [...] não tem uma articulação, a gente não senta, não tem notícias”. G7C</p>	<p>“Teve uma tentativa pra que a gente tentasse construir junto à rede hospitalar, que é a visita, conhecer o paciente no leito ainda [...] a gente fez umas três visitas, mas a informação se perde dentro do hospital [...] A coisa na rede hospitalar é mais dura, mais hierarquizada”. G7C</p>	x

Quadro 3. (cont.)

Componentes	UBS	Samu 192	UPA 24h	Hospital	Atenção Domiciliar
Atenção Domiciliar	<i>"nas UBS, a gente nota uma grande demanda de casos crônicos [...] a gente tem um protocolo de encaminhamento. Existe um formulário de encaminhamento preenchido pelo médico com relato atual do caso e os documentos necessários". G2S</i>	<i>"tem um fator dificultante, porque não tem Samu. A gente não tem esse serviço. Tem o transporte sanitário e o corpo de bombeiros". G2S</i>	<i>"Então, isso vai da qualidade de cada profissional. É difícil falar assim que existe um protocolo. Nós não temos para esse tipo de encaminhamento [...] tem profissional que prefere fazer o relato por escrito [...] O contato telefônico eu acho que funciona mais, geralmente de médico para médico [...] a gente tem relatos de familiar que às vezes o médico do pronto-socorro nem pega a cartinha pra ler". G2S</i>	<i>"na alta, o hospital verifica que o paciente está estável e já nos aciona. Às vezes, o paciente está internado ainda, já faz contato conosco e já direciona o encaminhamento [...] principalmente os pacientes que vão para o pronto-socorro para colocação de sonda nasoenteral. Normalmente, todos eles encaminham para nós por conta do nosso setor ter o serviço de nutrição". G2S</i>	x

Fonte: elaboração própria.

Planejamento territorial

A organização das regiões de saúde e das redes a partir do planejamento territorial está presente nos relatos não só como reconhecimento dos territórios, mas, também, de outros interesses que os atravessam:

Essas coisas aparecem não só porque é uma demanda epidemiológica, mas existe uma importância de outro nível, acadêmica [...] a depender da necessidade do departamento, acaba essa demanda vindo, cria-se um serviço, a rotina, o fluxo. (G3C).

Os depoimentos remetem à regionalização enquanto diretriz para a organização da RUE, entretanto, há relatos de dificuldades de operacionalização do conceito:

Quanto mais distante, mais regional, mais dificuldade [...] quanto mais você vai alargando, mais dificuldade você vai identificando. A gente pensa em fazer consórcio, fazer coisas junto, mas a prática é muito difícil. (G3C).

A localização dos hospitais regionais surge como problema no acesso, produzindo

iniquidades, a depender do município de origem dos usuários:

É um dos piores lugares da região para se escolher, porque a estrutura do município é muito baixa [...] não tem leito de internação [...] toda a demanda vem pra cá. (G2E).

E, ainda:

Esse hospital teria que ter papel microrregional [...] então, esse grupo médico foi sempre muito mais forte e conseguiu transformar num hospital exclusivamente municipal. (G3E).

Qualidade

Os gerentes relatam arranjos e instrumentos para a qualificação do cuidado, mesmo reconhecendo barreiras: *"os profissionais também são matriciados, tomam conhecimento do assunto e depois vão tendo outras posturas, outras decisões, outros direcionamentos"* (G3E).

O Samu, ausente na maioria dos municípios da região, é descrito, em especial, pela regulação médica, como elemento central para a qualificação da RUE:

A regulação médica do Samu, que é o coração do sistema... essas cidades aí [que não têm Samu], é tudo telefonista que despacha. Não é médico. A qualidade vai 'pro saco'. (G3C).

Articulação interfederativa

A relação interfederativa aparece como condição necessária para a gestão de redes regionalizadas. As narrativas remetem, principalmente, para a relação entre os municípios e a gestão estadual:

O Governo do Estado só faz de conta [...] ele se desresponsabiliza com a sua competência. Ele gosta de fazer mais propaganda pra saúde [...] então criam-se serviços de aparência. (G3C).

E, ainda:

A gente percebeu que a parte do estado, ficou a desejar. O estado fala que ele investe em aeronave e acaba não repassando a parte do Samu. (G3H)

Regulação

A regulação emerge enquanto arranjo tecnológico capaz de articular os componentes da RUE. Em especial, a Central de Regulação do Samu é valorizada nas narrativas:

a Regulação do Samu é um plus, pra ordenar um pouco mais a qualidade dos serviços [...] se eu tenho um acidente grave, e o recurso não cabe naquele hospital do município, ele já vai encaminhado pro estadual, que é referência. (G3H).

Em alguns relatos, a regulação de vagas centralizada pelo estado na Cross é referida como insuficiente para garantia de acesso qualificado, ficando para os serviços o ônus desse 'descuidado':

As UPAs estão ficando com pacientes graves [...] a gente deixa 24 horas, insere na Cross, [...] a

sensação é de incompetência nossa, não do órgão regulador. (G3H).

A descentralização da Cross é compreendida como necessidade, partindo da premissa de que uma regulação regional teria maior conhecimento e proximidade com a RUE no território. O projeto que estava em andamento foi interrompido:

Como na Cross muda muito, cada dia um médico, eles não têm um vínculo com essa região, não conhecem como a gente [...] foi formalizado o projeto de regionalizar, destinado o recurso, iria começar, mas houve a mudança de governo estadual, então foi temporariamente arquivado. (G3E).

Discussão

O contexto da prática é onde a política está sujeita a interpretação e recriação, é onde ela vai produzir efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na proposição original¹². No caso da RUE, o diálogo com gerentes dos serviços evidenciou que a política de reorganização dos serviços de urgência e emergência em rede não é reconhecida pelos entrevistados como uma política nacional de saúde. Mesmo com a forte indução financeira federal, a RUE não aparece como uma política internalizada para as equipes que a operam cotidianamente.

Outro aspecto importante que emergiu da pesquisa dialoga com a análise de Jorge et al.³, de que o repasse de recursos financeiros, por si só, não garantiu a efetivação das redes e que a implantação da RUE não se fez acompanhada de mudanças do modelo assistencial. Nessa mesma direção, Padilha et al.¹⁴ observaram na Região Metropolitana de São Paulo a ausência de arranjos capazes de envolver e articular em ação comunicativa todos aqueles com exercício de poder nos pontos de atenção e espaços de gestão da RUE, garantindo permeabilidade aos serviços.

Os gerentes identificam elementos da RUE em suas práticas gerenciais e assistenciais, tais como a implantação de UPA, protocolos, classificação de risco, tecnologias assistenciais, arranjos regulatórios e linhas de cuidado. O desconhecimento das portarias, da formalização dos arranjos em uma política, não impede que a rede seja construída e disputada no cotidiano dos serviços.

Em pesquisa realizada com gerentes de componentes da RUE no Rio Grande do Sul, foi identificado o precário conhecimento dos entrevistados sobre os fluxos para usuários acometidos por AVC: eles parecem desconhecer sua responsabilidade, transferindo-a para outros gestores¹⁵. Essa dimensão de desresponsabilização, todavia, não foi identificada na região de saúde investigada.

Cecílio⁹, ao relatar a relação de estranhamento dos gestores com o espaço micropolítico da produção do cuidado, observa que muitas das políticas formuladas se veem subordinadas a esquemas teórico-conceituais que não dão conta da complexidade da realidade. Na dimensão dos serviços, estudos reforçam que não há capilarização da política da RUE para as equipes de saúde. Pesquisa com gestores e profissionais que atuam em um centro de trauma na região Centro-Oeste do Brasil sugere o desconhecimento dos profissionais quanto à inserção do hospital na rede e os fluxos pactuados¹⁶. Entrevistas com médicos de hospitais e do Samu em Belo Horizonte também evidenciaram a necessidade de intervenções que alinhem conceitos inerentes à organização em redes de atenção à concepção vivida na prática¹⁷. Para Chioro et al.¹⁸, tão importante como pactuar é produzir a internalização das redes junto aos trabalhadores e serviços que a compõem, sem a qual ficarão restritas à mera dimensão cartorial, utilizadas somente para habilitação de serviços e captação de recursos.

Neste estudo, muitas das intencionalidades, dos objetivos e desafios da RUE foram declarados e relatados nas entrevistas, permitindo que o contexto da prática seja aqui discutido

através de duas questões analisadoras: reflexos e contingências dos movimentos da gestão na produção de redes; e a RUE em cena.

Reflexos e contingências dos movimentos da gestão na produção de redes

Decisões de cada ente federativo impactam a produção da RUE com diferentes consequências. Assim, a decisão do governo estadual de São Paulo de não cofinanciar o Samu e manter a regulação centralizada, além da ação de alguns municípios para estimular a implantação de dispositivos e arranjos produtores de redes de cuidados, acabou interferindo na construção da RUE. Também, as reestruturações administrativas, como a adoção de modalidades de gestão por meio de autarquias ou organizações sociais, refletem diretamente na organização dos serviços. Ainda, a interposição de barreiras de acesso para usuários de outros municípios, mesmo para referências pactuadas, compromete a integralidade do cuidado na perspectiva regional. Assim, ações das equipes de saúde no contexto da prática são também moduladas por decisões de diferentes atores em situação de governo.

A indução e a implementação da RUE nos territórios não podem prescindir de integração e articulação nas estratégias de gestão, quando se trata de planejar e programar, regular e financiar as ações e os serviços³. Embora os três entes federados sejam autônomos, ainda que com diferentes potências, o desenho interfederativo brasileiro exige a realização de responsabilidades concorrentes e um alto nível de concertação para a operacionalização do SUS¹⁸. Após décadas de descentralização da gestão, marcada pela municipalização, observaram-se ampliação do acesso à atenção básica e dificuldades para referência para a atenção de média e alta complexidade, indicando a necessidade de efetivação da regionalização para garantir acesso integral à saúde¹⁹.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR) são as instâncias formais de pactuação. Foram

implantadas como espaços de inovação, formulação e produção de consensos, mas sua implementação é, muitas vezes, marcada pela cultura política burocrática e clientelista²⁰ que perpetua poderes e não contribui para uma pactuação regional viva, que de fato ajude na construção de redes regionalizadas. Para Moreira et al.²¹, o sistema político-partidário e o poder executivo estadual são os grandes ausentes nas coalizões de apoio às políticas de regionalização do SUS. Padilha et al.¹⁴ observaram relações assimétricas de poder que geram contenciosos, como o subfinanciamento federal, o não cofinanciamento estadual, a fragilidade dos instrumentos cooperativos de pactuação e a concorrência entre os entes federativos e suas redes de serviços. Com relação à ação do ente estadual na construção de redes regionais, estudos relataram a insuficiente capacidade de coordenação dos governos estaduais^{3,19}, muitas vezes, restrita ao seu papel de gestores dos próprios serviços²². Essa ausência da coordenação estadual na RUE também é fortemente relatada pelos entrevistados desta pesquisa.

As relações desiguais de poder entre os municípios também atuam produzindo iniquidades. Para Chioro et al.¹⁸, um dos mais complexos desafios para o SUS é garantir acesso integral aos cidadãos de pequenos municípios, o que só pode ser efetivado na perspectiva da regionalização. Mendes et al.²² destacam a necessidade de os pactos contemplarem solidariamente os municípios com maiores dificuldades socioeconômicas, epidemiológicas, demográficas e de oferta de serviços. O acesso aos serviços de média e alta complexidade é dificultado, muitas vezes, por disputas locais e barreiras impostas por gestores municipais que não cumprem as pactuações regionais¹⁹, já que, muitas vezes, os pactos interfederativos são estabelecidos como instrumentos burocráticos, sem a responsabilização dos gestores¹⁸. Terminam por impor contingências que restringem o acesso e a integralidade da atenção à saúde.

Nesta investigação, portanto, foi central a percepção da importância da produção

cotidiana de espaços de pactuação e comunicação entre os serviços, para que os fluxos e protocolos combinados deixem sua forma burocrática e tenham impacto na produção do cuidado, numa perspectiva mais integral.

A RUE em cena

As práticas relatadas expressam possibilidades e limites da RUE, em diálogo com suas intencionalidades. Para análise da RUE em cena, destacam-se três questões recorrentes nos relatos: a relação entre a atenção básica e as portas de urgência no atendimento à demanda espontânea; a regulação médica do Samu enquanto promotora de acesso e qualidade; e a (des)continuidade no cuidado em saúde.

A relação entre as UBS e as portas de urgências 24 horas é uma questão mal resolvida. Embora o acesso à demanda espontânea na atenção básica já viesse sendo trabalhado mesmo antes da RUE, há resistência em conceber as UBS enquanto serviços de portas abertas. Quando a situação é de emergência (casos mais graves), há menor reconhecimento ainda da atenção básica enquanto integrante da RUE. Definidas nas normativas como responsáveis pela ampliação do acesso e pelo primeiro cuidado às urgências e emergências até a transferência a outros pontos de atenção⁵, as UBS ainda são vistas por gestores, trabalhadores e usuários como um lugar de coisas simples⁹. No presente estudo, observa-se um dilema sobre a demanda de casos considerados simples, atendida pelas UPA, que, no entendimento de seus gerentes, deveria ser acolhida nas UBS. Também entendem que o deficiente acompanhamento e controle de doenças crônicas na atenção básica gera uma demanda de casos agudizados para as UPA. Já os gerentes de UBS referem dificuldades em estabelecer conexões com as UPA e uma grande deficiência no processo do contrarreferenciamento desses usuários para a atenção básica.

Estudo realizado em Belo Horizonte observou que a demanda que chega às UBS e aos serviços de urgência era por consultas médicas,

motivada por afecções leves, verificando-se duplicidade na utilização dos serviços: em geral, o usuário costuma procurar as emergências quando considera que o problema de saúde é grave ou quando avalia que a atenção básica não irá resolver seu problema de saúde²³. A expansão acelerada das UPA no Brasil, sem a efetiva organização em rede, também contribuiu para a reprodução do modelo tradicional de pronto atendimento²⁴. Porém, a implantação da Classificação de Risco nas UPA, compreendida como elemento de qualidade e humanização, constitui-se em potente tecnologia aplicada à gestão do cuidado e dos serviços de urgência e emergência²⁵, desde que estejam integradas na RUE para ampliar a resolutividade²⁶. Na realidade, para efetivação da rede, há necessidade de integração territorial e conexões com a atenção básica. Ambas precisam ser compreendidas enquanto portas de entrada da RUE que são acessadas pelos usuários em diferentes situações, segundo seus próprios critérios e necessidades, e que são serviços corresponsáveis no cuidado à saúde. Este estudo reforça a importância da superação desse desenho idealizado sobre qual deve ser a porta de entrada do usuário no sistema, desconsiderando a autonomia desse sujeito na produção de sua rede de cuidados.

O Samu foi o primeiro componente da Política Nacional de Atenção às Urgências implantado no País²⁷. Os resultados desta pesquisa corroboram o destaque dado à ação central de regulação médica do Samu enquanto promotora de ampliação de acesso e qualidade na RUE. Sua estruturação e seu funcionamento podem se beneficiar do controle do fluxo e da qualidade de serviços, dependendo da capacidade de uso dos elementos constitutivos do sistema de regulação²⁸. O que se observa é que a central de regulação do Samu detém poderes para garantir o acesso de usuários com quadros de maior gravidade a serviços hospitalares pelo acesso direto ou pela determinação de vaga zero, quando o médico regulador exerce sua autoridade sanitária para determinar o local de atendimento. Essas ações emprestam ao

Samu um poder real e simbólico, reforçado pelo uso da marca, da frota e do uniforme padronizados, que materializam a autoridade de suas equipes²⁹.

A vaga zero é relatada pelos entrevistados como um atalho para acesso à assistência hospitalar em situações de emergência. No caso da região estudada, de 20 municípios que a compõem, apenas três possuem Samu, restando aos demais serviços transporte sanitário local desprovido de regulação médica e da autoridade sanitária. No Brasil, observa-se implantação desigual do Samu entre estados e regiões, devido à capacidade dos estados e à sua decisão de financiar e regionalizar a organização da oferta²⁷. No caso do estado de São Paulo, os relatos apontam que a recusa do governo estadual de cofinanciar o Samu é fator importante para impedir sua expansão. Neste estudo, a cobertura desigual apareceu como produtora de iniquidades, uma vez que alguns municípios que possuem o serviço provido de regulação médica terminam obtendo maior acesso às referências hospitalares especializadas, ficando os demais (sem Samu) dependentes da regulação estadual centralizada e sujeitos às dificuldades operacionais já descritas.

A continuidade do cuidado é uma diretriz da RUE para garantia da produção da integralidade⁵. Nas narrativas dos gerentes, foi possível observar tanto situações de maior produção de redes como de ausência de redes, tal qual Hadad e Jorge³⁰ já haviam relatado em estudo com usuários-guia egressos de internações hospitalares. Também observaram-se diferentes compreensões de rede, que expressam distintas racionalidades. Algumas remetem às redes formatadas através de estruturas e fluxos. Há, também, evidências que indicam a conformação de redes vivas, que se conectam com a vida dos usuários, produzidas a partir da tessitura do cuidado e das necessidades em saúde³¹.

Na RUE, a continuidade do cuidado deveria ser garantida mediante a disponibilidade de tecnologias e recursos, as articulações entre os

pontos de atenção e a organização de linhas de cuidado⁵. Neste estudo, os gerentes relataram certa organização através de fluxos e grades de referências pactuadas, eventualmente, com limitações de acesso e resolubilidade, mas que são viabilizados por múltiplos caminhos, formais ou não, e algumas possibilidades de conexões entre serviços e equipes de saúde. A potência da articulação aparece diretamente relacionada com a existência de espaços vivos de pactuação e articulação entre os trabalhadores dos diversos serviços.

Os casos de AVC e de trauma assentam-se em bem estruturados protocolos de cuidado e referenciamento, compreendidos como planos de resposta rápida para situações graves, cuja resolubilidade é, na maioria das vezes, efetiva. Estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul¹⁹ demonstrou a importância do conhecimento dos fluxos e processos de trabalho para o atendimento ao AVC, pois a não utilização das ferramentas e dos dispositivos para efetivação dessa linha de cuidado leva à fragmentação da assistência. Com relação ao trauma, pesquisa realizada em Minas Gerais identificou movimentos de redes vivas na busca por parte dos usuários da continuidade do cuidado, evidenciando a potência dos encontros entre usuários, familiares e profissionais de saúde, mas, também, a incipiência na formação de redes formais capazes de acolher e resolver suas necessidades³⁰.

O que se observou na região estudada é que o atendimento de emergência, mesmo que com algumas limitações, foi garantido. O Samu, as UPA, os hospitais e mesmo as UBS, em algumas situações, realizaram o primeiro atendimento, reverteram quadros graves e/ou de sofrimento e estabilizaram as condições de saúde, na medida do possível. A questão que se coloca são as dificuldades para a continuidade do cuidado. As ações de reabilitação, cirurgias eletivas e procedimentos diagnósticos especializados nem sempre estavam acessíveis. Ao contrário, muitas vezes sequer eram reconhecidas como algo que deveria ser produzido em rede. Em estudo que analisou o acesso à reabilitação para vítimas de acidentes de

trânsito no Brasil³², foram relatadas enquanto barreiras a burocracia administrativa, a oferta insuficiente de serviços e a desarticulação entre os hospitais e serviços ambulatoriais. O insulamento das unidades hospitalares observado neste estudo, ou seja, sua baixa conectividade com os demais componentes da RUE, também foi descrito por Beltrammi e Reis³³ como causa e consequência da fragmentação dos sistemas universais de saúde em seus processos históricos de conformação. Observou-se na região estudada que as articulações dos hospitais e UPA com as UBS são frágeis e baseadas em relações pessoais entre profissionais e gerentes, não havendo rotinas regulares para acompanhamento pós-alta.

A linha de cuidado do IAM apresenta-se como nó crítico na região estudada. Apesar de contar com estrutura, capacidades técnica e profissional importantes na área de cardiologia, os relatos apontam para dificuldades para acesso a cirurgias e, principalmente, procedimentos de hemodinâmica. Pesquisa realizada no município de São Paulo demonstrou que a organização de uma rede de tratamento, envolvendo diagnóstico, reperfusão, transporte imediato e hospital de retaguarda, resultou em melhora imediata dos resultados para o IAM³⁴. Isso não é evidenciado na região deste estudo, onde o acesso ao procedimento de cateterismo e às cirurgias de revascularização miocárdica é comprometido.

Com relação aos instrumentos de articulação em rede, foram observados dispositivos formais e informais, construídos para casos e contextos singulares. Para a regulação, por exemplo, variados dispositivos foram utilizados, incluindo sistemas informatizados, contatos pessoais, sistemas manuais, núcleos hospitalares e grupos por aplicativo (WhatsApp). Em estudo realizado em município de grande porte no estado de São Paulo, também foram identificados arranjos tecnológicos capazes de produzir cuidado centrado no usuário: nesses casos, o complexo regulador foi utilizado de forma coadjuvante na garantia do acesso; e, nos serviços, verificaram-se arranjos com potência para a realização de uma

regulação produtora do cuidado em rede³⁵. Assim, a indução da produção viva de arranjos mais dialógicos de articulação entre pontos de atenção na RUE constitui-se em estratégia potente para a continuidade do cuidado.

Percebeu-se que os atores em cena no campo da prática na RUE reinterpretaram e adaptaram os textos da política de saúde formulada. Houve resistências, conflitos e tensões, explícitos ou não, que atravessaram as redes e que puderam reproduzir ou produzir iniquidades. Entretanto, houve produção de cuidado evidenciada pelos distintos movimentos de produção de redes identificados e valorizados pelos gerentes. Como efeitos de primeira ordem, puderam-se identificar, de forma desigual, o acréscimo no financiamento e a implantação ou ampliação de serviços, arranjos e tecnologias. Enquanto efeitos de segunda ordem, observaram-se a ampliação do acesso e uma integralidade restrita, que, embora ocorram de forma também desigual, não deixaram de ser ganhos no processo de consolidação do SUS.

Considerações finais

A aproximação com a RUE em cena mostra limites e possibilidades da indução de uma política pública de saúde formulada em âmbito nacional. Demonstra que uma política, com intencionalidades de ampliação do acesso e produção de atenção integral na sua formulação, tem sua implementação disputada no cotidiano dos serviços, atravessada por forças e interesses diferentes. Mesmo assim, há evidências de movimentos e produções vivas induzidas pela política, ou mesmo para além dela, que qualificam o cuidado em saúde em situações de urgência e emergência.

Conexões frágeis e não regulares entre os serviços ampliam as iniquidades e explicitam a necessidade de articulação entre os componentes em rede. O Samu, compreendido como importante articulador da rede e promotor de qualidade pela regulação médica da

emergência, segue com baixa cobertura na região estudada, ainda que seja o mais antigo componente da RUE estruturado no País. As relações entre atenção básica, assistência domiciliar, UPA e hospitais são desafios importantes na produção da rede, e, muitas vezes, são mais produzidas por fluxos informais do que pelas estruturas, desvelando o baixo investimento no fortalecimento dessas conexões tão centrais para a produção da rede.

Arranjos como acolhimento, classificação de risco e regulação são compreendidos e implementados de distintas formas. Uma melhor organização e ampliação do acesso em situações de urgência e emergência foi o resultado mais presente nos vários serviços estudados, como consequência da implantação da RUE. Entretanto, a integralidade aparece comprometida pela desarticulação e descontinuidade do cuidado em rede.

No contexto da prática, fica reforçada a importância de se considerarem as dinâmicas e os cenários locais, os arranjos que organizam cada serviço de saúde e a conexão entre eles, para a construção de políticas públicas que promovam equidade e justiça social. Compreender a RUE enquanto política pública que promova acesso e integralidade e fortaleça a capacidade do SUS de se conectar e defender a vida e o direito à saúde no Brasil.

Colaboradores

Tofani LFN (0000-0002-1092-2450)*, Furtado LAC (0000-0001-7897-9739)* e Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuíram para concepção e desenho do estudo; aquisição, análise e interpretação dos dados; elaboração do manuscrito e revisão da versão final a ser publicada. Andreazza R (0000-0002-3332-2183)*, Nasser MA (0000-0001-8409-7265)* e Bizetto OF (0000-0001-7839-8109)* contribuíram para concepção e desenho do estudo; aquisição, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito e revisão da versão final a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Henderson AC. Patient assessment in emergency medical services: complexity and uncertainty in street-level patient processing. *J. Health and Hum. Serv. Adm.* 2013; 35(4):505-38.
- Obermeyer Z, Abujaber S, Makar M, et al. Emergency care in 59 low-and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2015; 93(8):577-586.
- Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcanti APS, et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulg. Saúde debate.* 2014; 52:125-145.
- O'Dwyer G, Konder MT, Machado CV, et al. The current scenario of emergency care policies in Brazil. *BMC.* 2013; 13(70).
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção à Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 8 Jul 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 30 Dez 2010.
- Organización Panamericana de La Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política e hoja de ruta para sua implementación em las Américas. Washington, DC: OPAS; 2010. (Serie La renovación de La atención primaria de salud en las Américas nº 4).
- 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):e00129616.
- Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não produzirmos “mais do mesmo”? *Saúde Soc.* 2012; 21(2):280- 289.
- Stake RE. Case Studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 435-454.
- Ball SJ. What is policy? Texts, trajectories and tool-boxes. *Discourse.* 1993; 13(2)10-17.
- Mainardes J. Abordagem do Ciclo de Políticas: Uma Contribuição para a Análise de Políticas Educacionais. *Educ. Soc.* 2006; 27(94):47-69.
- Mainardes J, Marcondes MI. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educ. Soc.* 2009; 30(106):303-318.
- Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde debate.* 2018; 42(118):579-93.
- Pinno C, Birrer JA, Colpo APF, et al. Acidente Vascular Encefálico: Desafio para os Gestores na Rede de Atenção à Saúde. *Rev. Enferm. UFSM.* 2014; 4(4):667-677.
- Soares EP, Scherer MDA, O'Dwyer G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde debate.* 2015; 39(106):616-26.
- Lima DP, Leite MTS, Caldeira AP. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. *Saúde debate.* 2015; 39(104):65-75.
- Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, et al. Reflexões para a Construção de uma Regionalização Viva. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1045-1054.
- Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1511-1524.

20. Mello GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1291-1310.
21. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1097-1108.
22. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):423-437.
23. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc.* 2013; 22(1):211-222.
24. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2017; (51):125.
25. Sacoman TM, Beltrammi DGM, Andreazza R, et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde debate.* 2019; 43(121):354-367.
26. Uchimura LYT, Viana ALA, Silva HP, et al. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde debate.* 2015; 39(107):972-983.
27. O'Dwyer G, Konder MT, Resciputti LP, et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(7):e00043716.
28. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. Saúde Colet.* 2016; 24(1):49-54.
29. Veloso IS, Araujo MT, Alves M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4):126-132.
30. Hadad ACAC, Jorge AO. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde debate.* 2018; 42(4):198-210.
31. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, et al. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(10):4769-4782.
32. Oliveira WIF, Sousa KMS, Melo LOM, et al. A qualitative study analyzing access to physical rehabilitation for traffic accident victims with severe disability in Brazil. *Disabilities Rehabilitation.* 2017; 39(6):568-577.
33. Beltrammi DGM, Reis AAC. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. *Saúde debate.* 2020; 43(5):94-103.
34. Caluza ACV, Barbosa AH, Gonçalves I, et al. Rede de infarto com supradesnívelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. *Arq. Bras Cardiol.* 2012; 99(5):1040-1048.
35. Freire MP, Louvison MCP, Feuerwerker LCM, et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde Soc.* 2020; 29(3):e190682.

Recebido em 06/11/2021

Aprovado em 24/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o projeto de estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

A judicialização na saúde suplementar: uma avaliação das ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017

Judicialization in supplementary health: an evaluation of lawsuits against a health plan operator, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017

Luís Edmundo Noronha Teixeira¹, Eli Iola Gurgel Andrade¹, Mariangela Leal Cherchiglia¹, Wesley Marini², Charles Ferreira de Souza²

DOI: 10.1590/0103-1104202213413

RESUMO A judicialização na saúde suplementar supera a que ocorre no setor público, evidenciando a fragilidade de sua regulação e dificultando o acesso aos planos de saúde. Serão analisadas ações judiciais contra uma operadora da saúde suplementar em Belo Horizonte, entre os anos de 2010 e 2017. Analisaram-se processos judiciais por meio de técnica de análise documental. As variáveis foram relativas à natureza do processo judicial, ao perfil dos beneficiários e às características das demandas. A Regressão de Poisson foi utilizada na avaliação de impacto e relevância das variáveis selecionadas, e o *software* R versão 3.6.1 para os testes de significância. No período de 2010 a 2017, foram movidas 6.090 ações. As principais causas são questões contratuais, negativa de procedimento, órtese/prótese e exames. Planos anteriores à ‘Lei dos Planos de Saúde’ correspondem a 3% da carteira e 37,4% da judicialização. Este estudo demonstrou que a possibilidade de judicializar é maior entre clientes masculinos, contratos individuais, planos assistidos em rede ampla, sem coparticipação. A judicialização é mais acessível a cidadãos de maior condição econômica. Questões contratuais evidenciam frágil regulação. Adequada regulamentação reduz o desequilíbrio entre clientes e operadoras. A Agência Nacional de Saúde Suplementar precisa exercer sua função reguladora.

PALAVRAS-CHAVE Judicialização da saúde. Saúde suplementar. Setor privado. Planos de sistemas de saúde.

ABSTRACT *Judicialization in supplementary health surpasses that which occurs in the public sector, evidencing the fragility of its regulation and making access to health plans difficult. Lawsuits against a Supplementary Health operator in Belo Horizonte, between 2010 and 2017, will be analyzed. Legal proceedings were analyzed using a document analysis technique. Variables were related to the nature of the legal process, the profile of the beneficiaries and the characteristics of the demands. Poisson Regression was used to assess the impact and relevance of the selected variables, and the R software version 3.6.1 for the significance tests. In the period from 2010 to 2017, 6090 actions were filed. The main causes are contractual issues, denial of procedure, orthosis/prosthesis and exams. Plans prior to the ‘Health Plan Law’, correspond to 3% of the portfolio and 37.4% of the judicialization. This study showed that the possibility of taking legal action is greater among male clients, individual contracts, plans assisted in a wide network, without co-participation. Judicialization is more accessible to citizens of higher economic status. Contractual issues show fragile regulation. Adequate regulation reduces the imbalance between customers and operators. The National Supplementary Health Agency needs to exercise its regulatory function.*

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
deiaegato@gmail.com

² Unimed BH – Belo Horizonte (MG), Brasil.

KEYWORDS Health judicialization. Supplemental health. Private sector. Health systems plan.



Introdução

A Constituição de 1988¹ estabelece o direito à saúde, direito social e fundamental, garantido a todos os cidadãos. O crescimento econômico, o acesso à educação e à saúde propiciaram, no período seguinte, um ambiente no qual tornou-se possível ao cidadão a busca da garantia de seus direitos. Desde então, um caminho cada vez mais utilizado é o da judicialização².

O termo judicialização é aplicado quando o poder judiciário necessita intervir em outro setor ou área da qual, a princípio, não participaria³. Essa intervenção, normalmente, tem por objetivo garantir os princípios e direitos constitucionais¹. Havendo a intervenção do Poder Judiciário nos campos político, social ou moral, ocorre, então, a judicialização⁴. Para Machado e Dain⁵, a judicialização ocorre quando o poder jurídico passa a intervir nas políticas públicas.

Atualmente, no Brasil, a judicialização da saúde atinge proporções preocupantes, acarreta imenso esforço ao judiciário, além de prejudicar o planejamento no sistema público, podendo, inclusive, agravar desigualdades no atendimento aos cidadãos⁶. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), em 2011, ocorreram 240.890 ações judiciais em saúde no Brasil⁷. Em 2015, essas ações chegaram a 300.000⁸. Conforme o relatório 'Justiça em Números 2020', do CNJ, são mais de 2 milhões de processos em tramitação nesse ano⁹.

No setor privado de saúde suplementar, além de solicitações assistenciais, a judicialização ocorre, também, por questões contratuais, com base na Constituição, na Lei dos Planos de Saúde¹⁰ e nos Direitos do Consumidor¹¹. Analisando estatísticas do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP), referentes à judicialização na saúde suplementar, Robba¹² identificou, em 2010, 1.095 ações julgadas; e, em 2015, 5.082 ações, configurando um crescimento próximo a 500%. Destaca-se que, no período de 2011 a 2016, o TJSP julgou em segunda instância mais ações contra planos de saúde (63.238 decisões) do que contra o Sistema Único de

Saúde (SUS) (49.959 decisões)¹³. O crescimento é confirmado quando se observa que, apenas no ano de 2019, o sistema judiciário de São Paulo julgou 34.613 ações contra planos de saúde¹⁴.

A judicialização da saúde, como vem ocorrendo no Brasil, contribui para iniquidades, quando determina políticas públicas ao SUS e interfere no orçamento, desviando recursos, desconsiderando a hierarquização e as prioridades¹⁵. Essa judicialização na saúde suplementar evidencia uma regulação ineficiente por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁶, mobiliza enormes recursos, encarecendo os planos de saúde, e é favorecida pelo fato de a judicialização ser implementada, na maioria das vezes, por solicitações de médicos que atuam no setor privado¹⁷.

O Brasil possui um sistema de saúde híbrido^{18,19}: O SUS público, que presta assistência integral e gratuita a toda a população, e a saúde suplementar, que assistia a 47 milhões de brasileiros (1/4 da população) em 2020²⁰. Esses usuários da saúde suplementar também podem judicializar contra o SUS. Por ser a saúde objeto de relevância pública, cabe ao Estado garantir a qualidade de sua assistência¹. Seja por essa garantia de qualidade, seja pela própria judicialização, esse tema é de grande relevância.

Percebendo a importância da saúde suplementar e a proporção que a judicialização na saúde suplementar atinge, afetando não apenas o sistema de saúde, mas, também, o sistema judiciário, este trabalho pretende avaliar as ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, contribuindo para o conhecimento desse complexo problema.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, cuja unidade de análise constituiu-se de processos judiciais individuais ou coletivos, cadastrados no banco de dados (cedido para

este estudo em caráter confidencial) da operadora de planos de saúde Unimed-BH, com sede na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil²¹. Essa operadora comercializa planos apenas na cidade de Belo Horizonte e em sua região metropolitana.

A operadora foi escolhida por ser uma das maiores operadoras de planos de saúde do Brasil e por, entre as grandes operadoras, ser a mais bem qualificada pela ANS, através do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)²².

Foram analisados processos judiciais cadastrados entre primeiro de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2017, ajuizados contra a operadora por seus clientes, reivindicando assistência médica e/ou discutindo ações pertinentes a seu contrato. Foram excluídos os processos nos quais não foi possível caracterizar pelo menos uma das variáveis deste estudo. A coleta de dados foi realizada no ano de 2018.

As variáveis analisadas foram: beneficiário: sexo (masculino/feminino), idade em anos (média, desvio padrão, mediana, intervalo interquartilico), idade categorizada (<= 19, 20-39, 40-59, 60 ou mais); características do plano contratado: tipo de contratação (individual/coletivo), rede assistencial (preferencial/ampla), regulamentação (regulamentado ou não conforme a Lei nº 9.656/98), abrangência da cobertura (coparticipativo, básico, abrangente, outros); e ações judiciais: motivos/causas (assistencial/não assistencial), caracterização (instância, liminar, recursos) e a decisão (favorável ou não).

Foram utilizadas proporções para comparar a ocorrência de judicialização e o

desfecho com as variáveis selecionadas. As análises comparativas foram realizadas para identificar possíveis diferenças e semelhanças significantes entre as características dos pacientes (demandantes) e as ações e seus resultados (deferimento ou não da demanda). A Regressão de Poisson foi utilizada na avaliação de impacto e relevância das variáveis selecionadas. Com o conhecimento acumulado sobre o tema, sabe-se que a distribuição do fenômeno estudado não tende a ser normal, portanto, utilizou-se a Regressão de Poisson. Para os testes de significância, foi utilizado o *software* livre R versão 3.6.1.

Os aspectos éticos e a confidencialidade deste estudo foram observados, e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Coep) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o nº 2.936.828. Este estudo faz parte do projeto 'A Saúde Suplementar do ponto de vista dos contratos coletivos: uma análise das contratações e negociações coletivas' (CNPq/GPES/FM/UFMG).

Resultados

No período de 2010 a 2017, foram ajuizadas 6090 ações contra a operadora. Desse total, 4.149 (68%) ocorreram devido à negativa de solicitações de assistência à saúde (denominadas neste trabalho como assistenciais). As outras 1941 ações (32%) devem-se a questões contratuais (chamadas não assistenciais). A *tabela 1* demonstra as principais causas.

Tabela 1. Número de ações judiciais em uma operadora de planos de saúde segundo tipo de demanda. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010-2017

Tipo de demanda	N	
	6.090	100
Assistencial	4.149	68,0
Negativa de Procedimento	1.901	31,2
Negativa de Órtese/Prótese	750	12,3
Negativa de Exame	601	9,9
Negativa de Internação	274	4,5
Negativa de Medicamento	223	3,7
Outras Citações	400	6,6
Não assistencial	1.941	32,0
Inadimplência	656	10,8
Reajuste de Mensalidade	512	8,4
Alterações Contratuais	481	7,9
Cobrança Indevida	135	2,2
Outras Citações	98	1,6
Cobertura	59	0,97

Fonte: Base de dados confidencial fornecida pela operadora²¹.

Com relação aos demandantes, conforme tipo de contrato (coletivo ou individual), os clientes com contrato individual, que representam 20% da carteira, foram responsáveis por 34,7% das demandas contra a operadora. Por outro lado, os clientes de contratos coletivos, cerca de 80%, representaram 60% do total de demandas.

Os planos contratados possuem outras características que os diferenciam: rede assistencial (local onde o cliente pode ser assistido), possuir coparticipação ou não (havendo coparticipação, o cliente tem um acréscimo em sua mensalidade quando o utiliza) e plano regulamentado ou não (plano não regulamentado ou antigo foi adquirido anteriormente à Lei dos Planos de Saúde nº 9.656/98, que passou a vigorar em janeiro de 1999).

Para realização deste estudo, os nomes dos planos de saúde comercializados pela empresa foram substituídos. O plano que se encontra na primeira posição no portfólio da empresa corresponde a Abrangente, com 13,2% da carteira (162.487 clientes) e 17,8% dos clientes

demandantes. O Abrangente é o plano de maior valor, que exige maior desembolso por parte do comprador.

O plano de menor valor foi nomeado Básico, com atendimento em uma rede restrita, sendo grande parte dela pertencente à operadora, prevendo apenas internação em enfermaria. No Básico, é introduzido o sistema de coparticipação. Quando o cliente utiliza o plano é cobrado um acréscimo em sua mensalidade proporcional à utilização. O Básico atende a 21,2% da carteira (260.964 clientes) e apenas 5,7% dos demandantes.

O plano com maior número de clientes, 54,7% (673.336 clientes), recebeu o nome de Coparticipativo, e, como previsto no nome, possui a coparticipação, que possibilita um dispêndio bem inferior ao do Abrangente, garantindo a mesma rede assistencial. Essa modalidade abrange 54,7% da carteira e possui 29,7% dos demandantes.

O plano Saúde da Família adota um modelo bastante semelhante ao da Estratégia Saúde da Família do SUS, com atendimento em uma rede

planejada, composta por médicos especialistas em saúde da família, e prevê coparticipação. O modelo representa 3,5% da carteira (43.084 clientes) e 0,2% dos demandantes.

O plano Anterior à Lei (Lei nº 9.656/98) é responsável por 3% da carteira (35.698 clientes), mas atinge 34,7% dos demandantes. Existem, ainda, 4,5% de clientes (55.393) com planos diversos, chamados de Outros, oriundos de cooperativas absorvidas pela operadora. Nesse grupo, o percentual de demandantes é de 9,2%. Os planos Anterior à Lei e Outros possuem as mesmas características do Abrangente. É importante ressaltar que os planos anteriores à lei não são regidos pela atual Lei dos Planos de Saúde (Lei nº 9.656/98), de modo que a obrigação da operadora se restringe apenas ao que consta no contrato.

A idade dos clientes demandantes é outra variável analisada, sendo que a incidência de

demandas cresceu conforme o aumento da idade. Os clientes na faixa etária de zero a 19 anos são 297.645, correspondendo a 24,18% da carteira, e são responsáveis por 4,1% da judicialização. Entre 20 e 39 anos, os usuários correspondem a 34,6% da carteira e 18,8% da judicialização. No intervalo entre 40 e 59 anos, são 30,5% da carteira e 20,4% da judicialização. A população de clientes acima de 60 anos, que corresponde a 10,76% do total de clientes, é responsável por 50,7% de todas as demandas no período de 2010 a 2017. Em 6% das ações, não foi possível identificar a idade do litigante.

Tópico importante na discussão dos resultados é o desfecho das ações. Considerando as ações que possuem decisão em alguma instância, encontrou-se decisão favorável ao demandante em 81% delas, e, quando a solicitação é assistencial, as decisões favoráveis ao demandante atingem 89% (tabela 2).

Tabela 2. Decisões judiciais nos processos abertos no período de 2010 a 2017

Processos	Assistencial	%	Não Assistencial	%	Total	%
Deferido	2.091	89	802	65	2.893	81
Deferido em Parte	46	2	41	3	87	2
Indeferido	210	9	390	32	600	17
	2.347	100	1.233	100	3.580	100

Fonte: Base de dados confidencial fornecida pela operadora²¹.

Além do desfecho, também são relevantes a tutela antecipada (liminar) e o tempo de trâmite das ações na justiça. Desse modo, nas ações contra essa operadora, a tutela antecipada foi solicitada em todas. Pode-se dizer que foi sempre deferida, visto que apenas 7 (sete) foram negadas, de um total de 6.090.

Com relação ao tempo de trâmite, das 6.090 ações, 2.174 possuem decisão em primeira instância, 1.964 em segunda instância, e apenas 139 em terceira instância. Existem 1.813 ações sem decisão alguma. Tais números demonstram que as ações são bem demoradas e, aparentemente, prolongam-se por todas as instâncias possíveis.

Na tabela 3, analisando-se cada variável de maneira independente, percebe-se que a possibilidade de judicializar é menor para o sexo masculino. Na variável idade, tanto a média como a mediana demonstram que, entre os demandantes, há um percentual maior de indivíduos com idade mais elevada. Analisando a faixa etária, fica evidente que a possibilidade de judicializar aumenta com a idade, sendo bem mais frequente após os 60 anos. Com relação ao tipo de contrato, os individuais e aqueles assistidos em rede ampla favorecem a judicialização. Plano Anterior à Lei (que regulamenta os planos de saúde) é a variável que mais favorece a judicialização. Na variável

tipo de produto contratado, os planos Básico e Saúde da Família inibem a judicialização, enquanto os planos Abrangente e Outros

aumentam a chance de judicializar, quando se tem por base o coparticipativo.

Tabela 3. Características demográficas dos beneficiários e dos planos contratados segundo serem ou não demandantes de ações judiciais contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010 a 2017

Variável	Total		Demandantes		Não demandantes		IC 95%	valor de p
	N	%	N	%	N	%		
	1.230.962	100	6.090	0,50	1.224.872	99,50		
Sexo								
Feminino	658.521	54,48	3.295	57,60	655.226	54,47		
Masculino	550.126	45,52	2.425	42,40	547.701	45,53	0,84-0,93	<0,01
Idade								
Média (DP)	36,60 (21,39)		56,35 (20,75)		36,54 (21,36)		1,041-1,043	<0,01
Mediana (IIQ)	36,00 (30,00)		60,00 (32,00)		36,00 (30,00)			
Faixa Etária								
<= 19 anos	291.040	23,64	257	4,49	290.783	23,73		
20 a 39 anos	422.850	34,35	1.162	20,31	421.688	34,42	2,71-3,56	<0,01
40 a 59 anos	328.334	26,67	1.258	21,99	327.076	26,69	3,79-4,96	<0,01
60 ou mais	188.738	15,33	3.043	53,20	185.695	15,16	16,05-20,71	<0,01
Tipo contratação								
Coletivo	982.467	79,81	3.654	63,34	978.813	79,91		
Individual	248.496	20,19	2.115	36,66	246.381	20,11	2,14-2,38	<0,01
Rede								
Preferencial	326.103	26,49	362	5,94	325.741	26,59		
Ampla	904.860	73,51	5.728	94,06	899.132	73,41	4,80-5,94	<0,01
Anteriores à Lei								
Não	1.189.034	96,59	3.812	62,59	1.185.222	96,76		
Sim	41.928	3,41	2.278	37,41	39.650	3,24	4,80-19,78	<0,01
Produto								
Coparticipativo	661.731	53,76	1.808	29,69	659.923	53,88		
Abrangente	163.460	13,28	1.081	17,75	162.379	13,26	2,25-2,62	<0,01
Básico	255.262	20,74	350	5,75	254.912	20,81	0,44-0,56	<0,01
Saúde da Família	38.635	3,14	12	0,20	38.623	3,15	0,06-0,20	<0,01
Outros	118.874	9,09	2.839	46,62	109.035	8,90	7,57-8,55	<0,01

Fonte: Base de dados confidencial fornecida pela operadora²¹.

Por meio da Regressão de Poisson, examinou-se como se comportam essas variáveis, em conjunto. Nessa análise, a chance de o demandante ser do sexo masculino é maior, diferente do resultado da *tabela 3*. Quanto à idade, a possibilidade de o demandante possuir

60 anos ou mais é grande. Nas variáveis tipo de contrato, rede assistencial e anterior à lei ou não, a possibilidade de judicializar é maior quando o cliente possui contrato individual e é assistido em rede ampla, aumentando ainda mais caso o plano seja anterior à lei. Na

variável tipo de produto, houve surpresa ao se constatar que os planos Básico e Saúde da Família favorecerem a judicialização, além do

Abrangente e Outros, tendo o Coparticipativo como padrão, conforme demonstra a *tabela 4*.

Tabela 4. Modelo múltiplo de Regressão de Poisson para fatores associados à demanda por ação judicial contra uma operadora de planos de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010 a 2017

Variável	Categoria	RP	Erro-padrão	Valor-p	IC95%
Sexo	Feminino	1,00			
	Masculino	1,15	0,03	<0,01	1,09-1,21
Faixa etária	<= 19 anos	1,00			
	20 a 39 anos	3,18	0,07	<0,01	2,79-3,65
	40 a 59 anos	3,58	0,07	<0,01	3,14-4,11
	60 ou mais	6,99	0,07	<0,01	6,13-7,99
Tipo contratação	Coletivo	1,00			
	Individual	1,86	0,03	<0,01	1,76-1,96
Rede	Preferencial	1,00			
	Ampla	433,74	0,95	<0,01	82,27-2291,87
Anterior à Lei	Não	1,00			
	Sim	8,86	0,08	<0,01	10,30-11,90
Produto	Coparticipativo	1,00			
	Abrangente	2,10	0,04	<0,01	1,94-2,26
	Básico	244,76	0,95	<0,01	46,26-1290,78
	Saúde da Família	57,45	0,99	<0,01	9,67-336,91
	Outros	1,30	0,08	<0,01	1,12-1,51

Fonte: Base de dados confidencial fornecida pela operadora²¹.

A análise estatística confirma a grande maioria das constatações anteriores. Na *tabela 4*, fica evidente, de maneira estatisticamente significativa, que, neste estudo, a possibilidade de clientes do sexo masculino judicializarem é maior. A possibilidade de judicializar cresce de acordo com a idade, sendo bem maior após os 60 anos. A probabilidade de um cliente portador de um contrato individual judicializar é bem maior que de um portador de contrato coletivo. Clientes assistidos em rede ampla (livre escolha) também apresentam maior probabilidade de judicializar quando comparados aos assistidos em rede preferencial.

Com relação à regulamentação, nos planos não regulamentados (anteriores à Lei nº 9.656/98), a judicialização é extremamente maior. Ao se avaliar o tipo de plano, todos são favoráveis à judicialização, quando comparados ao Coparticipativo.

Após a análise estatística, apenas o plano Básico não confirmou as tendências apontadas pela análise descritiva. Apesar de possuir coparticipação, ser atendido em rede restrita e ser o plano que requer menor dispêndio, sua possibilidade de judicializar é maior que o Coparticipativo.

Discussão

Foram encontradas 6.090 ações judiciais, correspondendo a 0,5% dos clientes, em 31 de dezembro de 2017 (1.230.962). Trabalho que analisa a judicialização no convênio Cassi, no período de 1998 a 2009, indica 7271 ações, em um universo de 681.282 clientes, correspondendo a 1% dos clientes. Considerando-se apenas o período de 2002 a 2009 (mesmo número de anos deste trabalho), o percentual permanece em 1%²³. Importante ressaltar que o convênio Cassi é uma operadora do segmento de autogestão, empresa administrada pelos próprios usuários e que não visa ao lucro, mas, mesmo assim, apresenta o dobro de ações judiciais comparado à operadora objeto deste trabalho (uma cooperativa médica). Infelizmente, não foram encontrados outros trabalhos que trazem o quantitativo de ações por operadora.

No presente estudo, o volume de ações assistenciais (negativa de assistência à saúde) atinge 4.149 (68%) e supera em dobro as não assistenciais (questões contratuais), que totalizaram 1.941 (32%). Esses resultados contrariam a literatura consultada, pois um estudo que analisou ações julgadas pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco (TJPE), nos anos de 2012 e 2013, relativas à Saúde Suplementar, apresentou 44% de ações não assistenciais²⁴. Outro trabalho que analisou decisões judiciais do TJSP, nos anos de 2012 e 2013, referentes a contratos coletivos, encontrou 48% de ações não assistenciais¹⁶. Em ambos, os percentuais se aproximam de 50%.

À primeira vista, o maior percentual de ações assistenciais pode sugerir uma maior negativa de assistência. No entanto, em relação ao convênio Cassi, a operadora em estudo apresenta uma redução em 50% no volume total de ações (mesmo a Cassi sendo uma autogestão). Outro fato importante a ser considerado nesta discussão é que entre as grandes operadoras de saúde suplementar no País, a empresa objeto deste estudo é a mais bem avaliada pela ANS. Ponto fundamental para essa avaliação é o número de reclamações e opiniões dos clientes.

Considerando a avaliação pela ANS e o menor volume de ações, se comparada a uma autogestão, é inevitável admitir a possibilidade de uma melhor gestão de clientes, diminuindo o número de questões contratuais.

A compreensão de como ocorre a judicialização na saúde suplementar passa pela tentativa de traçar um perfil do demandante. Nesse aspecto, o tipo de contrato é muito importante. Atualmente, a maioria dos planos de saúde privilegia clientes corporativos (contratos coletivos), entre outros motivos, por não haver inadimplência (débito em folha) e pelo reajuste das mensalidades não ser definido pela ANS.

Este trabalho demonstra que a judicialização também é um motivo para privilegiar os contratos coletivos. Na operadora em estudo, os clientes individuais (indivíduos e/ou famílias) correspondem a 20% do total, mas são responsáveis por 34,7% da judicialização. Já os clientes coletivos (empresariais), 80% do total de clientes, são responsáveis por 60% da judicialização.

Sendo, portanto, todos clientes de uma mesma operadora, por que clientes individuais judicializariam mais? As causas assistenciais não são as respostas, pois as demandas de saúde não se alteram conforme o tipo de contrato. Nas causas não assistenciais, há distinção conforme o tipo de contrato. A inadimplência, primeira causa não assistencial, ocorre apenas entre os clientes individuais. No entanto, reajuste e alterações contratuais, respectivamente, segunda e terceira causas não assistenciais, são mais pertinentes aos clientes coletivos, visto que para os clientes individuais o reajuste é definido pela ANS, e o contrato é sempre o mesmo. Acredita-se que dessa forma há um equilíbrio, com as causas interferindo muito pouco.

O único fator que resta diferenciando contratos individuais e coletivos é o preço pago pelo plano. O desembolso para planos individuais é muito superior, podendo chegar ao dobro do valor de um plano coletivo, o que sugere que clientes com maior capacidade de investimento judicializam mais.

Dois estudos confirmam o maior percentual de judicialização provocado por clientes portadores de contratos individuais. Analisando acórdãos julgados pelo TJSP no período de 1994 a 2004, constatou-se que 88% das ações foram ajuizadas por clientes individuais, e apenas 11% por clientes portadores de contratos coletivos²⁵. Outro estudo que analisou ações judiciais relativas à assistência médica suplementar, julgadas no TJPE, nos anos de 2012 e 2013, demonstrou que os clientes individuais (58%) judicializaram mais que os clientes de planos coletivos (42%)²⁴.

A operadora em estudo comercializa diversos planos de saúde com características distintas conforme a rede assistencial, coparticipação e ser regulamentado ou não. Percebeu-se que os planos atendidos em rede ampla e sem coparticipação (Abrangente, Anterior à Lei e Outros) apresentam um elevado percentual de judicialização. Esses são os planos nos quais o percentual de demandantes é bem superior ao percentual de clientes.

A coparticipação isolada parece inibir a judicialização, como ocorre na modalidade de Coparticipativo, que possui 55% dos clientes e 30% dos demandantes. A soma da coparticipação e o atendimento em rede restrita reduzem bastante o percentual de judicialização, fato percebido nos planos Básico e Saúde da Família.

Os clientes portadores de planos com coparticipação exercem uma espécie de autorregulação, reduzindo a utilização para não aumentar seu desembolso. A redução da utilização certamente reduz a judicialização. A rede restrita possibilita um atendimento sobre o qual a operadora exerce maior controle, estabelecendo protocolos, monitorando os fluxos, evitando solicitações que possam gerar judicialização.

No entanto, é preciso ressaltar que, novamente, os clientes de planos mais caros judicializam mais. Um plano assistido em rede ampla, sem coparticipação, exige um investimento extremamente superior a um plano atendido em rede restrita, com coparticipação. Excluindo

os planos Anterior à Lei, os planos Abrangente e Outros possuem 17,7% dos clientes e são responsáveis por 27% da judicialização.

Importante destacar na análise estatística (*tabela 4*) que, no plano Básico, a possibilidade de judicializar é superior à do Coparticipativo, resultados esses que serão discutidos mais à frente.

O plano Anterior à Lei nº 9.656/98 merece uma discussão à parte. Nele, a operadora tem como obrigação ofertar aos clientes apenas o que está previsto no contrato, sendo que cada contrato/plano nessa modalidade contém um rol de atendimento próprio, podendo prever, inclusive, restrições para atendimentos e internações. Por outro lado, grande parte dos métodos propedêuticos e terapêuticos, largamente utilizados hoje, simplesmente não existia quando da promulgação da Lei. Devido ao enorme volume de judicialização nesse tipo de plano, supõe-se que a operadora objeto deste estudo negue, sistematicamente, o que não está previsto nos contratos, induzindo a um percentual elevado de judicialização, pois 3% do conjunto de clientes são responsáveis por 37,4% de todos os processos judiciais.

A literatura confirma a elevada judicialização entre os planos anteriores à Lei. Um estudo que analisou acórdãos do TJSP, no período de 1999 a 2004, relatou que 44% dos planos eram anteriores à Lei, 1% posteriores e 55% não informados²⁵. O estudo referente à Cassi, de 1999 a 2009, demonstrou maior judicialização entre os planos anteriores à Lei, que perfaziam 14% da carteira e 30% da judicialização²⁶. Entretanto, estudo abordando ações relativas à assistência médica suplementar, julgadas pelo TJPE, em 2012 e 2013, aponta que os planos anteriores à Lei provocaram apenas 16% das ações, e os posteriores, 84%²⁴. Como nesse trabalho não é informado o percentual de clientes por tipo de plano, não se pode afastar a possibilidade de, percentualmente, os demandantes de contratos anteriores à Lei superarem os regulamentados.

Analisando-se a idade dos clientes demandantes, fica evidente que, na operadora em estudo, a judicialização aumenta com a idade,

sendo que o aumento é progressivo até os 59 anos. A partir dos 60 anos, ocorre um salto, atingindo 23 demandantes por 1.000 clientes, isto é, 10% dos clientes são responsáveis por 50% da judicialização. Esse salto, muito provavelmente, deve-se ao aumento das necessidades em saúde, acarretando maior utilização, com a possibilidade de propedêutica e terapêutica dispendiosas. Também para essa faixa etária, os reajustes são bem mais elevados, podendo motivar questionamentos na justiça. Apesar desses razoáveis motivos, novamente, os planos que requerem maior desembolso são os que apresentam maior judicialização.

Com relação ao sexo dos agentes demandantes, a análise estatística demonstrou que a possibilidade de judicializar é ligeiramente superior entre os clientes do sexo masculino (tabela 4).

Analisando o desfecho das ações, percebe-se que é altamente favorável ao demandante. Em 81% das decisões, ele foi beneficiado. Nas ações assistenciais, o ganho de causa pelo demandante atinge 89%.

A literatura apresenta resultados semelhantes aos aqui relatados. Um estudo que analisou decisões do TJSP entre 2013 e 2014, em ações contra planos de saúde movidas por clientes de contratos coletivos, apresentou resultados semelhantes aos do presente trabalho. Houve decisão totalmente favorável ao usuário em 88,08% dos casos¹⁶. Outro trabalho que analisou acórdãos, também do TJSP, no período de 1999 a 2004, apresentou 74,5% de ações deferidas, 3,7% deferidas em parte e 20,4% negadas²⁴. Uma análise relativa à assistência de saúde suplementar no TJPE, entre 2012 e 2013, encontrou 88,7% de decisões favoráveis ao demandante, 2,4% parcialmente favoráveis e 8,3% desfavoráveis²³. Esses elevados percentuais de sucesso sistematicamente obtidos pelos demandantes em tribunais diversos certamente estimulam a judicialização da saúde.

Instrumento jurídico fundamental é a 'tutela antecipada' (liminar), principalmente como recurso à atenção oportuna. Sua incidência, no entanto, chama a atenção quando

em apenas sete das 6090 ações estudadas ocorreu negativa para a solicitação de tutela antecipada. Dessa forma, independentemente da solicitação demandada, o juiz sempre determina que a solicitação seja atendida logo no início da ação. No que se refere ao tempo para conclusão das ações, das 6.090 ações ocorridas no período de 2010 a 2017, para 1813 (30%) não existiam decisões até o ano de 2018. Das 642 ações iniciadas em 2010, apenas 27 possuem decisão em terceira instância, e para 121 não havia nenhuma decisão.

É importante destacar que nas ações em que ocorre 'ganho de causa' por parte da operadora, a restituição não é automática, dado que cada caso dependerá da análise do juiz. Ao somar-se a tutela antecipada, o ganho de causa pelo demandante (acima de 80%), o longo trâmite da ação e a incerteza quanto ao ressarcimento, torna-se discutível, do ponto de vista econômico, a estratégia de judicialização adotada nessa operadora. A operadora concede a solicitação no início da demanda (liminar) e arca com um grande custo da judicialização, uma vez que não há garantias de ressarcimento, mesmo com uma decisão favorável.

Com relação ao sexo do cliente demandante, ficou demonstrado que a chance de ser masculino é superior, apesar de o número de clientes do sexo feminino ser maior (54,5%).

No quesito idade, comprovam-se os resultados obtidos na análise descritiva. Na faixa etária de 20 a 59 anos, a chance de judicializar é três vezes maior que na faixa etária de 0 a 19 anos. Entre aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, a possibilidade de judicializar é seis vezes maior. As necessidades em saúde crescem com a idade, tanto em volume como em complexidade. Planos anteriores à Lei foram comercializados até 1998, o que certamente determina um percentual maior de clientes com idade superior a 60 anos.

Com relação ao tipo de contrato (individual ou coletivo), fica demonstrado que a chance de um cliente de plano individual judicializar é duas vezes maior que a de um cliente de plano coletivo.

Por fim, avaliou-se por tipo de plano e constatou-se que a possibilidade de um cliente assistido em rede ampla judicializar é cinco vezes maior do que a de um cliente assistido em rede restrita. Os planos Abrangente e Outros possuem chance de judicializar duas vezes maior quando comparados ao Coparticipativo. Já quando se trata de plano Anterior à Lei, essa chance é onze vezes maior.

Conclusões

Este estudo demonstrou que, na operadora de planos de saúde analisada, a possibilidade de judicializar é maior entre clientes do sexo masculino, detentores de contratos individuais, portadores de planos assistidos em rede ampla e sem coparticipação. Essa possibilidade também aumenta conforme aumenta a idade do cliente.

Esses resultados corroboram a teoria de a judicialização ser mais acessível a cidadãos de maior condição econômica, pois a possibilidade de judicializar é maior entre os planos que exigem maior desembolso.

Ao se desenvolver um trabalho que aborda a judicialização na saúde suplementar, no Brasil, ressalta-se a necessidade de tecer comentários sobre dois aspectos que se julgam fundamentais: modelo de remuneração e regulação.

O modelo de remuneração em saúde adotado pelo Brasil é determinante para a judicialização da saúde. No SUS, e, principalmente, na saúde suplementar, os estabelecimentos de saúde e os médicos são remunerados por intervenções (procedimentos). Quanto maior é o número de intervenções e maior for a sua complexidade, maior a remuneração²⁷. Esse modelo de remuneração estimula a intervenção, principalmente, por intermédio das inovações tecnológicas e de alta complexidade. Ao analisar as causas das demandas assistenciais, percebeu-se a influência desse modelo de remuneração. As principais causas

assistenciais são negativas de procedimentos, órtese/prótese, exames e internação.

Deve-se ressaltar, também, a fragilidade da regulação exercida pela ANS, fato similarmente determinante para a judicialização. A judicialização na saúde suplementar supera a que ocorre no setor público, em grande parte, porque, além da questão assistencial, existe a contratual. O elevado percentual de ganho de causa pelo demandante demonstra a pertinência da judicialização, pois o ganho de causa nas ações não assistenciais deixa claro que há descumprimento de contrato firmado. Esse alto volume de judicialização não assistencial evidencia a fragilidade da regulação pela ANS, visto que uma regulação frágil permite o descumprimento contratual por parte dos planos de saúde²⁸.

Ao detalhar as características dos planos e clientes com maior possibilidade de judicializar, este trabalho traz algumas contribuições pertinentes: auxiliar com a compreensão da judicialização da saúde suplementar, contribuir para a elaboração de políticas para garantir a assistência, evitar a elevação do custo dos contratos e reduzir a própria judicialização.

Outro aspecto são os clientes/consumidores portadores do plano Anterior à Lei nº 9.656/98, posto que a ANS não pode permitir que a sua atenção à saúde seja prejudicada por uma questão contratual. Os clientes detentores de planos não regulamentados necessitam de uma regulação específica, uma vez que a qualidade da assistência à saúde deve ser garantida, conforme determinação da Constituição Federal.

A judicialização, em qualquer esfera, é um direito inalienável ao cidadão. Entretanto, demonstrou-se que, na operadora em estudo, a possibilidade de judicializar é maior entre os cidadãos que possuem plano de saúde de maior custo. Essa comprovação sugere que a judicialização é mais acessível aos cidadãos de melhor condição econômica, o que pode contribuir para o agravamento das desigualdades. É imperativo que a ANS exerça de fato a sua função reguladora, garantindo o acesso e a qualidade da assistência à saúde.

Colaboradores

Teixeira LEN (0000-0002-8646-8848)*, Andrade EIG (0000-0002-0206-2462)*, Cherchiglia ML (0000-0001-5622-567X)* contribuíram igualmente para concepção,

elaboração e revisão final do manuscrito. Marini W (0000-0002-2839-9039)* contribuiu como especialista em informática que coletou os dados. Souza CF (0000-0002-8766-2861)* contribuiu como estatístico, realizando as análises estatísticas. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Oliveira MRM. A judicialização da saúde no Brasil. *Rev. Tempus Actas de Saúde Colet.* 2013; 7(1):79-90.
3. Travassos DV, Ferreira RC, Vargas AMD, et al. Judicialização da saúde: um estudo de caso de três tribunais brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(11):3419-3429.
4. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CD, et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(1):31-43.
5. Machado FRS, Dain S. A audiência pública da saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Rev Adm. Pública.* 2012; 46(4):1017-1036.
6. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Conselho Nacional de Justiça. 2015. [acesso em 2018 nov 2]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf>.
7. Balestra Neto O. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. *Rev Direito. Sanit.* 2015; 16(1):87-111.
8. Paula CEA, Bittar CML. Judicialização da saúde e seus reflexos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Direito. Hum. Efet.* 2017; 3(1):19-41.
9. Conselho Nacional de Justiça. Justiça em números 2020. 2020. [acesso em 2020 dez 23]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/cnj-especial-coronavirus-debate-judicializacao-da-saude-nesta-quinta-feira-6-8/>.
10. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União.* 4 Jun 1998.
11. Biehl J, Amon JJ, Social MP, et al. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. *Health Hum. Rights.* 2012; 14(1):36-52.
12. Robba R. Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo. 2017. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 238 p.
13. Scheffer MC. Em São Paulo, de janeiro a setembro de 2017, foram julgadas 120 ações por dia contra pla-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- nos de saúde. Observatório da Judicialização da Saúde Suplementar Departamento de Medicina Preventiva Faculdade de Medicina da USP. 2017. [acesso em 2018 out 3]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/361403168/Observatorio-OUTU-BRO2017-04-10-1>.
14. Scheffer MC. Cresce o número de ações judiciais contra planos de saúde no Estado de São Paulo. Grupo de Estudos sobre Planos de Saúde do Departamento de Medicina Preventiva Faculdade de Medicina da USP. 2020. [acesso em 2020 dez 23]. Disponível em: <https://sites.usp.br/geps/publicacoes/>.
 15. Wang DW, Vasconcelos NP, Oliveira VE, et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. *Rev Adm Pública*. 2014; 48(5):1191-1206.
 16. Trettel DB, Kozan JF, Scheffer MC. Judicialização em planos de saúde coletivos: efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. *Rev. Sanit. São Paulo*. 2018; 19(1):166-187.
 17. Campos Neto OH, Acurcio FA, Machado MAA, et al. Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(5):784-790.
 18. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
 19. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
 20. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados do Setor. 2021. [acesso em 2021 jan 21]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
 21. Unimed-BH. Base de dados Judicialização da Saúde. Unimed-BH: Belo Horizonte. 2018.
 22. Unimed-BH. Resoluções ANS. Belo Horizonte: Unimed-BH; 2019. [acesso em 2020 jun 8]. Disponível em: https://portal.unimedbh.com.br/wps/portal/corp/unimedbh/noticias/noticias_lateral/idss_unimedbh_notamaxima#!/#main-container.
 23. Oliveira JAD. Demandas jurídicas por coberturas assistenciais – estudo de caso: CASSI. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. 72 p.
 24. Abade EAF. A judicialização da assistência médica suplementar: um estudo de caso em Pernambuco. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. 85 p.
 25. Scheffer MC. Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no estado de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006. 212 p.
 26. Oliveira JAD, Fortes PAC. De que reclamam, afinal? Estudo das ações judiciais contra uma operadora de plano de saúde. *Rev. Sanit. São Paulo*. 2013; 13(3):33-58.
 27. Gibran SM, Ferreira Filho M. A possível superação da discricionariedade na judicialização da saúde suplementar. *Percurso*. 2018; 1(24):84-109.
 28. Lazzarini M, Bahia L, Scheffer MC. O cúmulo da captura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). IDEC; 2018. [acesso em 2018 dez 25]. Disponível em: <https://idec.org.br/artigo/o-cumulo-da-captura-da-agencia-nacional-de-saude-suplementar-ans>.

Recebido em 29/01/2022

Aprovado em 16/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepção da população sobre a atuação das autoridades e das comunidades no controle das arbovirozes

Perception of the population on the role of authorities and communities in controlling arboviruses

Luana Dias da Costa¹, Alana Dantas Barros¹, Cláudio Lorenzo¹, Ana Valéria Machado Mendonça¹, Maria Fátima de Sousa¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213414

RESUMO O controle ambiental para a prevenção das arbovirozes depende tanto de ações dos poderes públicos quanto do envolvimento das comunidades. A presente pesquisa analisou a percepção de 385 pessoas em 17 municípios das 5 regiões do País sobre a atuação das autoridades e da própria comunidade em relação ao controle e à prevenção da dengue. Independentemente da região, os participantes reconheceram que ações como saneamento básico, coleta regular de lixo, fiscalização de terrenos baldios e domicílios fechados têm sido frequentemente negligenciadas pelas autoridades. A responsabilização da comunidade, na figura do vizinho que não cumpre as medidas de controle, também foi percepção dominante, chamando a atenção a ausência de qualquer reconhecimento sobre como condições sociais desfavoráveis influenciam nas dificuldades para a realização dos procedimentos preventivos. Refletiu-se ainda acerca dos prejuízos que a pandemia de Covid-19 tem causado às práticas preventivas e seus possíveis impactos futuros.

PALAVRAS-CHAVE Arbovirozes. Prevenção de doenças. Comunidade. Poder público. Covid-19.

ABSTRACT *The environmental control for prevention of arboviruses depends both on the actions of public authorities and the involvement of communities. The present study analyzed the perception of 385 citizens of 17 municipalities from the 5 regions of Brazil regarding the actions of the authorities and the community itself in relation to the control and prevention of dengue. The participants acknowledged that actions such as basic sanitation, regular waste collection, inspection of vacant lots and closed homes have often been neglected by the authorities. There was a tendency to hold the community accountable, through the example of neighbors who do not carry out prevention procedures. It was also noteworthy the silencing around unfavorable social conditions that can hinder the implementation of prevention procedures. We also reflected on the damage that the COVID-19 pandemic has caused to preventive practices and its possible future impacts.*

KEYWORDS Arboviruses. Disease prevention. Community. Public power. COVID-19.

¹ Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
ludias02@gmail.com

Introdução

Dengue, zika e chikungunya são arboviroses entre as maiores preocupações mundiais de saúde pública, tanto pela alta incidência e prevalência quanto por suas potenciais complicações¹. No Brasil, em 2020, foram registrados 979.764 casos prováveis de dengue, com taxa de incidência de 466,2 casos por 100 mil habitantes; 48.316 casos de chikungunya e 4.666 casos de zika. No entanto, a partir da 12ª semana epidemiológica, observa-se diminuição dos casos prováveis em relação ao ano anterior. Essa redução pode estar relacionada com a emergência da pandemia do novo coronavírus².

A prevenção dessas arboviroses e a redução de transmissibilidade dependem do manejo do vetor *Aedes aegypti*, em todos os estágios de desenvolvimento, por meio de ações de combate desde o interior dos domicílios até vias públicas, escolas, hospitais e locais de trabalho das comunidades, em que há importância de modificar o comportamento dos indivíduos e comunidade por meio de medidas coordenadas dentro e fora do setor saúde³.

Entretanto, há que se diferenciar, na coordenação das ações integradas, quais seriam as responsabilidades da população e quais seriam as do poder público. O saneamento básico com oferta de água encanada, a coleta regular de lixo e o controle químico de larvas e mosquitos têm sido amplamente reconhecidos como ações típicas do poder público. No que tange às responsabilidades da população, o controle ambiental nos domicílios e locais de trabalho, visando impedir que existam condições ideais para ovoposição e desenvolvimento de larvas, e o combate aos focos já existentes têm sido os principais procedimentos^{4,5}.

Para informação dos procedimentos de prevenção à população, o Estado tem utilizado massivas campanhas em rádio e televisão. Entre 2013 e 2017, 30 filmes de campanhas de prevenção foram produzidos pelo Ministério da Saúde, disponibilizados no YouTube, e 18 peças publicitárias coletadas no *site* da

instituição, materiais veiculados no Brasil. No entanto, estudos demonstram a insuficiência dessas estratégias de campanhas de massa para uma atuação efetiva da população^{6,7}.

Além disso, tem sido apontada, com frequência, a necessidade de fazer uma diferenciação entre a natureza dos elementos procedimentais, tais como conhecimentos, atitudes e práticas, e de como eles têm sido percebidos nos diferentes contextos sociais, para, a partir dessa diferenciação, compreender a viabilidade da realização das orientações propostas^{8,9}.

No que concerne às autoridades, tem-se evidenciado que as ações precisam ter natureza intersetorial e integrativa, envolvendo governos e comunidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) defendem um processo de tomada de decisão racional para o uso otimizado de recursos e a gestão integrada de vetores, que objetiva fortalecer os programas de controle vetorial, por meio de medidas coordenadas dentro e fora do setor saúde, capazes de promover a modificação do comportamento dos indivíduos e comunidade^{1,3}.

Recente relatório, resultante do diálogo entre especialistas e gestores da América Latina e Caribe sobre ações sustentáveis de combate às arboviroses, destacou a formação de recursos humanos adequada; aprovação de leis e outros regulamentos que facilitem as intervenções favoráveis, a exemplo da gestão de resíduos sólidos e colaboração intersetorial em saúde¹⁰.

Apesar da importância dessas ações de governança, estudos têm demonstrado uma tendência das comunidades e profissionais de saúde em responsabilizar seus próprios membros pelo insucesso na prevenção, relatando descuido com as casas e ambientes particulares, baixa consciência sanitária e obstáculos ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE)¹¹⁻¹³.

Outros estudos investigam a percepção da população quanto à atuação e à

responsabilidade dos poderes públicos, para uma prevenção efetiva. Esses estudos são importantes, tanto para contribuir no ajuste da atuação das autoridades quanto para melhorar as estratégias de comunicação social e capacitação profissional. Entretanto, eles têm sido realizados em municípios específicos, tendo uma natureza mais local ou regional^{14,15}, ou se dirigindo à avaliação da população sobre o setor saúde¹⁶.

Dessa forma, o presente estudo objetivou analisar a percepção da população em 17 municípios das 5 regiões brasileiras sobre a atuação das autoridades em relação ao controle e à prevenção da dengue e sobre o comportamento da própria sociedade no combate ao vetor.

Metodologia

Este estudo integra um projeto nacional 'Arbocontrol – Arbovírus dengue, zika e chikungunya compartilham o mesmo inseto vetor: o mosquito *Aedes aegypti* – moléculas do Brasil e do mundo para o controle, novas tecnologias em saúde e gestão da informação, educação e comunicação', coordenado no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) e financiado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde.

A pesquisa pertence ao componente 3 desse projeto – Educação, informação e comunicação para o controle do vetor – e teve um caráter de pesquisa-intervenção, estruturada por meio de oficinas com membros das comunidades sobre conhecimentos e práticas de prevenção às arboviroses. Assim, ao mesmo tempo que os participantes adquiriram maior domínio sobre conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção, contribuindo para adequação delas aos seus contextos, eram produzidos dados sobre a percepção dos participantes em relação às responsabilidades das comunidades e do poder público.

Foram realizadas 39 oficinas em 17 municípios, de 8 estados, nas 5 macrorregiões, assim distribuídas: Norte: Araguaína/

TO, Macapá/AM e Vilhena/RO; Nordeste: Campina Grande/PB, João Pessoa/PB e Fortaleza/CE; Centro-Oeste: Anápolis/GO, Caldas Novas/GO, Goiânia/GO e Planaltina/GO; Sudeste: Belo Horizonte/MG, Governador Valadares/MG e São Bernardo dos Campos/SP; e Sul: Cascavel/PR, Dois Vizinhos/PR e Gramado/RS.

A seleção dos municípios foi realizada pela combinação de critérios de urbanidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷, de 2017, de nível de infestação, segundo o Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) de 2016¹⁸ e 2017¹⁹, e por conveniência, visando facilidade de acesso dos pesquisadores.

Foram incluídos municípios urbanos, intermediários adjacentes e remotos, e excluídos todos os rurais e aqueles que demonstraram piora ou estagnação do LIRAA entre 2016 e 2017, enquadrados nas classificações de alerta para risco e risco de surto.

Cada oficina foi conduzida por dois pesquisadores treinados, com participação de, no mínimo, 4 e de, no máximo, 12 membros da comunidade, com média de 9 participantes por oficina, totalizando 385 pessoas no País. Os participantes eram de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, excluindo-se profissionais de saúde ou outros envolvidos com as medidas de prevenção.

As oficinas foram gravadas e transcritas. Ao *corpus* de transcrição, foi aplicada a análise de conteúdo de Bardin²⁰, com abordagem qualitativa. As categorias 1) Percepções sobre atuação das autoridades na prevenção e 2) Percepções sobre atuação da comunidade na prevenção foram estabelecidas de acordo com os objetivos do estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, sob parecer nº 2.480.722. A concordância de participação às oficinas se deu por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do início delas.

Resultados e discussão

Percepção sobre a atuação das autoridades na prevenção

Dessa categoria, emergiram cinco subcategorias: 1.1 A falta de saneamento básico; 1.2 A coleta irregular de lixo e o destino de resíduos sólidos; 1.3 Ausência de fiscalização em terrenos baldios e casas fechadas; 1.4 Necessidade de legislações que estabeleçam multa para descumprimento de medidas de prevenção; e 1.5 Críticas à atuação de ACS e ACE.

A FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO

O problema do saneamento básico aparece como a preocupação mais importante em todas as regiões do País. Ele surge nas falas mais frequentemente em relação a esgoto a céu aberto e falta de água encanada que obrigam a população a armazenar água em poços, caixas d'água e outros recipientes. Além disso, é mencionado tanto no âmbito geral do País quanto no âmbito específico de uma determinada rua, município ou estado.

[...] o maior problema disso tudo, é que falta um Brasil com saneamento básico [...]. (Araguaína/TO).

Aqui nós temos um grande problema no bairro todinho, que nós não temos saneamento básico. (Fortaleza/CE).

[...] tem muitas cidades que não tem rede de esgoto, a céu aberto isso aí é um fermento para os mosquitos. (Goiânia/GO).

[...], não, é o Brasil inteiro, saneamento básico, coleta de lixo, então isso daí se vocês trabalham na área da saúde e tem condições de alertar sobre saneamento básico [...]. (São Bernardo do Campo/SP).

[...], é o esgoto a céu aberto [...]. (Cascavel/PR).

[...] o que acontece é que [...] nós estamos precisando de saneamento básico [...]. (São Bernardo do Campo/SP).

A ausência de saneamento básico é um grave problema. Ainda que um eficiente saneamento não resolva completamente o problema, sua importância é consensual na literatura. Estudos demonstram como a falta de abastecimento de água por rede encanada e o manejo inadequado de águas pluviais proveem condições ideais à proliferação das arboviroses urbanas²¹.

Além do fato de as habitações sem saneamento terem que despejar esgotos e utilizar a água em regiões peridomiciliares, a falta de água encanada impõe às pessoas a necessidade de acumulá-la em grandes recipientes que precisam ser frequentemente abertos, tornando-se potenciais berçários para os ovos do mosquito.

Pamplona²¹ argumenta que, na região Nordeste, os grandes depósitos utilizados para armazenar água são infestados pelo *Aedes aegypti* em vários estágios de seu ciclo de vida.

Gonzalez Fernandez et al.²², estudando a avaliação das medidas de controles municipais implementadas no México para dengue, demonstraram que os setores responsáveis pelo saneamento básico foram os que menos contribuíram para as ações de prevenção. Em estudo que analisou a percepção dos ACS e dos ACE quanto aos desafios enfrentados para o controle e a disseminação do mosquito, a deficiência do saneamento básico foi apontada como um dos maiores desafios ao trabalho de controle²³.

Após a implantação do esgotamento sanitário de um bairro em Natal/RN, Bay e Silva²⁴ demonstraram como a população percebeu que o procedimento foi fundamental para evitar o acúmulo de água nas ruas, diminuir vetores e cair a ocorrência de arboviroses. Dados semelhantes foram encontrados em estudo epidemiológico realizado em Aracaju/SE²⁵.

Finalmente, em grande revisão sobre sucessos e falências do controle de doenças

infecciosas no Brasil, as arboviroses figuram entre aquelas com o controle mais falho, e a falta de saneamento básico foi considerada um dos motivos centrais dessa falha²⁶.

Apesar do fato de Norte e Nordeste terem os menores índices de populações que contam com saneamento básico, neste estudo, o problema aparece de forma dominante no discurso de participantes de todas as regiões brasileiras.

A COLETA IRREGULAR DE LIXO E O DESTINO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

A ausência e a irregularidade na coleta de lixo e uma política ineficaz de gestão de resíduos sólidos também são percebidas pelas comunidades como problemas na atuação das autoridades.

Todo aquele que tem lixo lá no fundo do quintal [...] O pessoal enche, coloca tudo ali na rua e a prefeitura demora, mas acaba recolhendo. (Cascavel/PR).

[...] na própria capital, de repente, para de ter coleta ou desanda tudo, vira uma confusão. (Goiânia/GO).

[...] tem o lugar vazio com uma carroceria velha de caminhão com muito lixo jogado e fica ali acumulando... é o poder público que tem que cuidar e a comunidade que tem que ir atrás. (Fortaleza/CE).

Recente estudo em Recife/PE utilizou regressão linear multivariada buscando avaliar o impacto da coleta de lixo e dos tipos de lixo sobre a incidência de dengue, demonstrando a importância da coleta regular de lixo na redução da incidência da doença. A coleta regular de pneus, por exemplo, apresentou o maior índice de redução de incidência da doença (0,465 que correspondem a alguns milhares de casos a menos)²⁷.

Destacam-se as percepções encontradas no estudo sobre os problemas que pedem uma melhor atuação das autoridades, especificamente: tratamento de esgoto, acesso à água encanada, limpeza pública e coleta regular de lixo. Tais aspectos aparecem, juntamente

com o perfil socioeconômico da população, entre os cinco indicadores de vigilância para dengue desenvolvidos por Flauzino, Souza-Santos e Oliveira²⁸.

Os resultados encontram-se em pesquisa realizada em Salvador/BA, que analisou os saberes e as práticas da população para controle da dengue e identificou que, na compreensão da comunidade, a presença do mosquito relaciona-se com ausência de coleta de lixo, condições impróprias de moradia e falta de saneamento básico²⁹.

AUSÊNCIA DE FISCALIZAÇÃO EM TERRENOS BALDIOS E CASAS FECHADAS

Na percepção da comunidade, outro elemento essencial para o controle vetorial seria a atuação do poder público na fiscalização mais rigorosa de lotes vagos, terrenos baldios e casas fechadas:

Lote vago que começa a dar problema... para o dono tomar providência. Se não chega a tomar providência, a gente faz a denúncia aos órgãos públicos. (Governador Valadares/MG).

O poder público está deixando muito a desejar, de que forma [...] Aqui em João Pessoa mesmo, é coisa de você ficar indignado. Você, por exemplo, tem um terreno baldio, o pessoal adora um terreno baldio para jogar as suas tralhas, enfim, a gente para conseguir que a prefeitura venha é o sufoco. (João Pessoa/PB).

[...] Não existe um projeto, não existe algo que faça a recolha desses móveis usados porque onde que é descartado?... É descartado nos terrenos baldios e jogado na rua e fica lá jogado. (Cascavel/PR).

Tem que ter uma lei para os donos limparem o terreno. (Vilhena/RO).

Nota-se que essa percepção da população vai ao encontro dos resultados de avaliações de programas de combate ao vetor em capitais brasileiras.

O estudo de Freitas et al.³⁰, em Belo Horizonte/MG, mostrou que a fiscalização e a limpeza frequentes desses espaços, bem como a criação de legislações que permitiram ao poder público entrar em casas e terrenos fechados, demonstraram ser efetivas no combate aos focos de vetor e na redução da incidência nas áreas onde foram realizadas.

Em pesquisa realizada pelo DataSenado para a criação da Política Nacional de Combate à Dengue, à Chikungunya e à febre Zika, 80% das pessoas concordaram que os ACS deveriam entrar em propriedade com suspeita de focos de *Aedes aegypti*, mesmo sem autorização do proprietário³¹.

Feitosa et al.³², avaliando as estratégias de prevenção na cidade de Aracaju/SE, demonstraram como a especulação imobiliária pode ser uma ameaça pela manutenção de terrenos e domicílios fechados por longo tempo, sendo necessária a atuação dos poderes públicos para além das campanhas de controle ambiental nos domicílios e controle químico dos focos. Já Souza et al.³³ defendem que a população não deve aguardar essas providências, sendo necessário que ela se mobilize, pressionando as autoridades.

Outro estudo, realizado em município goiano, demonstrou que a existência de terrenos baldios é percebida pela população como fator favorável a práticas propícias ao desenvolvimento das larvas, como jogar o lixo e os entulhos nesses espaços, mesmo quando quem o faz tenha consciência de que se trata de uma atitude inadequada e arriscada. Isso permite compreender que informação e conhecimento não são suficientes para desenvolver atitudes e práticas preventivas adequadas quando condições concretas do espaço social as desfavorecem³⁴.

O estudo apontou ser comum o reconhecimento da população de que o poder público negligencia, na maioria dos municípios, as ações que deveriam ser dirigidas a terrenos baldios, lotes e casas fechadas. Outrossim, não foram encontrados, nas falas dos participantes, exemplos de mobilização no sentido

de reivindicar essas ações nem o reconhecimento explícito da necessidade de mobilização popular para pressionar e exigir melhorias ao poder público.

NECESSIDADE DE LEGISLAÇÕES QUE ESTABELEÇAM MULTA PARA DESCUMPRIMENTO DE MEDIDAS DE PREVENÇÃO

O estabelecimento de multa aparece como uma crença da população de que ela é um meio eficiente para que as pessoas realizem corretamente, e com a frequência necessária, às práticas de prevenção:

Fazer multa pesada, igual motorista de trânsito [...] Lição se dá em criança, para formar velhos, se educa na base do bolso. (Cascavel/PR).

[...] Multar quem não cuida do seu espaço [...] se a pessoa tiver um lote e deixar o lote cheio de mato [...]. (Goiânia/GO).

O problema, [...] muito lote vago cheio de lixo [...] se a prefeitura posicionasse, você tem um lote vago, é seu, se tiver algum foco de dengue ali você vai ser multado com 'x'. (Governador Valadares/MG).

[...] Tinham que aplicar multas severas porque não adianta, o pessoal sair na rua conscientizando, os meios de comunicação estão conscientizando [...], acho que devia ser cobrado a multa severa para quem tivesse foco em casa. (Governador Valadares/MG).

[...] tinha que ter essa [multa] para cada um cuidar da sua casa conscientemente, manter a rua limpa... (Dois Vizinhos/PA).

Estudos têm encontrado que o estabelecimento de multas tem sido considerado pela população, ACE e gestores como um elemento importante para a eficácia das medidas preventivas^{11,33}. No estudo do DataSenado³¹, a mesma proporção da população que concordava com a entrada em terrenos fechados, cerca de 80%, também concordou com a aplicação de multas

para quem não colabore com o combate ao *Aedes aegypti*.

Os resultados deste estudo seguem a mesma direção, demonstrando que, no imaginário da população, a multa e outras formas de punição são medidas que contribuem para o controle vetorial, ainda que estudos que avaliam esse tipo de medida não demonstrem sua eficácia. Na avaliação de Freitas et al.³⁰, em Belo Horizonte/MG, a implementação de multas e outras medidas punitivas não foram consideradas eficientes para melhorar a educação e aumentar a colaboração da população.

CRÍTICAS À ATUAÇÃO DE ACS E ACE

Outro elemento que surge nos discursos como gerador de insatisfação na população é a atuação dos ACE e dos ACS:

Eu não lembro nem qual foi o mês que passou algum agente na minha residência. Faz muito tempo que passou. (Campina Grande/PB).

[...] Faz tempo que eu não recebo um agente de saúde lá em casa, só pra ter noção. (João Pessoa/PB).

[...] Cobrar dos ACS a visita, porque muita gente, querendo ou não, não faz, então, vão pessoas chegando na casa dele e dizendo 'Olha, isso é errado', já ajuda alguma coisa, questão de informação, educação, divulgação de dados [...]. (Caldas Novas/GO).

A percepção da população quanto à atuação dos ACS e dos ACE é descrita de forma diversa na literatura, pelo fato de existir, em alguns municípios, esses dois tipos de agentes e, em outros, haver apenas a figura do ACS.

Em um estudo que analisou a percepção da população quanto à qualidade da atuação dos tipos de agentes em dois municípios de Mato Grosso do Sul, ficou evidente que a população acha que o ACS deveria fazer vistorias nos quintais, além de fornecer orientações para a prevenção¹⁶. Naquele estudo, a população

mostrou-se satisfeita com a frequência das visitas, diferentemente do percebido pelos participantes deste estudo, especialmente no Norte, no Nordeste e no Centro-Oeste.

Em pesquisa que acompanhou os ACS na tentativa de visita a 133 domicílios no município do Rio de Janeiro, para avaliar o acesso destes aos criadouros do *Aedes aegypti*, foram observadas diversas dificuldades. Concluiu-se que um total de 27% de domicílios nunca são visitados porque estão fechados ou os moradores nunca são encontrados³⁵. A pesquisa de Souza et al.²⁹, em Salvador/BA, concluiu que as dificuldades de acesso aos domicílios é um dos fatores principais que inviabilizam a realização do trabalho.

Percepções sobre atuação da comunidade na prevenção

Nota-se que os participantes produziram discursos em que se mostram cumpridores das medidas de prevenção, mas atribuem a uma outra parcela da população, particularmente os vizinhos, o não cumprimento das medidas de controle ambiental:

A gente cuida, mas se o vizinho do lado não cuida [...] todos têm que ter a consciência de que todos têm que cuidar. (Campina Grande/PB).

[...] a população tem uma grande parcela de responsabilidade ... eu cuido do meu quintal, o vizinho já não cuida [...] então, tá faltando educação, conscientização. (Goiânia/GO).

Essa perspectiva que se apresenta como reconhecimento de si mesmo enquanto cidadão responsável e atribui ao outro a responsabilidade pelo insucesso aparece em todas as regiões.

Estudos apontam a culpabilização da população também por profissionais da saúde. Pesquisa¹² realizada em Mato Grosso do Sul, em 2011, com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, mostrou a dominância do discurso de responsabilização da população devido ao descuido com as casas e ambientes particulares, e atribuindo isso à falta de conscientização do indivíduo na construção da prevenção coletiva.

Estudo realizado no estado de São Paulo¹¹ utilizou grupos focais envolvendo ACS e ACE, supervisores e participantes da população de diferentes classes sociais, objetivando identificar aspectos que interferem na adesão da população à atuação desses agentes. Participantes de diferentes estratos sociais se queixaram da falta de cuidado e higiene com a casa ou o quintal por parte dos vizinhos, e atribuem isso como um fator de risco para si próprios.

Estudo descritivo e exploratório sobre os desafios para o controle e prevenção do *Aedes aegypti* de França et al.²³ verificou que a indiferença e a falta de conscientização das pessoas são o maior desafio dos agentes em seu trabalho.

Nenhum desses estudos, entretanto, apontou, como este o fez, o problema de forma tão generalizada em todas as regiões do País.

Uma forma de compreender essa tendência pode ser aquela apontada por estudos como o de Wermelinger e Salles³⁶ de que mensagens presentes em campanhas, notícias e pronunciamentos oficiais tendem a uma culpabilização das vítimas e que essa é a mensagem que fica incutida na população. Então, se há por parte dela conhecimento das medidas e elas são aplicadas em suas casas, o problema parece ser outro.

Apesar de já estar bem demonstrado que o perfil socioeconômico da população é um dos determinantes de dificuldades de controle^{25,26,28}, chama atenção no presente estudo o silenciamento dos participantes quanto às condições sociais prejudiciais às práticas, tais como pobreza extrema, limites de tempo de trabalhadores para realizar os procedimentos com frequência, ou falta de condições físicas para a realização de procedimentos. Isso demonstra como as situações de vulnerabilidade social têm sido cada vez mais naturalizadas no imaginário da população.

Outro aspecto que pode ter influenciado as respostas dos participantes neste estudo, e que tem sido apontado por pesquisas que analisam as campanhas e a postura da mídia, é o da disseminação da ideia de que as ações de

prevenção são, na maioria, de ordem individual, ocultando sua verdadeira natureza coletiva, incontornável para um controle adequado do vetor³⁶. Outros estudos se confrontam com este na medida em que endossam o discurso de que a população é acomodada com o assistencialismo do sistema, sem considerar as evidentes responsabilidades dos poderes públicos¹².

Outro aspecto importante é que a população demonstra crer no poder de fiscalização dos agentes comunitários no enfrentamento da postura de algumas pessoas que se negam a praticar os cuidados preventivos nos seus espaços privados. Na percepção dos grupos presentes nesta pesquisa, há uma crença na atuação dos ACS e dos ACE, mas, outra vez, surge a questão da rejeição por parte da população na permissão à entrada em domicílio ou seguimento das atitudes e práticas preconizadas por eles:

Eu acho que as pessoas não facilitam [...] as pessoas não deixam entrar dentro de casa, eu acho que é muito errado. (Vilhena/PA).

[...] tem um morador que vive sozinho e dá impressão de que a casa dele está cheia de foco de dengue, mas elas [os ACE e ACS] não conseguem nem entrar lá porque se ele está em casa, ele não abre, e ele tem esse direito, e se ele não tá, elas não podem entrar. (Cascavel/PR).

O estudo de Souza et al.²⁹ demonstrou que os próprios ACS parecem discordar de muitas expectativas que a comunidade tem em relação às funções que eles desempenham, e apontam dificuldade dos membros da comunidade em integrar suas práticas aos discursos que costumam proferir sobre a importância dos procedimentos de prevenção. Por outro lado, muitos ACS parecem sentir-se desobrigados de executar dentro dos domicílios os cuidados para o controle do vetor.

Uma revisão de literatura¹³ demonstrou que parte da comunidade vê os ACE como coletores de lixo das residências que visitam, e que há

certa dificuldade em reconhecer os ACS como profissionais também responsáveis por ações de vigilância. Contudo, poucos estudos trazem a reflexão sobre o que, de fato, é possível ser realizado pela população, considerando-se o cotidiano, as limitações físicas e de recursos por muitas pessoas e comunidades.

A consciência sanitária e o cuidado com os espaços coletivos também foram significativos nos discursos nas cinco regiões. Os atos de jogar lixo na rua ou em terrenos baldios são frequentemente enfatizados como queixas comuns:

[...] muitos lugares não têm essa consciência, acaba deixando garrafa pet, tampinha de garrafa, caixa de leite, tudo jogado no terreno baldio e aí acumula mais ainda os focos do mosquito da dengue. (Cascavel/PR).

[...] uma vez por semana a prefeitura vai com os caminhões para pegar o lixo, deixa tudo limpinho, e no outro dia amanhece mais do que o que já estava. (São Bernardo do Campo/SP).

Se, por um lado, há o reconhecimento de parte da população quanto à importância da educação sanitária, por outro, vê-se o quanto a carência de serviços pode trazer uma postura acrítica diante do mínimo serviço oferecido. Na fala da participante, referindo-se à coleta semanal, ela parece satisfeita: “*deixa tudo limpinho*”. A coleta de lixo deveria ser diária. É difícil um domicílio de pequenas proporções, como a maioria das casas brasileiras, acumular o lixo de uma semana, o que força o descarte no espaço público que, nesse caso, é limpo apenas uma vez por semana.

Em revisão integrativa sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos brasileiros sobre a dengue, os autores afirmam que o alto nível de conhecimentos não corresponde à prática de ações necessárias para a redução da ocorrência da doença⁹. Para os autores, ter conhecimento sobre as medidas de prevenção não seria suficiente para mudança de comportamento devido à falta de consciência sanitária. Como

sugestão para favorecer seu desenvolvimento e consequente participação ativa da sociedade, sugerem o estreitamento de laços entre ciência e senso comum, valorizando conhecimentos prévios da população, gerando estratégias de conscientização menos verticalizadas.

Estudo⁸ em um município de Pernambuco também reafirmou a influência de fatores socioeconômicos, culturais e comportamentais na baixa efetividade dos programas de controle da dengue. Com isso, consideram que o levantamento das situações socioambientais deve ser a ação primária no planejamento das intervenções, que deve acontecer de maneira descentralizada, com mais autonomia dos programas municipais mais próximos de cada realidade local.

Neste estudo, os participantes também atribuem comportamentos inadequados à falta de educação e consciência dos outros membros da comunidade, mas os discursos tendem a estar apartados da consideração sobre a influência dos fatores socioeconômicos nas questões comportamentais.

Os resultados apontam também para uma mudança por meio da maior consideração dos conhecimentos populares e das formas cotidianas de vida, no conteúdo das informações veiculadas para a prevenção das arboviroses, incluindo a noção de cuidado coletivo e de como ele é fundamental para superar dificuldades de outros membros da comunidade no desafio que é de todos para a contenção da incidência dessas doenças.

Há ainda a necessidade de ajuste das ações de prevenção e combate à realidade de cada comunidade, visto que as características demográficas, socioeconômicas, educacionais e comportamentais variam no território nacional. Assim, ações e conteúdo de campanhas de saúde, produzidos de maneira verticalizada e padronizada para toda uma população, não condizem com a realidade de grande parte das pessoas, e perdem muito dos seus efeitos.

Além dos desafios apontados e discutidos com base nos resultados obtidos antes da pandemia de Covid-19, a partir de março de 2020, a

necessidade de isolamento social trouxe ainda mais obstáculos para a prevenção das arboviroses. O distanciamento físico e o *lockdown* têm impossibilitado o trabalho dos ACS e dos ACE. As visitas dependem agora também da disponibilidade de equipamentos de proteção individual para esses profissionais, e os moradores ficam mais relutantes em abrir suas portas, quando não há interrupção das visitas³⁷.

O cenário epidemiológico conta agora com a transmissão simultânea do novo coronavírus e das arboviroses, gerando, inclusive, sobrecarga aos serviços e profissionais, tornando-se essencial a incorporação de novas estratégias de controle para serem desenvolvidas dentro de casa pela família. Uma possibilidade de uso eficiente dos recursos seria utilizar a recomendação da Opas, baseada na estratificação de risco, priorizando as áreas que são responsáveis por mais de 50% dos casos históricos em ambientes urbanos³⁸.

Outra possibilidade seria aproveitar a existência do maior sistema de saúde pública no mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS), para instaurar uma coordenação nacional, por meio da rede de ACS, com ações adequadas às desigualdades e peculiaridades territoriais³⁹. Entretanto, a gravidade da Covid-19 se expandiu como epicentro da pandemia, provocando a atenção de gestores e profissionais em ações para o seu controle. Isso faz deduzir que uma das graves consequências secundárias da crise sanitária decorrente da pandemia será o aumento da incidência das arboviroses e suas complicações.

Considerações finais

De forma isolada, praticamente todos os resultados obtidos dos discursos dos participantes nas oficinas já haviam sido abordados em trabalhos anteriores, seja em uma perspectiva de reflexão teórica, seja por meio de estudos empíricos locais, municipais ou estaduais. Entretanto, parece que o estudo em tela é um dos trabalhos pioneiros sobre a percepção da

população quanto às atribuições da sociedade e dos poderes públicos em relação às ações de prevenção das arboviroses de amplitude nacional.

Um resultado marcante foi que, apesar de os municípios das regiões Sul e Sudeste disporem, em geral, de condições de renda, desenvolvimento e governança superiores aos municípios das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, as negligências ou as incapacidades dos poderes públicos em fornecer saneamento básico e tratamento adequados de resíduos foram relatadas pelos participantes sem que se pudessem perceber diferenças da percepção nas diferentes regiões. Isso deve-se ao fato de que a seleção de municípios deste estudo estava condicionada aos dados do LIRAA, ou seja, municípios em que a situação permaneceu estagnada ou piorou, reforçando a importância desses fatores.

Merece destaque a crença, no imaginário de participantes em todas as regiões do País, no estabelecimento de multas pela não execução das práticas preventivas como uma das soluções para melhorar o envolvimento das comunidades, assim como a culpabilização acrítica da comunidade, sem qualquer reflexão sobre as vulnerabilidades sociais e as consequentes formas de vida cotidiana que dificultam a execução das medidas preventivas. Como demonstrado anteriormente, a determinação de multa já teve sua ineficiência comprovada, além disso, as condições sociais dos membros de uma comunidade são consideradas fatores de risco para maior incidência.

Parece óbvio que, sem um melhor planejamento e execução pelas autoridades públicas de ações para a resolução de problemas estruturais, tais como saneamento e tratamento de resíduos – algo que precisaria ser ainda mais preocupante no contexto da Covid-19 –, e sem uma reformulação das estratégias de comunicação social para a prevenção das arboviroses, o controle dessas enfermidades continuará sendo um grande insucesso para o sistema de saúde.

Colaboradores

Costa LD (0000-0001-8494-7733)*, Barros AD (0000-0002-6714-6608)*, Lorenzo C

(0000-0003-3542-5829)*, Mendonça AVM (0000-0002-1879-5433)* e Sousa MF (0000-0001-6949-9194)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- World Health Organization. Dengue and severe dengue 2021. [acesso em 2022 jan 1]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/dengue-and-severe-dengue#tab=tab_1.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epid. 2020 [acesso em 2022 jan 1]; (51). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/28/boletim_epidemiologico_svs_51.pdf.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue. [acesso em 2022 jan 1]. Disponível em: www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4501:2010-dengue-estrategia-gestion-integrada-prevencion-control-dengue&Itemid=41038&lang=es.
- Boas TC, Hidalgo FD. Electoral incentives to combat mosquito-borne illnesses: Experimental evidence from Brazil. *World Dev.* 2019; (113):89-99.
- Bavia L, Melanda FN, Arruda TB, et al. Epidemiological study on dengue in southern Brazil under the perspective of climate and poverty. *Sci Rep.* 2020; 10(1):1-16.
- Albarado AJ, Prado EJ, Mendonça VM. Um, dois, três – gravando: as campanhas audiovisuais do Ministério da Saúde sobre dengue, chikungunya e zika de 2014 a 2017. *Rev Eletrônica Comun Inf. Inovação em Saúde.* 2019; 13(1).
- Andrade NF, Prado EAJ, Albarado AJ, et al. Análise das campanhas de prevenção às arboviroses dengue, zika e chikungunya do Ministério da Saúde na perspectiva da educação e comunicação em saúde. *Saúde debate.* 2019; 44(126):871-80.
- Santos SL, Cabral ACSP, Augusto LGS. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; (16):1319-30.
- Gonçalves RP, Lima EC, Lima JWO, et al. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. *Saúde Soc.* 2015 [acesso em 2022 jul 25]; 24(2):578-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sL-TWmLHpJLbSMYSrFqXQRkx/abstract/?lang=pt>.
- Ciapponi A, Bardach A, Alcaraz A, et al. Workshop for priority-setting in aedes aegypti control interventions in latin america and the caribbean: A policy dialogue. *Cad. Saúde Pública.* 2019 [acesso em 2022 jul 25]; 35(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YXCbd6JMZQytzTNZDMYTmtp/?lang=en>.
- Chiaravalloti Neto F, Baglini V, Cesarino MB, et al. Dengue Control Program in São José do Rio Preto, São Paulo State, Brazil: Problems with health agents'

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- work and population adherence. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [acesso em 2022 jul 25]; 23(7):1656-64. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2007000700017&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
12. Reis CB, Andrade SMO, Cunha RV. Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(1):74-8.
 13. Mesquita FOS, Parente AS, Coelho GMP. Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias: Desafios para controle do *Aedes aegypti*. *Id Line Rev Psicol*. 2017; 11(36):64.
 14. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Scandar SAS, et al. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Rev saúde pública*. 2004 [acesso em 2022 jul 25]; 38(3):405-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jYWWCCWPLtv3RcZwBR-rkd3n/abstract/?lang=pt>.
 15. Ferreira ITRN, Veras MASM. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil TT. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(12):2683-94.
 16. Cazola LHDO, Pontes ERJC, Tamaki EM, et al. O Controle da Dengue em duas Áreas Urbanas do Brasil Central: Percepção dos moradores. *Saúde e Soc*. 2011 [acesso em 2022 jul 25]; 20(3):786-96. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SgJKvVjfVhnr-m9s66zZMCfG/abstract/?lang=pt>.
 17. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil. Uma primeira aproximação – 2017, 2021. [acesso em 2022 jan 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html?=&t=o-que-e>.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Tabela-LIRAA-Nacional-2016.pdf. Brasília, DF; [data desconhecida]. [acesso em 2021 jun 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/tabela-liraa-nacional-2016-pdf/view>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Liraa nova campanha. Brasília, DF; [data desconhecida]. [acesso em 2021 jun 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/liraa-e-nova-campanha-pdf>.
 20. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
 21. Pamplona L, Cavalcanti G, Timerman A. Saneamento básico e as arboviroses no Brasil. *Rev Rene*. 2016; 17(5):585.
 22. González FMI, Núez EO, Cifuentes E. Análisis político del Programa de Control del dengue en Morelos, México. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(6):1079-86.
 23. França LS, Macedo CMA, Vieira SNS, et al. Desafios para o controle e prevenção do mosquito *aedes aegypti*. *Rev Enferm UFPE*. 2017 [acesso em 2022 jul 25]; 11(12):4913. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25059>.
 24. Bay AMC, Silva VP. Percepção ambiental de moradores do bairro de liberdade de Parnamirim/RN sobre esgotamento sanitário. *Holos*. 2011; (3)97-112.
 25. Alves JAB, Santos JR, Mendonça EM, et al. Aspectos epidemiológicos da dengue em Aracaju, Estado de Sergipe, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011 [acesso em 2022 jul 25]; 44(6):670-3. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822011000600004&script=sci_abstract&tlng=pt.
 26. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FIPM, et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: Social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet*. 2011; (3771):1877-89.
 27. Sobral MFF, Sobral AIGP. Casos de dengue e coleta de lixo urbano: um estudo na Cidade do Recife, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(3):1075-82.

28. Flauzino RF, Souza-Santos R, Oliveira RM. Indicadores socioambientais para vigilância da dengue em nível local. *Saúde e Soc.* 2011; 20(1):225-40.
29. Souza KR, Santos MLR, Guimarães ICS, et al. Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2022 jul 25]; 34(5). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nM73CV6s7LzRWLdSd5cknkt/abstract/?lang=pt>.
30. Freitas RM, Souza Rodrigues C, Mattos Almeida MC. Estratégia Intersetorial para o Controle da Dengue em Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. *Saúde e Soc.* 2011; 20(3):773-85.
31. Brasil. Senado Federal. Combate ao mosquito da dengue. 2016. [acesso em 2022 jan 1]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/publicacaodatasenado?id=combate-ao-mosquito-da-dengue>.
32. Feitosa F, Feitosa FRS, Sobral IS, et al. Indicadores Socioambientais como subsídio à prevenção e controle da Dengue. *Rev Eletrônica em Gestão, Educ e Tecnol Ambient.* 2015; 19(3):351-68.
33. Souza VMM, Hoffmann JL, Freitas MM, et al. Avaliação do conhecimento, atitudes e práticas sobre dengue no Município de Pedro Canário, Estado do Espírito Santo, Brasil, 2009: um perfil ainda atual. *Rev Pan-Amazônica Saúde.* 2012; 3(1):7-7.
34. Gonçalves RC, Tavares ML, Faleiro JH, et al. Dengue em Urutaí, GO: conhecimentos, percepções da população e condições sanitárias de suas residências. *Arq bras ciênc saúde.* 2012; 37(1).
35. Wermelinger ED. Avaliação do acesso aos criadouros do *aedes aegypti* por agentes de saúde do programa saúde da família no município do Rio de Janeiro. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2008; 32(2):151-158.
36. Wermelinger ED, Salles ICDM. O sujeito preventivo das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* nas campanhas publicitárias: obrigação, culpabilização e alibi para a responsabilidade do poder público. *Physis Rev Saúde Colet.* 2018; 28(4):e280401.
37. Dantés HG, Manrique-Saide P, Vazquez-Prokopec G, et al. Prevention and control of *Aedes* transmitted infections in the post-pandemic scenario of COVID-19: challenges and opportunities for the region of the Americas. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 2020 [acesso em 2022 jul 25]; (115):e200284. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mioc/a/tnLdRCsj9RQtKykm3L8btGH/?lang=en>.
38. Organização Pan-Americana da Saúde. Documento técnico para a implantação de intervenções baseadas em cenários operacionais genéricos para o controle do *Aedes aegypti*. Washington, DC: OPAS; 2019. [acesso em 2022 jan 1]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51652>.
39. Castro MC, Sun K, Barbeira L, et al. Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil. *Science.* 2021. [acesso em 2022 jan 1]. Disponível em: <https://science.sciencemag.org>.

Recebido em 08/03/2022

Aprovado em 12/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A consulta pública na construção da Política Distrital de Alimentação e Nutrição

Public consultation in the construction of the District Food and Nutrition Policy

Rosielle Alves de Moura¹, Helen Altoé Duar Bastos², Karistenn Casimiro de Oliveira Brandt³, Débora Barbosa Ronca¹, Verônica Cortez Ginani²

DOI: 10.1590/0103-1104202213415

RESUMO Este estudo objetivou analisar o conteúdo da consulta pública da Política Distrital de Alimentação e Nutrição. Secundariamente, apresentar o perfil dos participantes e relatar a sistematização da análise realizada. Trata-se de estudo documental, exploratório, transversal, de abordagem quali-quantitativa. A amostra inicial foi composta por 115 contribuições, sendo 59 excluídas e 56 submetidas à análise de conteúdo descrita por Bardin e à análise multivariada e em função da frequência ($p < 0,05$) no *software* IRaMuTeQ. Os eixos norteadores da análise do conteúdo foram: Insegurança Alimentar e Nutricional, Equidade, Ambiente Escolar, Importância da Atenção Primária à Saúde, Responsabilidade pela Garantia da Política, Alimentos e Nutrientes. O perfil geral dos participantes foi heterogêneo em relação ao segmento de atuação, sendo as instituições de ensino e pesquisa (38%) o de maior representação. As contribuições destacaram a preocupação da sociedade civil em garantir a segurança alimentar e nutricional da população do Distrito Federal. Constatou-se que a diversidade das contribuições associada à análise sistemática pode subsidiar a elaboração de políticas públicas mais condizentes com a realidade e fortalecer sua implementação, tornando-a mais tangível. Assim, a participação da sociedade em decisões políticas deve ser incentivada e ampliada, pois é fundamental para democratização e equidade.

PALAVRAS-CHAVE Análise qualitativa. Consulta pública. Política de nutrição e alimentação. Políticas de saúde pública.

ABSTRACT *This study aimed to analyze the content of the District Food and Nutrition Policy's public consultation, present the participants' profiles, and report the systematization of the analysis performed. This is a documentary, exploratory, cross-sectional study with a qualitative and quantitative approach. The initial sample consisted of 115 inputs, with 59 exclusions and 56 retained for the content analysis described by Bardin and multivariate analysis by frequency ($p < 0.05$) in the IRaMuTeQ software. The guiding axes defined for the content analysis were Food and Nutritional Insecurity, Equity, School Environment, Importance of Primary Care, Responsibility for Policy Assurance, and Food and Nutrients. The overall profile of the participants was heterogeneous concerning the activity segment, with the highest representation being education and research institutions (38%). The inputs highlighted the concern of civil society in assuring food and nutrition security for the population of the Federal District. We observed that the diverse inputs associated with systematic analysis could support the elaboration of public policies more consistent with reality and strengthen its implementation, making it more tangible. Thus, society's participation in political decisions must be encouraged and expanded, as it is essential for democratization and equity.*

KEYWORDS *Qualitative analysis. Public consultation. Nutrition and food policy. Public health policies.*

¹Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil. rosiellemoura.ndae@escs.edu.br

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

³Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A consulta pública é um instrumento democrático que possibilita a participação da sociedade civil no processo de construção de normativas. Consiste, assim, na captação e na integração da opinião de cidadãos de forma não presencial nas discussões para essa finalidade. Possui um período predeterminado para ocorrer, quando a participação da sociedade é estimulada e desejada. Após seu encerramento, é necessária a divulgação de um Relatório de Análise das Contribuições que é publicado pelo órgão responsável¹.

Essa ferramenta é extremamente importante para melhorar a qualidade e a efetividade de ações e programas. Disponibiliza ao governo sugestões e críticas que podem subsidiar suas decisões, contribuindo, desse modo, para a transparência e a legitimação do processo. Dessa forma, a sua utilização na elaboração de políticas públicas no setor saúde mostra-se bastante oportuna. Além disso, permite identificar quais são as necessidades da população para planejar ações tendo em mente um cenário mais concreto da realidade em que se quer intervir^{2,3}.

No Brasil, a rotulagem nutricional de alimentos embalados, o ‘Guia de Atividade Física’ e o ‘Guia Alimentar para População Brasileira’ são experiências da gestão federal que demonstram o potencial da consulta pública. Os processos realizados conseguiram intensificar a articulação entre diversos setores da sociedade e do governo, fortalecendo, assim, o processo de elaboração de tais normativas⁴⁻⁶.

No contexto da alimentação e nutrição, a consulta pública possui potencial para contribuir com políticas que visam à resolução de problemas relacionados com a má nutrição, que afetam bilhões de pessoas no mundo. A Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) alerta que a fome mundial persiste. Revela que, após décadas de declínio, o número de pessoas em insegurança alimentar voltou a crescer, atingindo mais de 821 milhões de pessoas em 2018. Associados

a isso, tem-se ainda o sobrepeso e a obesidade que continuam aumentando, principalmente na faixa etária que compreende adultos e crianças em idade escolar⁷.

A pesquisa Vigitel⁸ aponta que, no Brasil, em 2019, 55,4% da população adulta foi diagnosticada com excesso de peso, e 20,3%, com obesidade. Por outro lado, o baixo peso atingia cerca de 2,5% da população⁹. Valores semelhantes para excesso de peso e obesidade podem ser observados no Distrito Federal (DF) (55% e 19,6% respectivamente)⁸. Paralelamente, apesar da baixa cobertura, dados provenientes do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)¹⁰, referentes aos indivíduos do DF que tiveram seu estado nutricional registrado pela Atenção Primária à Saúde (APS) entre 2015 e 2020, demonstram que o déficit de peso ainda persiste em todas as faixas etárias. Assim como em todo o território nacional, cerca de 2,5% da população adulta é classificada como de baixo peso no DF.

A situação nutricional que acompanha o cenário supracitado reflete o processo de transição nutricional, caracterizado por mudanças nos padrões de alimentação e estilo de vida da população¹¹. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente aquelas referentes à má alimentação, estão diretamente relacionadas com as alterações mencionadas. Salienta-se, ainda, que trazem sérios prejuízos à população. Foram responsáveis por 54,7% das mortes no Brasil¹², em 2018, e 54,5% no DF¹³, em 2016.

Diante desse panorama, merecem destaque as discussões acerca da alimentação. Por ser um fator de risco modificável para várias doenças, principalmente as DCNT^{14,15}, trata-se de grande desafio para saúde pública mundial e brasileira. Nesse sentido, o desenvolvimento de políticas públicas apresenta-se como ferramenta essencial para subsidiar a gestão de intervenções coletivas¹⁶.

Na esfera federal, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) consiste em uma estratégia para lidar com o problema. A primeira versão foi aprovada em 1999,

representando importante marco na temática, assim como a soma dos esforços do Estado brasileiro em respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação. Essa política apresenta como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira. Para tanto, ela aponta como responsabilidade dos estados e do DF realizar as adequações necessárias, conforme o perfil epidemiológico e as especificidades do território¹⁷.

Pelo fato de o Brasil ser considerado um país que apresenta grandes singularidades, tanto em relação a aspectos culturais quanto sociais, a adoção de ação nacional que opere de forma efetiva em toda extensão territorial é algo desafiador¹⁸. Desse modo, a elaboração de políticas públicas pelas unidades da federação, para complementar as políticas nacionais, é fundamental para atender aos problemas sociais em nível local.

Assim, no âmbito do DF, impulsionado pela estratégia nacional e coordenado por sua Secretaria de Estado de Saúde (SES), a elaboração da Política Distrital de Alimentação e Nutrição (PDAN) apresenta-se como um marco inédito e de grande importância para gestão da temática no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as etapas de construção desse documento, foi realizada a consulta pública. Espera-se, dessa forma, que essas contribuições corroborem este propósito.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou analisar as contribuições da consulta pública para elaboração da PDAN. Especificamente, o estudo se propõe a apresentar o perfil dos participantes, assim como visa relatar o processo de análise, demonstrando a sistematização aplicada. Dessa forma, possibilitará a reprodução em outras consultas.

Material e métodos

Trata-se de estudo documental, exploratório, transversal, de abordagem quali-quantitativa.

Durante a consulta pública da PDAN, foram disponibilizados questionários via Google Forms, com divulgação no Sistema Eletrônico de Informações, *e-mail*, WhatsApp, *site* da SES-DF e da Agência Brasília, entre outros. Nesse momento, o participante teve acesso ao *link* da consulta pública e à versão preliminar da PDAN. O processo ocorreu no período de 3 de março a 10 de abril de 2021.

Os questionários foram encaminhados para ex-gerentes da Gerência de Serviços de Nutrição, coordenadores dos cursos de nutrição do DF, servidores do governo do DF, conselhos de classe do DF, sociedade civil, Associação de Nutrição do Distrito Federal, residentes, entre outros.

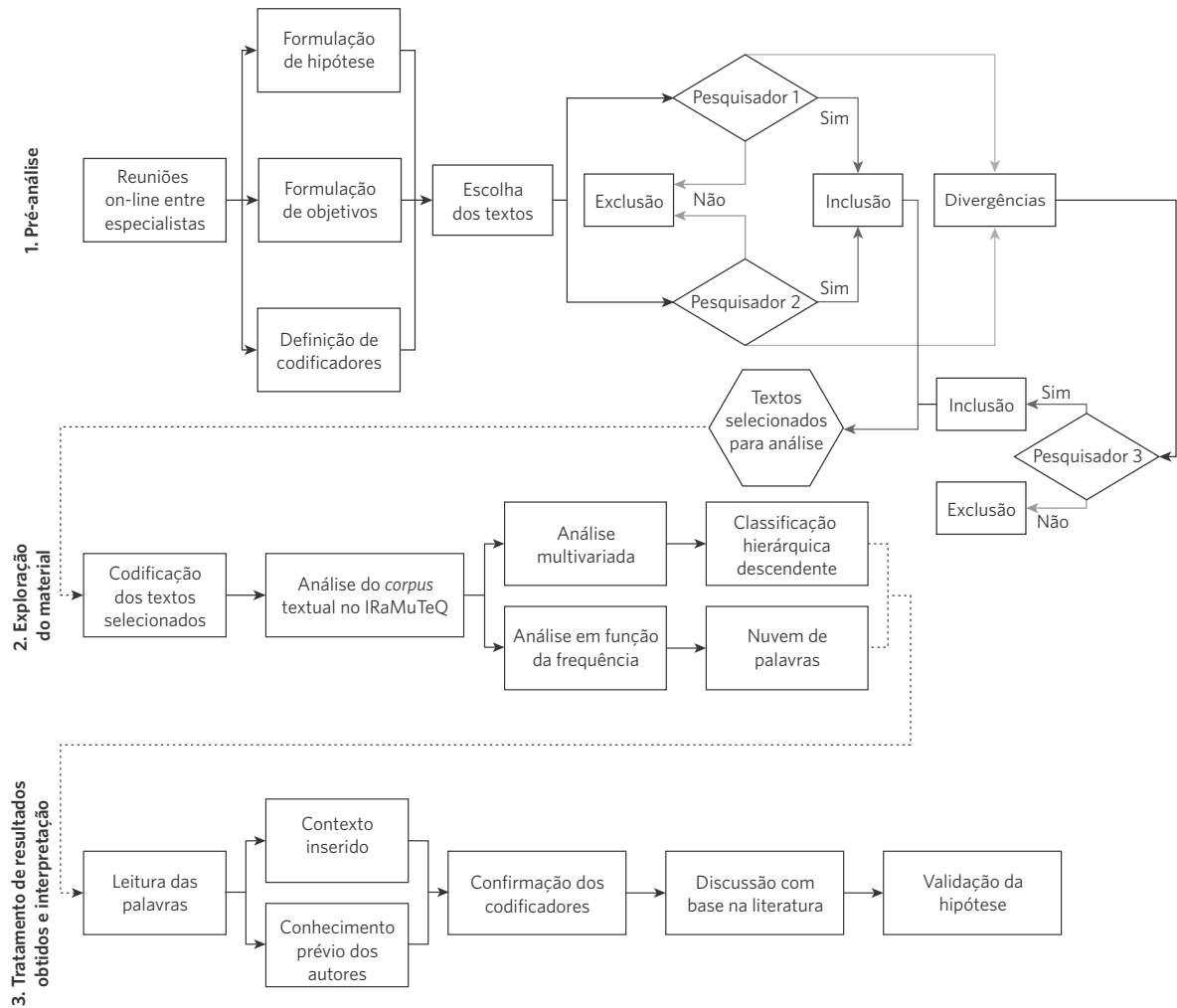
A coleta de dados foi realizada após ciência e permissão da SES-DF. Os questionários citados acima foram disponibilizados em processo de acesso público no Sistema Eletrônico de Informações, o qual versa a respeito de etapas relacionadas com a elaboração da PDAN.

As principais perguntas abordadas no questionário referiam-se ao segmento a que o participante pertencia e como tomou conhecimento a respeito da consulta pública. Também foram abordados qual opinião sobre a PDAN e os temas abordados por ela, além da seção que foi proposta à alteração com a respectiva sugestão. Esses dados foram compilados em planilha do *software* Excel[®].

Para análise, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo descrito por Bardin¹⁹. O método consiste no conjunto de técnicas empregadas de modo sistemático e objetivo para manipular o conteúdo analisado. A finalidade é identificar unidades de análise que permitam a inferência de conhecimentos a respeito do *corpus* estudado, levando-se em consideração a afinidade que o autor possui sobre o assunto¹⁹.

Segundo Bardin¹⁹, essa análise deve ser organizada em três polos cronológicos. Portanto, na presente pesquisa, cada polo foi conduzido conforme apresentado na *figura 1* e descrito a seguir.

Figura 1. Fluxograma com sistematização da análise de conteúdo da consulta pública da Política Distrital de Alimentação e Nutrição, 2021



Fonte: elaboração própria.

1) Pré-análise: consiste na etapa de preparação do material, em que se realiza a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final¹⁹. Sendo assim, a escolha dos textos para análise foi realizada às cegas, por um par de pesquisadores que utilizaram como critério de exclusão as contribuições ‘sem conteúdo (em branco) ou com conteúdo, mas que não apresentavam coerência (como, por exemplo, contribuições que apontavam ser

necessário incluir ou alterar o texto, mas não sinalizavam o quê, nem em qual parte)’, sendo as divergências posteriormente submetidas a um terceiro pesquisador. Para formulação de hipótese e elaboração de indicadores, as especialistas que participaram da pesquisa realizaram reuniões virtuais na plataforma do Google Meet e decidiram conjuntamente quais seriam adotados. A equipe foi formada por cinco nutricionistas, sendo: uma residente em gestão de políticas públicas para a saúde, três servidoras da SES-DF e a última com

doutorado em nutrição humana e ampla experiência na temática de análise de conteúdo.

2) Exploração do material: pode ser definida como a administração sistemática das decisões tomadas¹⁹. Nessa etapa, os textos resultantes da pré-análise foram codificados (cont_1 a cont_56) e agrupados em um único *corpus* textual, que foi processado no *software* IRaMuTeQ versão 0.7 alpha 2. Essa ferramenta permite realizar diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpora* textuais, os quais são estudados e fragmentados em Segmentos de Texto (ST)²⁰. Dessa forma, utilizou-se o IRaMuTeQ para análise multivariada por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e para análise em função da frequência por meio da nuvem de palavras²¹. Ressalta-se que, para interpretação dos dados, foram consideradas em ambas as análises apenas as palavras que apresentaram frequência estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em relação às demais.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: de acordo com Bardin¹⁹, nessa etapa, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Para isso, foi realizada a leitura das palavras selecionadas pelo IRaMuTeQ, considerando o contexto no qual foram inseridas nos discursos e o conhecimento prévio dos autores em relação à temática. Também se observou a discussão com base na literatura, a fim de validar a hipótese previamente definida (a consulta pública contribui para elaboração de uma política pública condizente com as demandas da população do DF).

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CAAE: 51465521.4.0000.0030.

Resultados

Perfil dos participantes

A consulta pública da PDAN teve, inicialmente, 115 contribuições. Destas, mais de um terço foi enviado por instituições de ensino e pesquisa (professores, pesquisadores); e 11%, por profissionais de saúde. Somadas às contribuições provenientes das secretarias, departamentos e coordenações de órgãos públicos correspondem a 69%. Apesar de os três grupos referidos serem responsáveis pelo maior número de contribuições, cabe destacar que o perfil geral dos participantes foi composto por diferentes segmentos, incluindo entidades de classe, estudantes, gestores, organização da sociedade civil, entre outros. Em relação aos segmentos de menor participação, destacam-se: os profissionais de saúde do Hospital Universitário de Brasília (HUB), do Hospital das Forças Armadas (HFA), do Hospital da Criança de Brasília (HCB), da Rede Sarah, do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do DF (Iges-DF) e do Instituto do Coração (0%); a indústria de alimento (3%); e os profissionais de saúde da SES-DF (4%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil dos participantes da consulta pública da Política Distrital de Alimentação e Nutrição, 2021

Variáveis	N = 115	% = 100
Segmento de atuação do participante	nº de contribuições	%
Profissional de saúde da Secretaria de Saúde	5	4
Profissional de saúde do HUB, HFA, HCB, Rede Sarah, Iges-DF, ICDF	0	0
Profissional de saúde da rede privada	8	7
Secretarias, Departamentos, Coordenações de Órgãos Públicos	23	20
Entidade de classe ou categoria profissional de saúde	6	5
Instituição de ensino e pesquisa (professores, pesquisadores)	44	38
Estudante	7	6
Indústrias de Alimentos	3	3
Outros	19	17
Como o participante tomou conhecimento a respeito da consulta pública	nº de contribuições	%
Site e redes sociais da SES-DF	10	9
Amigos, colegas ou profissionais de trabalho	8	7
Sistema Eletrônico de Informação (SEI)	75	65
Redes sociais externas	3	3
Outro	19	17
Opinião do participante sobre a PDAN	nº de contribuições	%
Fortemente favorável	79	69
Parcialmente favorável	30	26
Indiferente	6	5
Parcialmente desfavorável	0	0
Fortemente desfavorável	0	0
Opinião do participante sobre os temas abordados na PDAN	nº de contribuições	%
Fortemente favorável	74	64
Parcialmente favorável	32	28
Indiferente	9	8
Parcialmente desfavorável	0	0
Fortemente desfavorável	0	0

Fonte: elaboração própria.

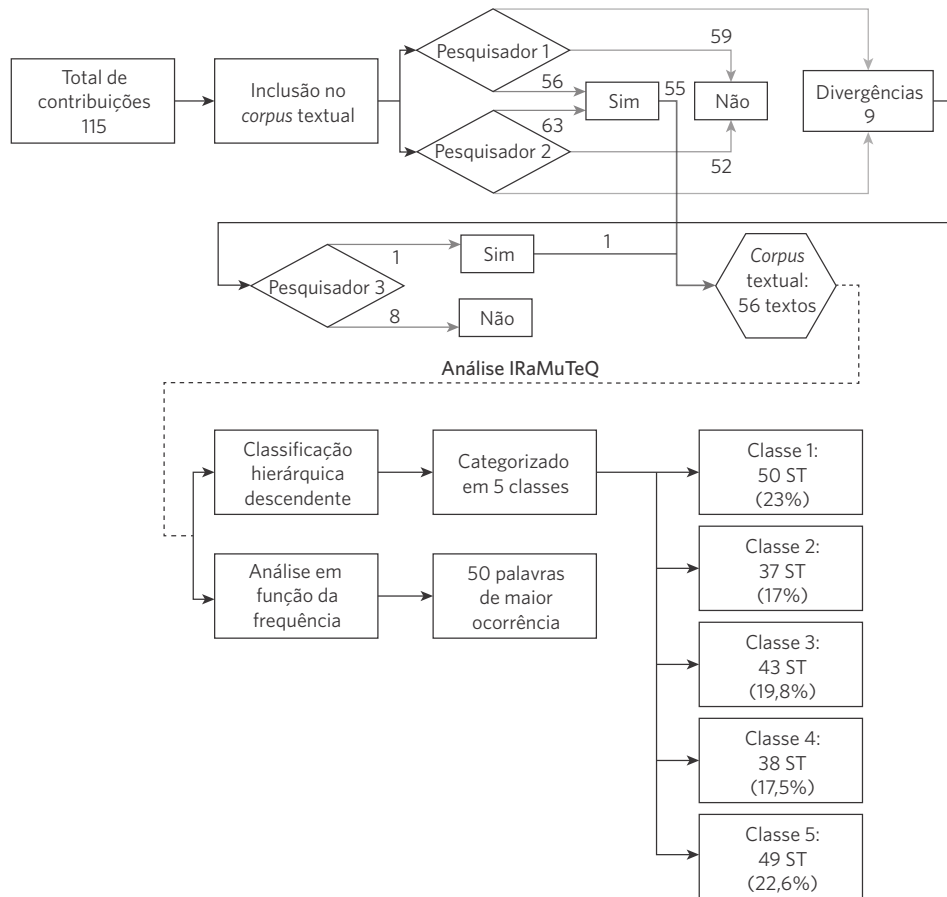
No que se refere ao meio como os participantes tomaram conhecimento acerca da consulta pública, verifica-se que o Sistema Eletrônico de Informações foi o instrumento de maior alcance (65%). As redes externas foram o de menor (3%).

Observa-se ainda que a maioria dos participantes era fortemente favorável à PDAN. Também concordava com os temas abordados por ela. Menos de um terço se manifestou como parcialmente favorável; e 0%, parcialmente ou fortemente desfavorável.

Análise de conteúdo

Em relação à análise de conteúdo, ressaltou-se que foram realizadas cinco reuniões virtuais para alinhamento do grupo em relação à definição de codificadores, objetivos, hipótese e construção do *corpus* textual. Das 115 contribuições, apenas 56 foram utilizadas para constituir o *corpus* geral do estudo, conforme observado na *figura 2*.

Figura 2. Fluxograma das etapas percorridas com auxílio do IRaMuTeQ para análise de conteúdo das contribuições da consulta pública da Política Distrital de Alimentação e Nutrição, 2021



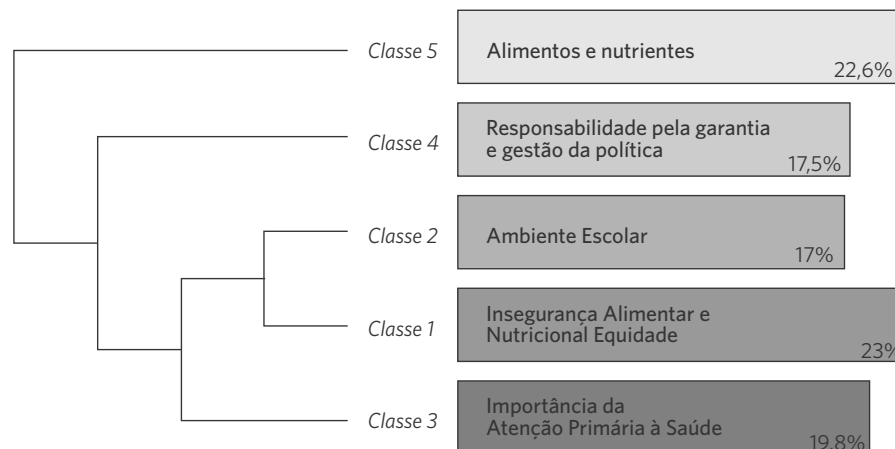
Fonte: elaboração própria.

Após análise no IRaMuTeQ, o *corpus* foi dividido em 239 ST, dos quais foram aproveitados 217 (90,79%). Verificaram-se 4.224 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.334 distintas e 821 com uma única ocorrência. Por meio da CHD, o conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes, cujos ST foram distribuídos conforme verificado na

figura 2. Além disso, a análise em função da frequência resultou em uma nuvem de palavras com os 50 termos de maior ocorrência.

A figura 3 apresenta o dendrograma gerado a partir da análise supracitada. Cada classe foi codificada com a ideia central das palavras agrupadas.

Figura 3. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) da consulta pública da Política Distrital de Alimentação e Nutrição, 2021



Fonte: elaboração própria.

A Classe 1 trouxe como foco principal a discussão a respeito da insegurança alimentar e nutricional no DF. Abordou também a questão da equidade, apontando a necessidade de a PDAN ser uma política capaz de abranger as diferentes populações do território. A seguir, foram destacados textos ou ST que apresentam algumas das palavras observadas na Classe 1.

[...] Ao longo do texto, não é mencionada a situação de insegurança alimentar no DF, que ainda é visto por trabalhadores da APS, principalmente das regiões periféricas e rurais. (cont_23).

[...] vale destacar os dados de insegurança alimentar e nutricional, cujos índices são maiores que a média Brasil. (cont_39).

Pesquisar sobre meios de promover uma alimentação saudável e sustentável, pensando no bem-estar dos menos favorecidos. (cont_1).

[...] A inclusão do termo LGBTI fortalece a PDAN e torna o DF como protagonista na área de alimentação e nutrição para essa população. [...]. (cont_40).

A Classe 2 remete ao ambiente escolar. Várias contribuições apontam a escola como um local estratégico às ações de alimentação e nutrição. Evidencia ainda a necessidade de inclusão dos profissionais de educação como atores-chave no processo de implementação da PDAN.

A inclusão das instituições educacionais como ferramentas de levantamento do estado nutricional das crianças em idade escolar. (cont_15).

[...] incluir os Professores também como atuantes na implementação do PDAN [...] a escola e a comunidade escolar tornam-se agentes importantes nesse processo educativo [...]. (cont_43).

[...] relação entre saúde e escolas merecia um olhar mais integrado além da pontuação em algumas diretrizes [...]. (cont_45).

A Classe 3 ressalta a importância da APS como ordenadora do cuidado e referência para realização de ações voltadas à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS). Além disso, destaca-se por ser a primeira etapa para o acesso e o acolhimento da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade (LCSO).

[...] a APS é um espaço privilegiado para a PAAS e prevenção e atenção nutricional ao excesso de peso... na APS, se pode realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e obesidade de forma intersectorial e com participação popular [...]. (cont_45).

A Classe 4 refere-se à necessidade de abordar, no texto, algo a respeito da responsabilidade e manutenção da garantia e gestão da política.

Indicação dos envolvidos no PDAN. (cont_38).

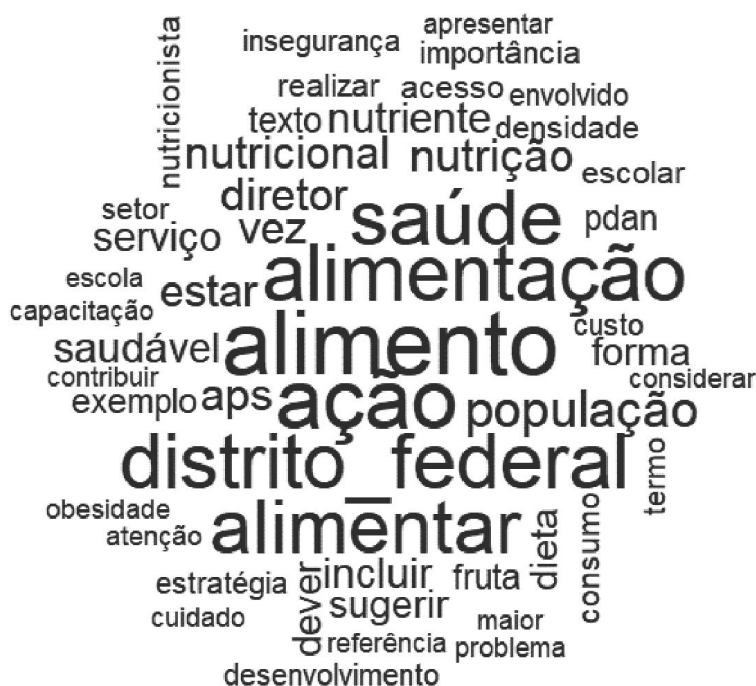
Reuniões mensais para avaliar se o que foi proposto está sendo alcançado, caso não esteja, identificar onde está o problema e buscar solução/soluções. (cont_49).

A Classe 5, por sua vez, gira em torno dos alimentos e nutrientes. Associa sua ingestão à renda dos indivíduos e a fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças.

[...] o consumo de alimentos ricos em nutrientes foi associado a uma redução modesta do risco de DCV, diabetes [...] A renda foi identificada como um fator importante que determinou a quantidade e, também, a variedade de frutas e vegetais consumidos [...]. (cont_48).

A seguir, observa-se a nuvem de palavras gerada no IRaMuTeQ. A elaboração da nuvem ocorreu a partir da análise em função da frequência do conteúdo advindo da consulta pública da PDAN (figura 4).

Figura 4. Nuvem de palavras obtida a partir da frequência do conteúdo das contribuições da consulta pública da Política Distrital de Alimentação e Nutrição, 2021



Fonte: elaboração própria.

Verifica-se que as palavras são agrupadas aleatoriamente, destacando-se no centro e em tamanho maior as que aparecem com mais frequência no *corpus* analisado. No presente estudo, as palavras 'saúde, alimento, alimentar, alimentação, ação e Distrito Federal' se destacaram.

Discussão

A consulta pública pode ser considerada um instrumento democrático e de inclusão social. Contribui com o poder de voz da população diante das escolhas políticas, tendo entre seus objetivos envolver a sociedade civil nas decisões coletivas. A partir das participações, é possível compreender melhor quais são os problemas públicos que devem ser priorizados segundo a ótica da população²².

Desse modo, a análise das contribuições da consulta pública permitiu identificar o perfil dos participantes e os principais interesses em relação aos conteúdos que deveriam ser abordados pela PDAN. Possibilitou, dessa forma, subsidiar a elaboração de uma política pública mais condizente com os problemas em que se quer intervir. Ademais, sugere o fortalecimento do processo de implementação e o torna mais tangível, já que permite reconhecer possíveis parceiros, de diferentes cenários, que poderão auxiliar nesse processo, assim como no monitoramento.

Perfil dos participantes

Observa-se que a maioria das contribuições (38%) foi proveniente das instituições de ensino e pesquisa (professores, pesquisadores). O fato de ter maior contribuição desses setores pode estar relacionado com a existência de uma diretriz na PDAN voltada ao ensino e à pesquisa. Outro aspecto interveniente pode ser a aproximação existente entre a secretaria de saúde e a de educação. Esta última contribuiu com a divulgação da consulta pública entre os servidores e reforçou, a partir das

contribuições dos atuantes desse setor, a importância do ambiente escolar como instrumento para promoção da saúde e das ações relacionadas com alimentação e nutrição. A observação pode ser ratificada ao se observar o contexto da Classe 2.

Em relação aos segmentos que tiveram menor participação, supõe-se que as demandas urgentes da pandemia de Covid-19 estejam relacionadas com a baixa devolutiva referente aos profissionais de saúde aqui mencionados. Nesse sentido, destaca-se que, nos meses de março e abril de 2021, período de realização da consulta pública, observou-se um número elevado de mortes e casos confirmados de infecção por Covid-19 no DF²³, bem como o envolvimento expressivo desse público na vacinação contra essa doença. Quanto às indústrias de alimentos, especula-se que pode ser devido ao desconhecimento do tema.

É válido enfatizar que, no geral, o perfil dos participantes de uma consulta pública pode ser influenciado por diversos fatores. Por exemplo, objetivo, tema abordado, forma de divulgação, público-alvo e atores envolvidos no processo. Independentemente dessas variáveis, é essencial garantir meios para que haja participação de todos os grupos que serão contemplados pelas ações resultantes da análise dessa ferramenta, tendo em vista garantir a equidade^{24,25}.

Quanto ao Sistema Eletrônico de Informações, é importante destacar que se trata de um sistema de gestão de processos e documentos eletrônicos, que possibilita o compartilhamento de informações com atualização e comunicação de novos eventos em tempo real²⁶. Ele é o veículo oficial de gestão e comunicação utilizado nos diversos órgãos e instituições do DF, o que facilita a disseminação de informações. Esse fato, provavelmente, contribuiu para que fosse o meio de comunicação de maior alcance na divulgação da consulta pública.

Verifica-se, ainda, que a maioria dos participantes é favorável à PDAN e ao seu conteúdo. Reforça-se, assim, a importância e a necessidade dessa política para a população do DF.

Análise de conteúdo

No que diz respeito à análise de conteúdo, verifica-se que a Classe 1 aponta a necessidade de a PDAN trazer informações relativas à insegurança alimentar e nutricional e à equidade. A Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan)²⁷ realizou, no final de 2020, um Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Os dados obtidos demonstraram que moradores de 55,2% dos domicílios analisados encontravam-se em situação de insegurança alimentar associada a fatores como renda, raça e escolaridade. A situação expressa profundas desigualdades no País. Corroborava ainda o fato de que problemas referentes à fome e à insegurança alimentar e nutricional afetam de forma mais hostil os setores que são historicamente marginalizados na sociedade²⁷.

Em relação ao DF, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁸ mostram que, em 2017-2018, cerca de 32,7% dos domicílios estavam em situação de insegurança alimentar. Estima-se que esse valor tenha aumentado tendo em vista o contexto da pandemia de Covid-19 e os dados nacionais apresentados na pesquisa anteriormente referida.

Diante desse cenário – e levando em consideração que a população do DF é bastante heterogênea em relação a aspectos como raça/cor, renda e escolaridade²⁹ –, entende-se como necessária a abordagem da temática mencionada pela PDAN. Reforça-se sua vocação para demonstrar ao governo, às entidades e aos profissionais os problemas relacionados com alimentação e nutrição enfrentados pela população do DF e apontar os meios para subsidiar o planejamento de ações para enfrentá-los.

A Classe 2 aborda o ambiente escolar. Segundo Silva³⁰, a escola é um importante cenário a ser utilizado para promoção da saúde. Ela é reconhecida como um setor de inúmeras abrangências, uma vez que, depois da residência, esse ambiente e o trabalho

passam a ser os lugares que os indivíduos mais frequentam. De acordo com o autor, a escola influencia e produz modos diferentes de agir e refletir sobre o mundo, devendo ser entendida como inferência direta na produção social de saúde³⁰.

Nesse contexto, cita-se o documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)³¹, que menciona a escola como um dos cenários factíveis de realizar a promoção da saúde. Deve-se considerar também o Programa Saúde na Escola (PSE)³², que consiste em uma política integralizada entre a saúde e a educação, que visa contribuir para a formação dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde.

Em vista disso, ressalta-se a necessidade e a importância de a escola ser utilizada como ambiente estratégico para execução de ações relacionadas com a normativa do setor saúde. Destaca-se, igualmente, a relevância de a comunidade escolar utilizar as diretrizes da normativa na elaboração das ações de promoção da alimentação adequada e saudável. O objetivo é estimular hábitos saudáveis, promover a saúde e prevenir doenças não só nos escolares como também nos seus familiares e nos profissionais envolvidos.

Em relação à Classe 3, sabe-se que a APS tem no seu arcabouço o papel de coordenar as ações e os serviços ofertados pela rede. É a porta de entrada preferencial do SUS³³. Destaca-se por ser extremamente importante para ampliação do acesso e da melhoria dos indicadores de saúde. Situa-se, ainda, como local estratégico para realização de várias ações, como, por exemplo, as voltadas à vigilância em saúde. Dessa forma, a APS possibilita diagnosticar e tratar precocemente doenças como a obesidade^{14,34}.

Cabe evidenciar que a PDAN retrata nas diretrizes a necessidade da atenção nutricional integral. Reforça, dessa maneira, a ideia de que as ações relacionadas com alimentação e nutrição, executadas na APS, são essenciais e contribuem para a implementação da política. Por outro lado, inclui também os demais níveis

de atenção, que devem atuar em conjunto para que a política seja mais abrangente e consiga ser efetiva.

A partir das falas da Classe 4, verifica-se que a população tem interesse em saber quem são os responsáveis pela garantia e gestão da PDAN. As falas refletem a preocupação com a efetivação e a permanência dessa política, assim como a necessidade de maior atenção aos direitos da população no momento de elaborar políticas públicas. Os participantes observaram, nesse sentido, a incorporação da alimentação na Constituição Federal, pela Emenda Constitucional nº 64/2010, como um fator determinante e condicionante da saúde³⁵.

A elaboração, a análise, a implementação e a gestão de políticas públicas envolvem diferentes recursos, ideias, negociações e atores. Conjuntamente, todos devem ser capazes de descrever os objetivos e orientar na identificação e planejamento dos meios (programas, planos e projetos) para alcançá-los^{16,36}. Esses meios devem ser indicados em instrumentos de planejamento governamental, como, por exemplo, o Plano Plurianual³⁷.

Cabe frisar que as ideologias e os interesses envolvidos por trás de uma política pública são diversos. Portanto, é indispensável convergir para alcançar o objetivo principal. Dessa forma, a avaliação constante do que está sendo realizado é fundamental não só para garantir sua implementação como também para identificar se está sendo eficaz ou se precisa de adaptação³⁸.

Nesse contexto, é importante destacar que há necessidade de atuação tanto dos gestores quanto dos demais profissionais de saúde no processo de implementação dessa política. Sua consolidação é, assim, de responsabilidade intersetorial do setor saúde do DF. Além disso, a participação social nesse processo – em especial, do Conselho de Saúde do DF – é fundamental, pois auxilia na fiscalização e na cobrança da execução.

Em relação à Classe 5, é importante frisar que além dos alimentos serem fonte de nutrientes essenciais para a manutenção da saúde e bem-estar, também estão relacionados com

dimensões mais amplas. Envolvem questões culturais, sociais e econômicas, as quais são retratadas no ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’³⁹. Além disso, é válido destacar que a alimentação pode ser considerada tanto fator de risco quanto de proteção para várias doenças (hipertensão, diabetes, obesidade etc.). Deve-se, portanto, incentivar a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, já que estes tendem a ser mantidos na idade adulta⁴⁰⁻⁴².

Tal fato ressalta a necessidade de a PDAN incentivar a leitura do ‘Guia Alimentar para a População Brasileira’³⁹. Esse documento sugere vários tipos de preparações saudáveis que levam em consideração as diversidades da nação. Também destaca a importância do consumo de alimentos da safra, adquiridos em feiras locais e típicos da cultura alimentar local. O objetivo é colaborar com a alimentação saudável a preço mais acessível, diminuir o desperdício e fortalecer a produção local, em especial, a agricultura familiar³⁹.

No que tange à nuvem de palavras, as que aparecem em destaque remetem ao foco principal da PDAN. Elas estão relacionadas com a proposta de subsidiar ações que propiciem melhorias conexas à alimentação e nutrição da população do DF. Outro aspecto é a possibilidade de esse documento contribuir para promoção, recuperação e/ou manutenção da saúde desses indivíduos.

É importante enfatizar, ainda, que, no setor saúde do DF, não existe um modelo padrão para realização e avaliação de consultas públicas. Isso representa, desse modo, um possível fator limitante, dificultando a análise e a normatização de conteúdos que cada área deveria abordar para que o documento desenvolvido consiga alcançar seus objetivos.

Conclusões

O presente estudo demonstrou que o perfil geral dos participantes foi composto por indivíduos favoráveis à PDAN, e heterogêneo

em relação aos segmentos de atuação. Tal diversidade contribui para que a abordagem da política tenha um olhar mais amplo acerca dos diferentes contextos relacionados com alimentação e nutrição da população do DF, possibilitando que esta seja mais inclusiva e próxima das necessidades da população.

Em relação aos anseios da população, verifica-se que há uma preocupação com questões relativas à equidade, à segurança alimentar e nutricional, ao papel do ambiente escolar e da APS na efetivação da política. Também se observa a necessidade de discussão acerca dos diferentes contextos em que os alimentos/nutrientes se inserem na vida das pessoas. Além disso, cita-se a carência de detalhar melhor a responsabilidade pela garantia da política, demonstrando o interesse e a preocupação da sociedade em relação à efetivação e à manutenção dessa normativa.

Constata-se, portanto, que a consulta pública é uma etapa primordial na elaboração de políticas públicas, sendo a análise das contribuições advindas do público essencial para subsidiar a tomada de decisões na formulação de políticas capazes de atender às necessidades reais da população. Cabe evidenciar que, apesar das contribuições terem sido advindas de diferentes setores da sociedade, existe a necessidade de pensar em estratégias e padronizações que ampliem a divulgação das consultas públicas, para que estas atinjam um maior público. Contribuirá, dessa forma, para que os instrumentos em análise tenham uma visão cada vez mais inclusiva e pluralista.

Espera-se que este trabalho colabore para a construção de políticas públicas futuras, visto que apresenta de forma sistematizada o modelo de avaliação utilizado. Poderá, assim, ser reproduzido e permitirá análises mais fidedignas das contribuições da população acerca de outras temáticas. Além disso, é válido reforçar a necessidade de pesquisas envolvendo a temática abordada neste estudo, já que a participação da sociedade em decisões políticas deve ser ampliada, sendo fundamental para a democratização e a equidade.

Colaboradoras

Moura RA (0000-0002-6286-1178)* contribuiu para compilação, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Bastos HAD (0000-0002-3783-0548)* contribuiu para interpretação dos dados e redação do artigo. Brandt KCO (0000-0002-7310-9061)* contribuiu para concepção do projeto, análise dos dados e redação parcial do artigo. Ronca DB (0000-0002-9161-6403)* contribuiu para concepção do projeto, análise dos dados e revisão crítica do artigo. Ginani VC (0000-0002-8751-3671)* contribuiu para concepção do projeto, interpretação dos dados, redação parcial do artigo e revisão crítica. Todas as autoras mencionadas aprovaram a versão final do artigo e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Consultas Públicas. 2022. [acesso em 2022 abr 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/participacao-social/consultas-publicas>.
2. Alves SMC. Democracia Participativa e a Consulta Pública na Agência Nacional de Saúde Suplementar. In: Delduque MC, organizadora. Temas Atuais Direito Sanitário. Brasília, DF: CEAD; FUB; 2009. p. 45-63.
3. Rodrigo D, Amo PA. Background Document on Public Consultation. OECD. 2006. [acesso em 2021 jul 14]. Disponível em: <https://www.oecd.org/mena/governance/36785341.pdf>.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório de Consolidação das Consultas Públicas no 707 e 708/2019: Rotulagem nutricional de alimentos embalados. 2020. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/3882585/Relat%C3%B3rio+de+An%C3%A1lise+das+Contribui%C3%A7%C3%B5es+%28RAC%29+-+CP++707+e+708/9097e99f-4090-4196-8f3a-77d12c0830ad>.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: relatório final da consulta pública. Brasília, DF: MS; 2015. [acesso em 2022 abr 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_relatorio_final.pdf.
7. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Safeguarding against economic slowdowns and downturns. Roma: FAO; 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF; MS, 2020. [acesso em 2021 jul 3]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de Acesso Público. Brasília, DF: MS; 2019. [acesso em 2021 jul 3]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.
10. Brasília. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Saúde. Boletim N° 01 de 08 abril de 2021. Boletim Informativo: Estado Nutricional no Distrito Federal. Brasília, DF: Secretaria de Saúde; 2021. [acesso em 2021 set 21]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Informe_Estado_Nutricional_DF-1.pdf.
11. Lerm BR. Associação entre déficit de estrutura e sobrepeso em crianças de países de renda baixa e média: avaliando a dupla carga de má nutrição no nível individual e populacional. [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2019. 129 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília, DF; MS; 2020. [acesso em 2021 set 21]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p-blica.pdf>.
13. Brasília. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Informativo Epidemiológico: Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Brasília, DF: Secretaria de Saúde; 2018. [acesso em 2021 set 27]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/INFORMATIVO_MORTALIDADE_DCNT_PUB.pdf.

14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 2021 abr 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf.
15. Silva JG, Ferreira MA. Alimentação e saúde na perspectiva de adolescentes: contribuições para a promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2019 [acesso em 2021 abr 25]; (28):e20180072. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0072>.
16. Lima LL, D'Ascenzi L. Políticas públicas, gestão urbana e desenvolvimento local. Porto Alegre: Metamorfose; 2018. [acesso em 2021 abr 25]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174972/001066342.pdf?sequence=1>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: MS; 2013.
18. Carvalho SFC, Carvalho JVAC. A importância dos investimentos públicos para a formação das políticas públicas na busca do acesso e garantia à saúde no Brasil. In: V Seminário Científico do UNIFACIG; 2019 nov 7-8. UNIFACIG; 2019. p. 1-6.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: 70 ed; 2016.
20. Marques ADB, Branco JGO, Cavalcante RC, et al. Os fatores de risco para infecção no domicílio estudados pela análise de similitude. *Prev. Infec. Saúde*. 2015 [acesso em 2021 jun 19]; 1(2):21-28. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3666/pdf>.
21. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicol*. 2013 [acesso em 2021 jun 19]; 21(2):513-158. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>.
22. Saab F, Bermejo PHS, Garcia GC, et al. Does public consultation encourage social participation? *J. Enterprise Info. Manag*. 2018 [acesso em 2021 jul 17]; 31(5):796-814. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JEIM-11-2017-0169/full/html#:~:text=From%20a%20practical%20point%20of,stage%20of%20the%20discussion%20about>.
23. Brasília. Governo do Distrito Federal. Boletim Epidemiológico No 423: Emergência de Saúde Pública COVID-19 no âmbito do Distrito Federal. Brasília, DF: GDF; 2021.
24. Cardenas MF. Public participation and public consultations in OAS-administered basin projects. Pontificia Universidad Javeriana; 2005. [acesso em 2021 jul 17]. Disponível em: http://www.oas.org/usde/Working%20Documents/english/Consultations_in_basin_projects.pdf.
25. Milano F, Pallares U. Public Consultations: Step by Step +300 regulatory and legal frameworks applicable in Latin America and the Caribbean. IDB Group. 2020. [acesso em 2021 set 12]. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Public-Consultations-Step-by-Step-300-Regulatory-and-Legal-Frameworks-Applicable-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf>.
26. Brasil. Ministério da Economia, Secretaria Executiva. Cartilha do Usuário - Sistema Eletrônico de Informações (SEI). 7. ed. Brasília, DF: MS; 2021.
27. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2021. [acesso em 2021 jul 30]. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Brasília, DF: Distrito Federal: IBGE; 2017.
29. Brasília. Governo do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios 2018. Brasília, DF: CODEPLAN; 2019.
30. Silva JTB. Programa de saúde escolar - PSE: entra-

- ves e perspectivas. [monografia]. Campina Grande: Universidade Federal da Paraíba; 2015. [acesso em 2021 jul 30]. Disponível em: <https://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/11170/1/PDF%20-%20Jaynara%20Talita%20Barbosa%20Silva.pdf>.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: MS; 2018.
 32. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007.
 33. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Panam Salud Pública*. 2020 [acesso em 2021 ago 23]; (44):1-8. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2020.v44/e39/pt>.
 34. Giovanella L, Rizzotto MLF. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 jul 14]; 42(1):6-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/96vrrWMtpnfXXSGcXgMp4WM/?format=pdf&lang=pt>.
 35. Brasil. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da União. 4 Fev 2010.
 36. Viana ALA, Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, organizadora. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes; 2009. p. 65-105.
 37. Brasília. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de Planejamento, Orçamento, Monitoramento e Avaliação da SES-DF. Brasília, DF: GDF; 2018.
 38. Macedo AS, Alcântara VC, Andrade LFS, et al. O papel dos atores na formulação e implementação de políticas públicas: dinâmicas, conflitos e interesses no Programa Mais Médicos. *Cadernos EBAPE.BR*. 2016 [acesso em 2021 ago 3]; 14(10):593-618. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/CpskZt34XqzMZFXsLyxKPTw/?format=pdf&lang=pt>.
 39. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2014.
 40. Azevedo ECC, Dias FMRS, Diniz AS, et al. Consumo alimentar de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: um estudo com funcionários da área de saúde de uma universidade pública de Recife (PE), Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014 [acesso em 2021 ago 21]; 19(5):1613-1622. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xQm6YZyZNqkrKbpYwMgxP9q/?format=pdf&lang=pt>.
 41. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epid. Serv. Saúde*. 2015 [acesso em 2021 ago 21]; 24(3):373-387. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/6GMVmr3DyNwdDKqXcDgz5Fv/?format=pdf&lang=pt>.
 42. Piassetzki CTR, Boff ETO. Educação alimentar e nutricional e a formação de hábitos alimentares na infância. *Contexto Edu*. 2018 [acesso em 2021 ago 23]; 33(106):318-3. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/artic/view/7934>.

Recebido em 03/04/2022

Aprovado em 12/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Perfil dos processos de internação compulsória decorrentes do uso de drogas: uma pesquisa documental

Profile of compulsory hospitalization processes due to drug use: a documentary research

Larissa de Abreu Queiroz¹, Fátima Büchele Assis¹, Fernanda Martinhago¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213416

RESUMO A internação compulsória, regulamentada pela Lei nº 10.216/2001, é um fenômeno que envolve duas importantes áreas: saúde e justiça. Sua utilização para enfrentar os problemas decorrentes do uso de drogas deflagra a complexidade da questão e as divergências acerca da forma mais eficaz de tratar o usuário. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos pedidos de internações compulsórias decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Trata-se de uma pesquisa documental que utilizou acórdãos do site do Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Por meio da aplicação das palavras-chave, foram encontrados 334 acórdãos, dos quais, 92 foram analisados após avaliação segundo critérios de inclusão e exclusão. As principais variáveis coletadas foram: identificação de recorrentes e recorridos, justificativa para o pedido de internação, legislações, existência de laudo médico circunstanciado e outros aspectos considerados importantes para caracterizar o julgamento dos pedidos. Este estudo evidenciou que a justiça e a psiquiatria vêm respondendo à urgência de normalizar as condutas e os comportamentos desviantes havendo uma ampliação do biopoder e justificando intervenções coercitivas. O estigma acerca dos usuários contribui para potencializar essas estratégias, e a legislação, criada para evitar medidas arbitrárias, é utilizada para fortalecer a segregação.

PALAVRAS-CHAVE Tratamento psiquiátrico involuntário. Judicialização da saúde. Saúde mental.

ABSTRACT *Compulsory hospitalization, regulated by Law No 10.216/2001, is a phenomenon that involves two important areas: health and justice. Its use to face problems arising from drug use triggers the complexity of the issue and disagreements about the most effective way to treat the user. The objective of this study was to identify the profile of requests for compulsory hospitalizations resulting from the use of alcohol and other drugs. This is a documentary research that used judgments from the website of the Santa Catarina Court of Justice. Through the application of the keywords, 334 judgments were found and, of these, 92 were analyzed after evaluation criteria. The main variables collected were: identification of appellants and respondents, justification for the hospitalization request, legislation, existence of a detailed medical report and other aspects considered important to characterize the granting or rejection of requests. This study showed that justice and psychiatry have been responding to the urgency of normalizing deviant behaviors and conducts, with an expansion of biopower and justifying coercive interventions. Stigma about users contributes to enhancing these strategies, and legislation, created to avoid arbitrary measures, is used to strengthen segregation.*

KEYWORDS *Involuntary treatment, psychiatric. Health's judicialization. Mental health.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. larissadeabreuq@gmail.com



Introdução

O uso de álcool e outras drogas traz à tona diversas discussões acerca das políticas públicas e de como a sociedade enfrenta questões que envolvem saúde, segurança, justiça e preconceito.

A partir de 2019, importantes alterações nas políticas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no Brasil começaram a ocorrer com a criação da Nova Lei de Drogas (Lei nº 13.840/2019) e da Nova Política Nacional Sobre Drogas (Decreto nº 9.761/2019)^{1,2}. Essas mudanças foram um retrocesso diante do movimento de Reforma Psiquiátrica (RP) ao colocarem a abstinência como meta principal e visarem a uma sociedade livre de substâncias psicoativas, além de fortalecerem os hospitais, as Comunidades Terapêuticas (CTs) e as internações como alternativas para o tratamento.

A Lei nº 10.216/2001, que marcou as conquistas da RP, aponta que a internação psiquiátrica é permitida somente quando os dispositivos extra-hospitalares se mostrarem ineficazes, e define a Internação Compulsória (IC) como aquela que é determinada pela justiça³, a qual vem sendo amplamente divulgada como estratégia utilizada para enfrentar a questão das drogas, principalmente após a reformulação das políticas públicas.

O problema é que as ICs isolam o indivíduo da sociedade, interferem na sua autonomia e no seu direito de escolha. E, quando utilizadas de forma leviana, representam a contramão da reestruturação da assistência psiquiátrica. Entende-se que, nos moldes em que vêm sendo requeridas, violam os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da saúde, os quais também são considerados direitos humanos e fundamentais⁴.

Nessa direção, destacam-se a relevância e a pertinência deste estudo, que envolve duas grandes áreas e sua complexidade particular: a justiça e a saúde. A proposta é aproximá-las, tendo em vista que são utilizadas para proteção das pessoas e para beneficiar a sociedade em geral. Dessa forma, é primordial

estreitar o laço entre o judiciário e as políticas de saúde para facilitar o diálogo e evitar decisões equivocadas.

O Judiciário brasileiro recebe, em média, 30 milhões de novos processos ao ano e possui quase 100 milhões em tramitação. Em grande parte, os processos tratam de saúde pública, saúde suplementar e de biodireito⁵. Diante disso, é notório que cada vez mais o Poder Judiciário está intervindo nos assuntos relativos à garantia do direito à saúde, porém, muitas vezes, não há profissionais habilitados, com conhecimento técnico e científico devido ao que diz respeito à saúde mental, por isso, corre-se o risco de o Judiciário se tornar um canal para internações psiquiátricas desnecessárias⁶.

O debate acerca das circunstâncias nas quais devem ser aplicadas as ICs é intenso e divide opiniões. Na esfera jurídica, há textos normativos, muitas vezes, vagos e aliados a uma visão tradicional punitiva herdada de legislações antigas⁷.

Essa discussão envolve um fenômeno chamado de judicialização da saúde, caracterizado pela intervenção do Judiciário em instâncias políticas e legislativas responsáveis pela elaboração das políticas de saúde⁸.

Para melhor compreender esse contexto, optou-se por pesquisar as decisões do Judiciário referentes aos pedidos de internação compulsória e suas justificativas para deferi-los ou indeferi-los. Buscaram-se as decisões proferidas em segundo grau, chamadas de acórdãos, que estão disponíveis nos sites dos Tribunais de Justiça (TJ).

Optou-se por dar ênfase ao estado de Santa Catarina (SC) devido à sua experiência pioneira em direção às mudanças na assistência psiquiátrica nos anos 1970, inserindo-se no contexto nacional e internacional no que se refere à reestruturação da saúde mental. SC implantou os princípios da saúde preventivo-comunitária antes do restante do Brasil, que experienciou essa nova forma de atenção somente nos anos 1980 e 1990⁹, o que justifica a escolha do local da pesquisa.

É claro que são diversos os atores envolvidos nessa trama. Aqui, tomaram-se os discursos

dos juízes, por serem eles os responsáveis pela aplicação das leis e pela decisão sobre determinado direito, que, neste caso, refere-se ao direito à saúde de um cidadão.

Diante do exposto, elencou-se como objetivo identificar o perfil dos pedidos de internações compulsórias decorrentes do uso de álcool e outras drogas submetidos ao Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC).

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e documental que coletou dados no *site* do TJSC (www.tjsc.jus.br), mais precisamente, no espaço de 'jurisprudência', com acesso público.

No campo de busca avançada, foram utilizadas as seguintes palavras-chave em pesquisas individuais: "internação psiquiátrica", "internação compulsória", "internação não voluntária", "internação involuntária", "internação forçosa", "internação obrigatória", "hospitalização psiquiátrica", "hospitalização compulsória", "hospitalização não voluntária", "hospitalização involuntária", "hospitalização forçosa", "hospitalização obrigatória".

Não foi delimitada data inicial para a busca dos acórdãos, e a final foi 31 de dezembro de 2020. A busca das palavras-chave totalizou 334 resultados, os quais foram tabulados usando o Excel, disponível no pacote Microsoft Office.

Foram incluídos para análise os acórdãos que tratavam de demandas referentes à internação psiquiátrica por uso de álcool e outras drogas; e excluídos aqueles que se repetiram, os relativos à internação devido a transtorno

mental, os que tramitavam em segredo de justiça e, por fim, os acórdãos que decidiram acerca de conflito de competência e os que perderam o objeto.

Dos 334 acórdãos encontrados na primeira busca, restaram 92 após serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

Utilizou-se um Protocolo de Registro de Dados com base em Salvatori¹⁰ para coletar as informações necessárias para análise estatística, a fim de quantificar e caracterizar as seguintes variáveis: Comarcas, Ano de Julgamento, Interessados, Antecipação de tutela, Sexo, Idade, Drogas, Julgamento, Laudo médico, Motivação para internação.

Foi realizada estatística descritiva das variáveis por meio de frequências absoluta e relativa no programa Excel.

Resultados e discussão

Nesta etapa, serão apresentados os resultados do estudo da jurisprudência de 92 decisões do TJSC acerca dos pedidos relativos à internação compulsória decorrente de álcool e outras drogas que chegaram à 2ª Instância, de 2010 a dezembro de 2020.

Distribuição das ações no tempo e legislação utilizada nos acórdãos

No que se refere ao ano de julgamento, foram identificadas decisões somente a partir do ano de 2010. De maneira geral, é perceptível o aumento da quantidade de acórdãos ao longo do tempo, conforme demonstrado na *tabela 1*.

Tabela 1. Distribuição das ações judiciais no tempo e legislações que fundamentaram as decisões nos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, relativos à internação decorrente do uso de álcool e outras drogas, 2010-2020

Ano de Julgamento	N	%
2010	1	1,0
2011	1	1,0
2012	5	5,4
2013	8	8,7

Tabela 1. (cont.)

Ano de Julgamento	N	%
2014	17	18,4
2015	13	14,1
2016	12	13,0
2017	9	9,8
2018	9	9,8
2019	5	5,4
2020	12	13,0
Legislação		
Art. 6 da Lei nº 10.216/2001	51	55,4
Art. 196 da Constituição Federal	34	36,9
Art. 4 da Lei nº 10.216/2001	25	27,2
Lei nº 8.080/1990	14	15,2
Decreto-lei nº 891/1938	10	10,9

Fonte: elaboração própria.

Os anos que tiveram quedas mais significativas foram seguidos de posterior aumento das ocorrências. O ano com mais documentos analisados foi 2014, seguido por 2015, 2016 e 2020.

Uma ressalva importante é que a data informada nos acórdãos se refere ao julgamento em 2ª Instância, ou seja, a internação foi solicitada em data anterior, especialmente se considerarmos a morosidade do Judiciário. Por esse motivo, as datas informadas são posteriores à solicitação, à insatisfação do recorrente com a decisão e ao julgamento realizado pelo TJ.

O aumento da quantidade de processos nos últimos seis anos condiz com as intensas transformações nas políticas públicas relacionadas à saúde mental e ao uso de drogas, que, especialmente após 2019, caminharam para o fortalecimento das internações e da exigência da abstinência como forma de tratamento.

A criação da Nova Política Nacional Sobre Drogas, em 2019, apresentou a defesa de uma sociedade livre de drogas e, para tanto, trouxe como foco a promoção e a manutenção da abstinência. Além disso, reforçou as CTs como locais para tratamento e acolhimento dos usuários, além de ampliar o número de leitos nos dispositivos hospitalares, reduzindo a quase

nada as estratégias de redução de danos¹. Junto com a Nova Lei de Drogas, a Nova Política desconstrói e enfraquece as inúmeras conquistas do movimento de RP e retoma práticas asilares segregadoras, como ocorre nas CTs, já alvo de denúncias por violações de direitos humanos¹¹.

Também na *tabela 1* estão as principais legislações citadas pelos juízes para justificar suas decisões. Importante apontar que, em diversos acórdãos, foi utilizada mais de uma legislação, e, em menor número, não foi mencionada nenhuma.

O artigo 6 da Lei nº 10.216/2001, que menciona a imprescindibilidade do laudo médico circunstanciado, foi utilizado em mais da metade dos acórdãos pesquisados, embora nem sempre tenha sido respeitado, pois, mesmo com a ausência do documento, foram deferidas as internações com base nos relatos de familiares.

Já o artigo 4 da mesma Lei, que determina que a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem ineficazes e que o tratamento deve oferecer assistência integral, apareceu em 26,6%. Da mesma forma, na grande maioria dos documentos, não se discorre a respeito dos tratamentos

extra-hospitalares tentados anteriormente.

Interessante apontar que o artigo 9 da Lei nº 10.216/2001, o qual ressalta que o juiz competente levará em consideração as condições de segurança do estabelecimento, não foi mencionado em nenhum acórdão. Não há detalhamento sobre as condições das instituições às quais os usuários foram encaminhados, o que demonstra uma preocupação em internar, porém, um desconhecimento acerca dos locais.

A segunda legislação mais citada para fundamentar as decisões foi o artigo 196 da Constituição Federal (36,9%), que enfatiza a saúde como direito de todos e dever do Estado; seguida da Lei nº 8.080/1990, a qual consolida o Sistema Único de Saúde e dispõe sobre as condições para promover, proteger e recuperar a saúde.

Em 5º lugar, aparece o Decreto-lei nº 891/1938, o qual aprova a lei de fiscalização de entorpecentes, em 10,64% dos acórdãos. Dispõe sobre a internação de usuários de drogas, chamados de ‘toxicômanos’ e ‘psicopatas’, e, apesar de bastante antigo, ainda está em vigor. O dependente de substâncias psicoativas é considerado doente, e proíbe-se seu tratamento em domicílio. Além disso, o Decreto permite a internação forçada, quando provada sua necessidade ou quando for conveniente à ordem pública (artigos 27, 28 e 29).

Percebe-se que as Leis e os Decretos mais citados visam ao bem-estar do usuário e da sociedade, apresentando a intenção de proteger os envolvidos das consequências do uso de drogas. Aqui, cabe mencionar a discussão

sobre biopoder e biopolítica de Foucault¹² – que explica como a IC ou mesmo as legislações podem ser mecanismos de controle populacional –, que contribui para a compreensão de práticas políticas e de saúde.

O biopoder consiste em uma anátomo-política do corpo e também em uma biopolítica da população. A primeira refere-se aos dispositivos disciplinares que se encarregam de extrair do corpo a força produtiva por meio do controle do tempo e do espaço dentro das instituições. Já a segunda volta-se à regulação da população utilizando saberes e práticas relacionados ao corpo e à espécie humana^{12,13}.

Numa sociedade de normalização, o biopoder é ampliado e intensificado, e o direito e a psiquiatria, por sua vez, respondem à urgência de normalizar as condutas. Os ditos comportamentos desviantes – que aqui correspondem ao uso de drogas – são analisados por uma “verdade científica” e acabam por ser alvos de condenação moral e jurídica – que é a IC¹⁴.

A psiquiatria se coloca como ciência dos “anormais” e utiliza estratégia de governo das populações via intervenção médica e jurídica, as quais são repressivas e disciplinares, como se coloca a IC¹⁴.

Posição das partes interessadas

Foram identificadas, também, as partes interessadas em cada acórdão como recorrentes ou recorridos, conforme *tabela 2*.

Tabela 2. Posição das partes interessadas nos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, relativos à internação compulsória decorrente do uso de álcool e outras drogas, 2010- 2020

Interessado	Recorrente		Recorrido	
	n	%	N	%
Avós	8	8,7	-	-
Curador	3	3,3	-	-
Estado de Santa Catarina	26	28,3	16	17,4
Irmã(o) do usuário	5	5,4	1	1,1
Mãe do usuário	21	22,8	13	14,1
Ministério Público	10	10,9	15	16,3

Tabela 2. (cont.)

Interessado	Recorrente		Recorrido	
	n	%	N	%
Pai do usuário	4	4,3	1	1,1
Prefeituras Municipais	23	25,0	32	34,8
Tia	1	1,1	1	1,1
Plano de Saúde	1	1,1	-	-
Usuário	14	15,2	28	30,4
Não informado	3	3,3	11	11,9

Fonte: elaboração própria.

Entre os principais recorrentes, em ordem de ocorrência, estavam: o estado de Santa Catarina, as Prefeituras Municipais, a mãe do usuário, o próprio usuário, o Ministério Público. Já os principais recorridos foram: as Prefeituras Municipais, o usuário, estado de Santa Catarina, o Ministério Público e a mãe do usuário, sendo que os três últimos tiveram praticamente a mesma quantidade. Percebe-se que as partes se repetiram em ambas as posições, com algumas modificações na quantidade de ocorrências.

Somando os familiares envolvidos como recorrentes, eles ocuparam quase a metade dos processos de 2ª instância (41,49%), o que indica que são os principais requerentes da internação compulsória dos usuários de álcool

e outras drogas, sejam eles avós, cônjuges, filhos, irmãos, genitores etc.

O estado de Santa Catarina e as Prefeituras Municipais apresentaram participação importante, já que, sendo determinada a internação na 1ª instância, recorrem da decisão para não arcarem com os custos e a responsabilidade sobre ela. Essa questão revela uma contradição importante: de um lado, está ocorrendo um fortalecimento das ações repressivas relacionadas ao uso de drogas, a abstinência e a internação como soluções; e, de outro, o Poder Público se nega a custear tais intervenções, já que são altos os custos com as internações.

Sexo e tipo de droga

Tabela 3. Dados de sexo e tipo de droga utilizada pela pessoa para a qual foi solicitada a internação compulsória constantes nos acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, 2010-2020

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	8	8,7
Masculino	79	85,9
Não informado	5	5,4
Droga		
Álcool	29	31,5
Cocaína	14	15,2
Crack	13	14,1
Maconha	13	14,1
Não informado	49	53,3

Fonte: elaboração própria.

Na *tabela 3*, apresenta-se que 87,5% dos usuários para quem a internação foi solicitada eram do sexo masculino. Esse dado vai ao encontro de outras pesquisas realizadas no Brasil, que apontam que o uso de drogas é mais prevalente entre homens e que essa população é mais vulnerável no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas e a tornar-se dependente^{15,16}.

A sociedade conservadora cria uma expectativa sobre a masculinidade heterossexual, cuja imagem do homem se configura como de um sujeito que supera riscos e limites. Tal exigência social talvez possa influenciar o uso de drogas, uma vez que esse comportamento possa ser equiparado a uma afirmação do que é 'ser homem'¹⁷.

Nesse sentido, o processo de socialização dos homens pode influenciar em como alguns deles cuidam da sua saúde e acabam buscando ajuda apenas quando se deparam com situações de maior gravidade, as quais não podem ser solucionadas tão facilmente. Isso mostra o quanto algumas questões relacionadas às masculinidades podem ser associadas a fatores como independência, autonomia e autoconfiança de forma equivocada, no que diz respeito ao cuidado com a saúde^{17,18}.

Com relação à idade, 72,2% dos acórdãos não forneceram esse dado, porém, subentende-se que a maioria consistiu em adultos, já que, quando eram adolescentes ou menores de idade, essa informação era enfatizada como algo relevante para a situação da internação devido às peculiaridades relacionadas aos direitos da criança e do adolescente (22,2% forneceram essa especificação). Cabe pontuar que os processos que tramitavam em segredo de justiça (e que não foram incluídos), em sua maioria, dizem respeito à IC de adolescentes, o que aponta um número subestimado com relação a essa população na presente pesquisa.

Assim como foi descrito no caso dos homens, é comum que os jovens também tenham dificuldade de pedir auxílio diante de alguma dificuldade, por terem medo de parecer vulneráveis. A repressão dessas emoções, algumas

vezes, faz com que também seja favorecido o consumo de drogas. E esse uso, especialmente de álcool, acaba sendo um elemento facilitador da interação nos espaços sociais e, também, um instrumento de afirmação e reconhecimento social desses indivíduos¹⁹.

Outros dados importantes apontados na *tabela 3* se referem à droga consumida pelo usuário encaminhado à internação. Mais da metade dos acórdãos não especificou a substância, e alguns deles referiram mais de um tipo.

O álcool apareceu em primeiro lugar (31,52%), com distância considerável da segunda droga mais citada (cocaína, com 15,22%). Já o crack empatou com a maconha em quarto lugar, o que contraria o alerta nacional dos últimos anos, que, inclusive, justificou o uso das internações compulsórias para resolver o problema da suposta epidemia. Essa ideia foi fortemente reforçada pelos meios de comunicação e contrariou, também, a pesquisa realizada pela Secretaria Nacional Sobre Drogas (Senad) e pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a qual apontou que somente 0,8% da população das capitais do Brasil faz uso regular de crack²⁰.

O dado aqui apresentado se assemelha ao da pesquisa de Musse⁷, que analisou 92 decisões de segunda instância do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT) que versavam sobre internações compulsórias relacionadas ao uso e à dependência de drogas. A autora apontou que, entre todas as drogas explicitamente mencionadas, lícitas e ilícitas, o álcool foi também a que mais se destacou, aparecendo como causa exclusiva da IC em 25 (26%) das decisões; ou associada, em três (3%).

Ainda assim, atualmente, os danos do álcool são comumente minimizados e, inclusive, muitas vezes, estimulados pelos meios de comunicação, não sendo seu uso considerado 'anormal', como ocorre com as drogas ilícitas como o crack e até a maconha.

A Pesquisa Nacional de Saúde, ao analisar o consumo abusivo dessa droga no Brasil, mostrou que, nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, houve uma prevalência de 26,0%

para os homens e 9,2% para as mulheres²¹. Já os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade apontam que, no período de 2012 a 2016, foram registrados 33.168 óbitos atribuíveis ao uso de álcool no país, sendo sua maioria entre homens. Essas informações indicam que a população masculina tanto ingere mais bebidas alcoólicas quanto apresenta mais problemas em decorrência desse hábito²².

Esses dados corroboram os achados da presente pesquisa que demonstram que o álcool tem sido a principal droga causadora de internação compulsória, e os homens a principal

população, segundo os acórdãos pesquisados no TJSC.

Antecipação de tutela, existência de laudo médico circunstanciado e julgamento

Buscou-se, também, levantar os dados referentes aos pedidos de tutela antecipada e acerca da existência de laudos médicos que atestaram a necessidade da internação, a fim de verificar se eles influenciaram as decisões, conforme *tabela 4*.

Tabela 4. Antecipação de tutela, existência de laudo médico circunstanciado e julgamento dos pedidos de internação compulsória proferidos pelo Tribunal de Justiça de Santa Catarina, 2010-2020

Variáveis	N	%
Antecipação de tutela		
Concedida	46	50,0
Não concedida	39	42,4
Não solicitada ou não informada	7	7,6
Laudo médico circunstanciado indicando a internação		
Sim	28	30,4
Não	54	58,7
Não informado	10	10,9
Julgamento		
Favorável à internação	36	39,1
Desfavorável	18	19,6
Retorno do processo para 1ª instância	34	36,9
Outros	4	4,4

Fonte: elaboração própria.

No que se refere à tutela antecipada, esta foi concedida em mais da metade das situações com o objetivo de tornar mais rápidas as internações dos usuários antes da decisão definitiva (sentença). A justificativa utilizada foi de que a saúde deve ser aplicada direta e imediatamente, já que é um direito fundamental de todos os cidadãos a ser garantido pelo Estado, segundo a Constituição Federal.

Segundo o artigo 300 da Lei nº 13.105/2015, do novo Código de Processo Civil, a tutela de urgência “será concedida quando houver

elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo”²³. Nos casos em que foi apurado que havia perigo eminente ao usuário ou à sociedade, foi concedida, então, a tutela antecipada, entendimento que é comum diante das pessoas que fazem uso de drogas.

O medo do ‘louco’ e do ‘doente mental’ sustenta a ideia de que ele é perigoso e deve ser internado, o que garante a legitimidade da sua exclusão social em prol da segurança do próprio paciente, da família e da sociedade. O

estigma é justamente essa marca ou característica indesejável que atribui desvalorização e discriminação de uma pessoa em relação a outros membros da sociedade, tidos como normais²⁴.

Percebe-se, então, que a urgência está sempre relacionada ao impacto dos comportamentos do indivíduo nas pessoas ao seu redor e à avaliação destas. São percebidos como inabilitados para a aceitação social plena, estigmatizados, e essa é, também, uma forma de controlar aqueles que são diferentes, de tentar adequar e conter o perigo que essas pessoas representam²⁴.

Os laudos médicos indicando a internação estavam presentes em menos de 30% dos pedidos realizados. A maioria não continha o documento, e outra parte não informou sua existência. Apesar da importância da avaliação e da indicação médica e de estar determinada sua imprescindibilidade no artigo 6 da Lei nº 10.216, segundo os dados, o laudo não apresentou centralidade nos pedidos que chegaram à 2ª instância.

Esse importante achado indica que os pedidos chegam com os relatos de familiares, profissionais de saúde, porém, muitas vezes sem avaliação direta do paciente, de suas necessidades e perspectivas. O processo de estigmatização é justamente este: um movimento externo, a partir do olhar da sociedade, que enquadra um indivíduo e ressalta uma de suas características acima de todas as outras como se fosse essa a que melhor lhe define – o indivíduo é aprisionado sob a fixidez do olhar do outro²⁴.

Isso ocorre com os usuários de drogas, que são tomados como inferiores e marginalizados num processo produzido socialmente por meio de conotações moralizantes e mistificadoras²⁵.

Os efeitos prejudiciais desse processo vão desde a perda da autoestima até a restrição das interações sociais. É importante compreender que o estigma existe em um círculo vicioso: o estigma encoraja o preconceito e a discriminação, que, por sua vez, reforçam a ocorrência do estigma²⁶.

A desconfiança, os estereótipos negativos, preconceitos e a discriminação por parte da sociedade causam forte impacto à pessoa estigmatizada e envolvem distanciamento e isolamento social, que dificultam o acesso a cuidados em saúde, educação, emprego, moradia etc.²⁶. Esse apontamento também pode nortear a reflexão acerca das dificuldades do usuário em aderir ou buscar tratamentos.

É possível observar que a maioria dos acórdãos foi favorável à internação, e que comumente não há cumprimento do artigo 6 da Lei nº 10.216/2001 no momento de ingressar com a ação. Isso pode ter ocorrido devido à desinformação ou, também, pela dificuldade de levar o usuário para avaliação médica, o que foi relatado em alguns casos. De qualquer maneira, não há nos pedidos a presença massiva de laudo médico circunstanciado.

Na 2ª instância, foram deferidos 12 pedidos de internação, mesmo sem apresentação de laudo médico atestando sua necessidade. E 8 acórdãos não trouxeram essa informação, a qual deveria ser central no relato da situação, já que é o que garante tanto os direitos do usuário quanto a sua segurança no que se refere aos aspectos clínicos. Além disso, o documento deve trazer minuciosamente a situação mental do paciente, os exames e tratamentos já realizados, a elaboração de diagnóstico, prognóstico e conclusão sobre a necessidade de internação²⁷.

Musse⁷ aponta que, na sua pesquisa, 21% dos pedidos de internação não foram acompanhados do laudo médico e chama atenção para o fato de que não é possível afirmar que aqueles que anexaram o documento aos autos do processo cumpriram as exigências da Lei nº 10.216/2001, no que se refere às suas fundamentações.

Motivação para a internação

Para justificar o pedido de internação, foram utilizados diversos argumentos que se referiram ao comportamento e às condições psíquicas do usuário, descritos na *tabela 5*. De maneira geral, no mesmo acórdão, é mencionado mais de um aspecto relevante

Tabela 5. Motivação para a solicitação da internação compulsória decorrentes do uso de álcool e outras drogas contida nos acórdãos do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, 2010-2020

Motivação	N	%
Agressividade	42	45,6
Risco a si e/ou a terceiros	37	40,2
Recusa tratamento	27	29,3
Ineficácia de tratamentos anteriores	25	27,2
Sintomas psicóticos	15	16,3
Atos infracionais, furtos e/ou roubos da própria residência	10	10,9
Abandono escolar e/ou desemprego	5	5,4
Mora e/ou dorme na rua	4	4,3
Juízo comprometido	4	4,3
Problemas no relacionamento e/ou convívio familiar	6	6,5
Tentativa e/ou risco de suicídio	4	4,3
Sintomas não psicóticos	6	6,5

Fonte: elaboração própria.

A agressividade e os comportamentos de risco contra si mesmo e contra terceiros foram os maiores motivadores para se solicitar a internação, somando 85,1%.

Esse dado, aliado aos anteriores que indicaram que o álcool foi a droga mais prevalente na população masculina, corrobora outras pesquisas²⁸, que afirmam que essa droga pode representar um fator gerador de violência, tanto entre os consumidores regulares quanto entre os moderados e eventuais. Além disso, os comportamentos violentos entre os homens podem estar relacionados à expressão das masculinidades, tendo em vista que algumas crenças construídas socialmente valorizam a exposição e a superação de riscos, bem como a força física¹⁷.

Os sintomas psicóticos (delírios, alucinações e surtos) também estiveram presentes, bem como os não psicóticos (dificuldade de se alimentar, baixo peso, deterioração da saúde física e desânimo).

Ainda foram apresentadas motivações bastante vagas que não explicitaram aspectos relevantes para o juiz tomar a decisão conforme a legislação prevê (quais tratamentos foram propostos e por que não obtiveram êxito;

informações constantes no laudo médico relacionadas aos aspectos biopsicossociais etc.). Os acórdãos apresentaram informações que não justificariam, por si só, uma internação contra a vontade do indivíduo.

Algumas delas, que apareceram em 01 acórdão cada: ‘dificuldade de assimilar expectativas’; ‘usuário permanece na rua com amigos’; ‘apresenta comportamentos estranhos’; ‘apresenta comportamento errático e inconstante’; ‘usuário não cumpre as prescrições médicas’; ‘usuário causa transtorno à sociedade’; ‘usuário não possui controle sobre sua vida’; ‘usuário apresenta comportamento reprovável’; ‘não tem discernimento’; ‘não tem limites’.

Esses comportamentos considerados ‘anormais’ ou que devem ser objeto de intervenção, apesar de vagos, explicitam a correlação entre a loucura e a periculosidade, alvos dos saberes médico e jurídico¹⁴.

Considerações finais

Foram encontrados acórdãos a partir do ano de 2010, com um aumento ao longo do tempo e, de

maneira geral, com distribuição proporcional entre as comarcas que abrangem os municípios mais populosos do estado de SC. Nenhuma se destacou por ter grande ocorrência em comparação às demais.

Os familiares foram os principais recorrentes, e as Prefeituras Municipais, os recorridos; já os usuários de drogas eram majoritariamente adultos, do sexo masculino. Mais da metade dos acórdãos não especificou a droga consumida, porém, entre aqueles que trouxeram a informação, o álcool apareceu em primeiro lugar.

A maioria das decisões foi favorável à internação, e não se observou diferença significativa entre aquelas que foram deferidas sem e com laudo médico. Em contrapartida, praticamente todas as decisões desfavoráveis e extintas, bem como a maioria que retornou para primeira instância, não continham o laudo médico circunstanciado. Esses dados parecem indicar que a ausência de indicação médica para IC é determinante para as decisões desfavoráveis, porém, não é impeditivo para internar alguém, ou seja, para o juiz deferir a solicitação.

O artigo 6 da Lei nº 10.216/2001 foi o mais citado, seguido do artigo 196 da Constituição Federal. A agressividade e os comportamentos de risco, contra si mesmo e contra terceiros, foram os maiores motivadores para se solicitar a internação. A escolha das legislações e também os problemas elencados para justificar a necessidade da internação demonstram que a IC é utilizada como mecanismo para proteger a sociedade e o próprio usuário dos problemas decorrentes do consumo de drogas. E, além disso, que o Estado é apontado como o responsável por salvaguardar o direito à saúde, mesmo que isso signifique ferir o direito de escolha individual com a indicação de um tratamento involuntário.

Aqui, é pertinente apontar que a Lei nº 10.216/2001, embora seja o marco da RP, está sendo utilizada para embasar as IC. Ou seja, utiliza-se uma legislação que marca a resistência a um poder normalizador e reforça o atendimento em meio comunitário para respaldar

ações higienistas e excludentes que desvalorizam a assistência psicossocial. Nota-se, ainda, que os juízes ora autorizam as internações com base nessa lei, ora referem que ela pode ser relativizada ao aceitarem requerimentos na ausência do laudo médico. De qualquer modo, os critérios utilizados variam, com casos similares sendo decididos de forma distinta.

É evidente que não se trata aqui de invalidar as conquistas que a referida legislação possibilitou, mas de problematizar sua utilização para fins contrários à sua verdadeira proposta e aliados a esse poder regulador que envolve a saúde e a justiça nos pedidos e na avaliação das internações compulsórias. O laudo médico, por sua vez, é o dispositivo articulador entre esses saberes, e o juiz, em conjunto com o médico, é quem determina a inabilidade do sujeito de se adaptar à sociedade, precisando ser isolado.

Essa inabilidade parece, então, ser resolvida com o alcance da abstinência, condição que caracterizaria um tratamento bem-sucedido. Isso faz com que não haja muitas outras possibilidades para aqueles sujeitos que não conseguem ou não desejam interromper o uso de substâncias, restando a eles a IC. Com as mudanças na Política Nacional Sobre Drogas, esse movimento ficou ainda mais marcado, representado pelo fortalecimento do modelo de tratamento das CTs: em regime fechado, de longa duração e sem utilizar as estratégias de redução de danos. O indivíduo é, então, excluído da sociedade, retira-se dele o direito e a liberdade de ir e vir, e é estigmatizado, rotulado como 'louco'.

A partir deste estudo, compreendeu-se que a IC pode ser considerada um dispositivo normalizador, exercido sob a justificativa da saúde e da preservação da vida, ou seja, como biopoder. Os 'anormais' são retirados de circulação em nome da sociedade e de si próprios, com base em legislações que servem à proteção e à saúde e também devido a comportamentos desviantes que não se adequam à vida social. Ou seja, dotados de um estigma social que, além de dificultar o acesso ao tratamento e às relações, ainda fortalece a necessidade de excluir os usuários.

Colaboradoras

Queiroz LAQ (0000-0002-6637-8044)* contribuiu para todas as etapas de elaboração do manuscrito. Assis FB (0000-0002-4661-9031)* contribuiu para o planejamento do

projeto, análise dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. Martinhago F (0000-0002-2929-7739)* contribuiu para o planejamento do projeto, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União. 11 Abr 2019.
2. Brasil. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera Leis e Decretos, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Diário Oficial da União. 5 Jun 2019.
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001.
4. Coelho I, Oliveira MHB. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. Saúde debate. 2014 [acesso em 2021 maio 28]; 38(101):359-67. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rpggZzTqr-6CPQDZ5PmBcP4f/abstract/?lang=pt>.
5. Conselho Nacional de Justiça. Relatório Justiça em Número. Brasília, DF: CNJ; 2013.
6. Fortes HM. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. Rev. bras. saúde mater. infant. 2010 [acesso em 2021 maio 28]; 10(2):321-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5yNzSt6mBPWYvfDznLk9GMP/?lang=pt>.
7. Musse LB. Internações forçadas de usuários e dependentes de drogas: controvérsias jurídicas e institucionais. In: Santos MPG. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 187-228.
8. Souza MHSC, Vianna MLW, Scheffer M, et al. A intervenção do poder judiciário no setor de saúde suplementar – tutelas antecipadas como instrumento de garantia da assistência à saúde no Brasil. Divulg. saúde debate. 2007; (37):44-60.
9. Schneider DR, Budde C, Flores, KC, et al. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira? Hist. Cienc. Saude Manguinhos. 2013 [acesso em 2021 maio 28]; 20(2):553-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fCxWxkXPqQCHvLThbVgNngP/?lang=pt&format=pdf>.
10. Salvatori RT. O direito à internação psiquiátrica no Sistema Único de Saúde e no Sistema de Saúde Suplementar: as representações sociais do Tribunal de Justiça de São Paulo. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2013. 218 p.
11. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília, DF: CFP; 2011.
12. Foucault M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Furtado RN, Camilo JAO. O Conceito de Biopoder no Pensamento de Michel Foucault. *Rev. Subjetividades*. 2016. [acesso em 2021 maio 28]; 16(3):34-44. Disponível em: <https://docplayer.com.br/87402968-O-conceito-de-biopoder-no-pensamento-de-michel-foucault.html>.
14. Azevedo AO, Souza TP. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis*. 2017 [acesso em 2021 maio 28]; 27(3) 491-510. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/T78xrxYK8j4bBYXDPSZWVr/?lang=pt>.
15. Carlini EA, Galduroz JC. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
16. Laranjeira R. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: INPAD; 2013.
17. Moraes M, Castro R, Petuco D. Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde. Recife: Instituto PAPAÍ; 2011.
18. Jablonski B. A difícil extinção do Boçalossauro. In: Nolasco S. A desconstrução do Masculino. Rio de Janeiro: Rocco; 1995. p. 156-65.
19. Mendoza AZ. Uso de álcool entre adolescentes, uma expressão de masculinidade. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004. 168 p.
20. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal – Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
22. Marques MV, Junior DNS, Santos EGO, et al. Distribuição espacial das mortes atribuíveis ao uso de álcool no Brasil. *J. Health Biol Sci*. 2019 [acesso em 2021 maio 28]; 8(1):1-11. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100084/2934-publicado.pdf#:~:text=Os%20munic%C3%ADpios%20que%20apresentaram%20as,MG%20\(32%2C71\)](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1100084/2934-publicado.pdf#:~:text=Os%20munic%C3%ADpios%20que%20apresentaram%20as,MG%20(32%2C71)).
23. Brasil. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil. Brasília, DF. 16 mar 2015. [acesso em 2022 jul 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm.
24. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
25. Pacheco AL, Scisleski A. Vivências em uma comunidade terapêutica. *Rev. Psicol. Saúde*. 2013 [acesso em 2021 maio 28]; 5(2):165-73. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a12.pdf>.
26. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J. Bras. Psiquiatr*. 2010 [acesso em 2021 maio 28]; 59(4):326-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/G4C8v9mqvSmQRgNdy8QZbjf/abstract/?lang=pt>.
27. Monteiro FH. A internação psiquiátrica compulsória na perspectiva dos direitos humanos e fundamentais. Curitiba: Prismas; 2016.
28. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev. Saúde Públ*. 2007 [acesso em 2021 maio 28]; 41(6):970-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/QdVxHbxQwLG-CXmGtDTzvFb/abstract/?lang=pt>.

Recebido em 01/11/2021

Aprovado em 06/04/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (Capes) – Cód. de financiamento 001

Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico: percepções dos residentes de medicina

Accident at Work with Exposure to Biological Material: perceptions of medical residents

Fernanda Sucasas Frison¹, Herling Gregorio Aguilar Alonzo¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213417

RESUMO Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em um complexo hospitalar universitário, com o objetivo de descrever as percepções dos residentes de medicina que sofreram um Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico quanto aos fatores pessoais, institucionais e sociais associados à ocorrência do acidente. As informações foram coletadas por meio das fichas de notificação dos acidentes e de entrevistas com uma questão aberta norteadora. Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin e o fechamento amostral por saturação. Foram entrevistados vinte e um residentes de medicina e identificados dois eixos temáticos: condições de trabalho e estado emocional do residente médico. Os resultados revelaram que a sobrecarga de trabalho, o acúmulo de atividades, a equipe de saúde reduzida, a ausência de supervisão por um preceptor médico e a imperícia do profissional contribuíram para ocorrência do acidente. Além disso, foram relatados fatores como cansaço, fadiga, privação do sono, desatenção e, sobretudo, estresse emocional. São poucos os estudos sobre o tema, porém, as percepções dos residentes médicos evidenciaram um cenário em que o processo de trabalho interfere no bem-estar físico e psíquico dos profissionais, contribuindo para a ocorrência dos acidentes.

PALAVRAS-CHAVE Acidentes de trabalho. Residência médica. Estresse profissional. Exposição ocupacional. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT *This was a qualitative study carried out in a university hospital complex, with the objective of describing the perceptions of medical residents who suffered an Accident at Work with Exposure to Biological Material regarding the personal, institutional and social factors associated with the occurrence of the accident. Information was collected using accident notification forms and interviews with an open guiding question. Bardin content analysis and saturation sampling were used. Twenty-one medical residents were interviewed and two thematic axes were identified: working conditions and emotional state of the medical resident. The work overload, the accumulation of activities, the reduced health team, the absence of supervision by a medical preceptor, and the professional incompetence contributed to the occurrence of the accident. In addition, factors such as tiredness, fatigue, sleep deprivation, inattention, and especially emotional stress were reported. There are few studies on the subject, but perceptions of medical residents showed a scenario in which the work process interferes with the physical and psychological well-being of professionals, contributing to the occurrence of accidents.*

KEYWORDS *Accidents, occupational. Internship and residency. Occupational stress. Occupational exposure. Worker's health.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. ffrison@unicamp.br

Introdução

Os Acidentes de Trabalho com Exposição a Material Biológico (Atemb) são um problema de saúde pública e geram repercussões relevantes, tanto individuais como sociais, aos Trabalhadores da Área de Saúde (TAS), decorrentes de danos emocionais, aquisição de doenças, absenteísmo e toxicidade dos medicamentos da profilaxia pós-exposição^{1,2}.

A notificação dos Atemb no Brasil é compulsória desde 2004, e realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan)³. De acordo com dados disponíveis no Anuário da Saúde do Trabalhador, houve um aumento de 200% das notificações dos Atemb, passando de 15.735, em 2007, para 47.292, em 2014, evidenciando o elevado número de TAS acidentados⁴. Esse aumento se deu pela melhoria do Sinan e pelo crescimento no número de TAS formados e praticando a profissão, principalmente os médicos e técnicos de enfermagem⁴.

Os serviços de saúde são considerados ambientes insalubres, com presença de fatores nocivos à saúde dos trabalhadores, como a exposição aos agentes biológicos, seja durante a assistência ou pelo contato com superfícies contaminadas^{1,2}. Os agentes biológicos correspondem aos micro-organismos (vírus, bactérias, fungos); parasitas (vermes, protozoários); culturas de células; príons e toxinas⁵.

A exposição ocupacional a agentes biológicos entre os TAS pode ocorrer por meio percutâneo, como picadas de agulhas, nas membranas mucosas, pele não íntegra, mordedura ou arranhaduras com sangue¹. Representam risco de contaminação para mais de 60 tipos diferentes de patógenos, porém, os Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatite B (VHB) e hepatite C (VHC) apresentam maior prevalência¹.

No mundo, entre os tipos de exposição, a percutânea é a mais frequente. Estima-se que 385 mil casos ocorrem em hospitais dos EUA a cada ano⁶. Segundo estudo realizado sobre a estimativa global das doenças atribuíveis aos

acidentes com perfurocortantes contaminados, entre os TAS, podem ter ocorrido no ano de 2000: 16.000 infecções pelo VHC, 66.000 por VHB e 1.000 pelo HIV⁶.

A natureza das doenças ocupacionais que acometem os trabalhadores vem sofrendo alterações ao longo dos anos, como consequência da globalização, de fatores organizacionais do ambiente de trabalho, avanço tecnológico e exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos (biomecânicos e psicossociais) envolvidos nas atividades laborais^{7,8}.

A complexidade das situações de trabalho que levam ao Atemb deve ser analisada pelas instituições, e a saúde do trabalhador destaca a necessidade de revisão do processo e da organização do trabalho, observando as várias circunstâncias que possibilitem a ocorrência do acidente, que poderá ter mais de uma origem^{3,9}.

Estratégias como as recomendações de biossegurança nos serviços de saúde são fundamentais para proteção da equipe de assistência e dos usuários, sendo capazes de reduzir o número de Atemb e as exposições dos profissionais aos riscos biológicos^{3,9}.

Entre as medidas para a prevenção primária dos Atemb e um ambiente de trabalho mais seguro, encontram-se as Precauções Padrão (PP), que são definidas como um conjunto de práticas que tem por finalidade diminuir os riscos de transmissão dos micro-organismos nos serviços em que há o contato com material biológico^{7,10}. Envolve ações como: lavagem das mãos; descarte adequado de perfurocortantes, resíduos químicos, tóxicos; dispositivos de segurança; uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e imunização^{7,9,10}. Vale lembrar que a adoção das PP muitas vezes não impede o Atemb, porém, reduz as suas chances de acontecer^{7,10}.

A literatura nacional e internacional aponta que as categorias profissionais mais expostas ao Atemb são os TAS, que atuam direta ou indiretamente na assistência à saúde^{9,11}. Os estudos demonstram que os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos

e auxiliares) e os médicos são os TAS que apresentam maior risco de contaminação com agente biológico^{4,9,11}. Tal fato justifica-se por: maior número de trabalhadores dessas categorias nos serviços de saúde; atividades de assistência em tempo integral ao usuário com contato constante com agentes biológicos; carga horária de trabalho excessiva; estresse ocupacional; falta de capacitação e recursos adequados; entre outros^{3,9,11}. As conjunturas políticas, sociais e econômicas adotadas no País interferem diretamente nas condições reais do trabalho⁸.

Os residentes médicos, profissionais em processo de especialização, representam um grupo, entre os médicos, com elevada ocorrência de Ate mb. Em dois estudos transversais realizados em hospitais-escola, de Porto Alegre (RS) e Belo Horizonte (MG), os residentes médicos aparecem como a segunda categoria profissional que mais relatou o Ate mb, atrás somente dos técnicos de enfermagem^{12,13}.

A elevada incidência dos Ate mb é uma realidade no cotidiano dos TAS, justificando-se os estudos que abrangem não somente a epidemiologia dos acidentes, como, também, a perspectiva dos profissionais expostos. As análises desses dados podem subsidiar o planejamento de ações voltadas à segurança ocupacional que viabilizem mudanças no processo de trabalho.

Portanto, esta pesquisa objetivou descrever as percepções dos residentes de medicina que sofreram um Ate mb quanto aos fatores pessoais, institucionais e sociais associados à ocorrência do acidente.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza exploratória, com abordagem qualitativa, realizado com os médicos residentes acometidos por um Ate mb, no complexo hospitalar universitário público presente na Universidade Estadual de Campinas, no interior de São Paulo, onde são realizados procedimentos de alta complexidade e atividades ligadas a ensino, extensão

e pesquisa. A área hospitalar conta com dois hospitais, quatro centros especializados e diversos ambulatorios. No quadro de TAS, em 2021, estavam nas equipes 688 residentes em 47 especialidades, 36 áreas de atuação e seis programas de anos adicionais, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica¹⁴.

Desde 2011, os casos de TAS expostos aos Ate mb que ocorrem nesse complexo hospitalar são atendidos e notificados no Centro de Saúde da Comunidade (Cecom), onde o profissional é acolhido, e segue-se a conduta necessária para cada acidentado. A população do estudo foi composta pelos residentes médicos que compareceram ao Cecom para notificar os Ate mb ocorridos no período compreendido de dezembro de 2019 a dezembro de 2020. Correspondem aos TAS que mais notificaram os acidentes nos anos de 2011 a 2020, sendo esse o motivo da escolha desse público para a pesquisa.

A coleta de informações ocorreu por meio de formulário com a seguinte questão aberta norteadora: 'descreva os fatores pessoais, institucionais e sociais que você associa ao acidente'. Optou-se por uma pergunta central disparadora devido à pouca disponibilidade desses TAS em permanecerem mais tempo no serviço. Os residentes, normalmente, estão com pressa para retornar às atividades, conforme observado na rotina de trabalho da pesquisadora no atendimento desses profissionais no Cecom. Os dados demográficos, tipo de acidente, área e ano na residência médica e uso de equipamentos de proteção individual foram obtidos do banco de dados que é alimentado com os dados da Ficha de Notificação de Ate mb.

O convite para a participação na pesquisa e para a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi realizado pela própria pesquisadora, em diferentes momentos em que compareceram ao Cecom: durante a notificação do Ate mb, nos casos de acompanhamento ambulatorial ou no retorno do TAS ao serviço para retirada de resultados de exames, normalmente, entre os horários de cirurgias ou do almoço.

O tempo máximo de acompanhamento ambulatorial é de até seis meses a partir da data do Atemp, e observou-se que os TAS se lembravam do ocorrido e discorriam facilmente sobre a questão apresentada, mesmo não tendo sido feita a entrevista no dia do acidente.

Na sala de consulta, na presença da pesquisadora, os participantes discorreram livremente sobre a questão. A duração do preenchimento foi de, em média, 10 minutos, e participaram 21 residentes de medicina.

A decisão de finalizar a coleta de informações se deu pela constatação da saturação teórica, quando é interrompido o arrolamento de participantes, porque a interação entre o campo de pesquisa e o investigador não fornece mais novos temas para a discussão do contexto estudado¹⁵.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin, seguindo as três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados¹⁶. Foram realizadas a organização e a leitura exaustiva do material, o agrupamento dos temas, de acordo com as afinidades de conteúdo, e o desenvolvimento da análise articulando-a com pressupostos teóricos.

Existem limitações para a generalização dos resultados encontrados no presente estudo, devido ao método utilizado, e por ter sido conduzido em um único complexo hospitalar universitário público da região. No entanto, os achados são importantes para o avanço da área de saúde do trabalhador e do ensino médico.

Em atendimento à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados, e ela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, sob Parecer nº 3.510.458/2019.

Resultados e discussão

Os sujeitos da pesquisa foram 21 residentes de medicina, com idade entre 24 e 33 anos, sendo 12 do sexo masculino e 9 do feminino. Quanto ao ano em que estavam cursando a residência,

12 eram do primeiro ano, 4 do segundo e do terceiro, e 1 do quarto ano.

Entre as especialidades médicas, em ordem de frequência, estavam: oftalmologia (4), clínica médica (3), seguidas de neuroclínica (2), dermatologia (2), cirurgia geral (2), anestesiologia (1), otorrinolaringologia (1), ortopedia (1), tocoginecologia (1), cirurgia plástica (1), anatomia patológica (1), neonatologia (1) e cirurgia vascular (1). A amostra apresentou diversidade entre as áreas de atuação no ambiente de trabalho.

A exposição percutânea predominou, com 19 acidentes, e a exposição por mucosa ocular ocorreu em 2 casos. O uso adequado de EPI, no momento do Atemp, foi relatado por 18 profissionais. Houve indicação da profilaxia pós-exposição com medicamentos antirretrovirais em 2 residentes de medicina, por se tratar de acidentes que envolveram pacientes-fonte positivos para o HIV e em janela imunológica.

Os eixos temáticos que emergiram do material coletado foram agrupados por afinidade de conteúdo, permitindo a compreensão dos acidentes conforme a percepção dos profissionais expostos. Foram identificados dois: condições de trabalho e estado emocional do residente médico.

No eixo 'condições de trabalho', foram identificados sobrecarga de trabalho, acúmulo de atividades e demanda elevada do serviço, exemplificados pelas seguintes falas:

Na mesma semana do acidente, houve desistência de um residente, levando à sobrecarga de trabalho entre os demais [...]. (E1).

Volume grande de pacientes agendados para horário curto. (E11).

Como consequência do grande número de pacientes, tem-se o acúmulo de múltiplas tarefas na rotina diária de uma equipe de saúde reduzida, além de os residentes médicos sentirem-se pressionados, sendo este aspecto relevante para a ocorrência dos acidentes, conforme constatado:

[...] Pressão para resolução rápida dos afazeres devido a outras coisas que aguardam para serem realizadas. (E4).

Velocidade de execução do procedimento devido a número alto de pacientes. (E11).

Pressão para terminar logo o procedimento. (E17).

Segundo Schmidt¹⁷, a organização do trabalho influencia a gênese do acidente, expondo os trabalhadores a diferentes tipos de pressão, como à pressão por produtividade, em que há uma preocupação constante do trabalhador com prazos, metas, volume e produção.

Nesse sentido, as condições de trabalho dos setores de saúde acabam aproximando-se das existentes no setor industrial, com enfoque na produtividade, e são centradas em procedimentos, com a fragmentação das tarefas, restringindo a relação entre o profissional e o usuário, voltando a atenção mais para a doença e as atividades laborais do que para o doente^{17,18}.

A qualidade dos instrumentos e materiais disponíveis na instituição e a localização dos recipientes para descartar materiais perfurocortantes com necessidade de deslocamento do TAS também foram associadas aos acidentes:

[...] não usamos navalhas novas, usamos navalhas já utilizadas para cortar [...] ou seja, já contaminadas. (E1).

Local para descarte de perfurocortante é em outra sala, fora da sala cirúrgica. (E19).

Esses achados sugerem que, no ambiente de trabalho, não foram adotadas as recomendações de acordo com a Norma NR-32, onde medidas de proteção aos TAS que estão expostos aos riscos biológicos são estabelecidas. Entre elas: o uso de perfurocortante com dispositivos de segurança, o descarte em recipientes rígidos no local de utilização e imediatamente após o uso⁵.

Dificuldades quanto ao uso de EPI foi outra situação identificada a partir do relato de um dos participantes, que se acidentou com exposição à mucosa ocular: “*não foi oferecido óculos de proteção pela instituição*”, demonstrando a falta de informação sobre a disponibilização de EPI aos trabalhadores. Práticas como a checagem na adesão ao uso de EPI, reforço para a sua utilização, a oferta e a facilidade no acesso são ações que devem estar presentes na instituição e que fortalecem a segurança no trabalho¹⁰.

Frequentemente, em abordagens reducionistas para análise dos acidentes de trabalho, considera-se que eles podem ocorrer devido aos comportamentos do trabalhador (culpabilização da vítima). Por exemplo, na última fala ilustrada, a profissional estava em condições inseguras devido ao não uso do EPI, portanto, o acidente deu-se devido à falha do TAS em não respeitar as normas de segurança. Ainda assim, as questões de higiene, segurança e controle dos riscos no ambiente de trabalho também são de responsabilidade do empregador^{3,8,18}.

Na análise sistêmica dos acidentes de trabalho, as causas são múltiplas, não limitadas aos comportamentos do acidentado³. Devem ser considerados na origem dos acidentes a organização do trabalho, a divisão das tarefas, a complexidade estrutural do sistema, os problemas nas comunicações verticais e horizontais e as concepções sobre segurança^{3,18}.

Outra fala de um participante fez referência à “*baixa compreensão do paciente acerca do procedimento*” (E11), após ter sofrido acidente perfurocortante devido à agitação do paciente durante um procedimento. Nesse sentido, percebe-se uma dificuldade na relação médico-paciente quanto à comunicação em linguagem acessível; e a necessidade de informações e esclarecimentos durante o atendimento, bem como de adaptar o passo a passo do procedimento para atender à singularidade para o cuidado dos usuários.

Para os participantes, a formação profissional dos TAS no trabalho, a imperícia e a falta de conhecimento contribuíram para ocorrência do AteMb, conforme constatado nas falas:

Dificuldades técnicas na execução do procedimento. Poderia ter sido evitado o acidente com a troca do kit do cateter o qual impunha dificuldades no manuseio. (E3).

Não ter tanta prática no procedimento. (E17).

Falta de experiência e habilidade para manusear instrumentos. (E8).

Período curto de aprendizado adequado da técnica. (E14).

Inexperiência ou imperícia da [...] que foi retirar o ar da seringa de gasometria arterial e houve pressão, e ‘explodiu’ em toda sala de emergência. (E5).

O conjunto de aspectos citados permite inferir que o TAS pode perder o controle do curso de ação em um procedimento, pois tem conhecimento insuficiente sobre como realizar uma tarefa específica. No modelo de gestão cognitiva dinâmica da atividade, proposta pelo médico francês Amalberti, o trabalhador elabora um plano antes de iniciar as atividades, e esse plano é atualizado no decorrer da ação, que poderá ter intercorrências¹⁹.

As situações inesperadas durante o trabalho mobilizam no profissional atenção, capacidade de antecipar os riscos potenciais e necessidade de conhecimento prévio (experiência, formação, habilidade), orientando as decisões para o enfrentamento de um maior número de perturbações não previstas^{19,20}. Dessa forma, os profissionais mais experientes dominam melhor a execução de uma atividade e os imprevistos do que os novatos²⁰.

Também foram apontados, por alguns entrevistados, o fato de não se sentirem adequadamente preparados para função, como citado: “residentes de anos inferiores com uma carga de responsabilidade que julgo importante” (E15); e a falta de um preceptor orientando o trabalho, pontuado em “ausência de supervisão [...]” (E12).

A residência em medicina é uma modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu* (especialização) destinada aos médicos, na

forma de treinamento em serviços de saúde, para aquisição de conhecimento prático e desenvolvimento de habilidades^{21,22}. Constitui-se como um alicerce na formação médica, em um período mínimo de dois anos com dedicação exclusiva, a depender da especialidade escolhida²¹.

Os residentes médicos, além de estudantes, são importantes forças de trabalho nos serviços de saúde, em que compõem o quadro de TAS, assumindo responsabilidades, por vezes, próprias de um médico especialista, apesar da inexperiência na função^{22,23}.

É prevista a supervisão constante de um preceptor médico qualificado e experiente aos residentes médicos no processo de aprendizagem^{24,25}. Todavia, na prática, a interação entre os residentes novatos e veteranos é maior do que com os seus supervisores²⁴.

O segundo eixo identificado no estudo foi o ‘estado emocional dos residentes médicos’. Os residentes mostram-se sobrecarregados diante da dinâmica imposta no serviço, onde o espaço é limitado para ativar a criatividade e a expressão das suas necessidades, podendo causar a exaustão mental^{18,22,24,26}. A capacidade do trabalhador de detectar e interpretar sinais de perigo no ambiente de trabalho pode ser afetada por cansaço, fadiga, privação do sono, com consequente diminuição do estado de vigília^{8,18,20}. Tais fatores facilitam o acontecimento de Atebm, como relatado:

Longas horas de trabalho. Estava há 25 horas trabalhando [...]. (E4).

O acidente ocorreu durante o exercício de minha atividade como residente (durante uma cirurgia), durante plantão da madrugada, possivelmente associado ao cansaço [...]. (E13).

A carga horária de atividades prevista na residência médica é elevada, correspondente a 60 horas semanais, sendo que, segundo relatos dos residentes, há plantões com jornada de 36 horas sem interrupções²⁴.

A exaustão emocional, somada ao cansaço excessivo, despersonalização e diminuição da capacidade de produção caracterizam a Síndrome de Burnout ou Síndrome do esgotamento profissional, que pode acontecer entre os residentes médicos. Seu aparecimento está associado ao excesso de trabalho, a pressões constantes e carga horária elevada²³. Entretanto, vale salientar que não foram encontrados estudos abordando os Atemp e a Síndrome de Burnout, especificamente, entre os residentes médicos e os profissionais de saúde, em geral.

Além disso, a privação do sono devido às longas jornadas de trabalho desencadeia desgaste físico, dificuldade de concentração, déficit da memória recente e fadiga, podendo comprometer o exercício da profissão e a qualidade da assistência^{18,27}.

Foram citados outros fatores que interferiram no processo de trabalho e potencializaram as chances de acidentes, como o estresse e o nervosismo, conforme as respostas abaixo:

Stress do momento era em uma situação de emergência, associado à falta de atenção. (E9).

Estresse de trabalho, de ter que fazer as coisas com pressa. (E6).

Nervosismo para acertar o procedimento, fazer corretamente e com a assepsia correta. (E15).

A vulnerabilidade psicológica dos residentes de medicina ao estresse é decorrente da presença de fatores estressantes no processo de trabalho, entre eles, os inerentes à profissão e à fase de treinamento em que se encontram²⁷. Há o excesso de trabalho, a carga horária elevada, as condições de trabalho precárias em serviços de saúde sucateados, o peso da responsabilidade na tomada de decisão e o contato frequente com doenças e com a morte^{18,22,27}. As situações de urgência e emergência podem ser angustiantes para alguns residentes, principalmente no início da profissão, pois exigem capacidade de ação

e decisões rápidas, com excessiva responsabilidade devido ao risco iminente de morte do paciente, desencadeando no trabalhador o estresse como resposta fisiológica e psicológica ao ambiente de tensão^{28,29}.

A literatura traz, ainda, que outros agentes estressores também estão presentes no trabalho do profissional médico, identificados por: relacionamento com a equipe multiprofissional, autonomia profissional restrita, pouca participação nas decisões, ausência de reconhecimento, baixa remuneração, falta ou escassez de materiais, estrutura física inadequada e insuficiência de TAS^{18,30}.

Em um estudo realizado em dois hospitais de Santa Catarina, foram avaliados sintomas de estresse emocional nos residentes de medicina³¹. Os mais prevalentes encontrados corresponderam a: tensão muscular, mudança de apetite, esquecimento, cansaço excessivo, irritabilidade sem causa aparente e vontade de fugir de tudo³¹. O alívio do estresse emocional é dificultado pelo tempo reduzido de descanso, a pouca interação social com familiares, amigos, e uma menor atenção às atividades de lazer³¹.

O estresse também provoca alterações fisiológicas no organismo, como no sistema cardiovascular, resultando em aumento da frequência cardíaca, com casos de taquicardia e hipertensão arterial, porém, neste estudo, houve pequeno número de residentes com sintomas cardiovasculares³¹.

Em outros casos, os entrevistados identificaram a desatenção no contexto do acidente:

Desatenção no momento de manipulação do material perfurocortante. (E10).

Acredito que o principal fator associado ao acidente que tive foi a distração, fazer algo banal, do dia a dia, sem a devida atenção [...]. (E19).

Falta de atenção durante procedimento cirúrgico por colega. (E7).

Na fala de E19, há associação do acidente com atividade considerada rotineira, a qual é

executada com mais confiança e às vezes de maneira automática.

Já no último relato do E7, o acidente foi provocado pelo colega de trabalho que estava junto em campo cirúrgico e perfurou o TAS. Correspondeu, portanto, a um evento inesperado. Segundo Reason, esses eventos são sempre não intencionais³². Apesar da não intencionalidade do acidente, houve indisposição entre os envolvidos, principalmente pela exposição ao risco de contaminação do acidentado.

Finalmente, o estudo aborda um tema sobre o qual há pouco material científico produzido, sendo necessárias novas investigações para expandir o conhecimento acerca dos fatores associados à ocorrência dos Ateemb entre os residentes médicos.

Considerações finais

De acordo com a análise das percepções apontadas pelos residentes médicos, ficou clara a complexidade dos fatores envolvidos na gênese do Ateemb, que vai além da responsabilidade do próprio TAS. No entanto, houve maior enfoque nos discursos relacionados aos comportamentos adotados, à questão psíquica e à falta de treinamento adequado no momento do acidente.

Os Ateemb não foram relacionados, em sua maioria, às falhas na adoção das PP ou no

desconhecimento das normas de segurança pelos residentes de medicina.

As percepções evidenciaram, sobretudo, um cenário em que o processo de trabalho com cobranças constantes, verticalização das relações interpessoais, falta de infraestrutura e o elevado fluxo de pacientes propiciam problemas, como o estresse, o cansaço e a desatenção entre os residentes, podendo contribuir para o aumento das chances de um Ateemb acontecer.

Os resultados obtidos aprofundam as reflexões sobre a relação do trabalhador (residente de medicina) com as condições de trabalho e seu bem-estar físico e psíquico. Tendo em vista os achados, para uma mudança efetiva no ambiente de trabalho, são necessárias alterações estruturais (econômicas, sociais) e a participação ativa dos TAS (residentes de medicina, preceptores da residência médica, supervisores em saúde) na formulação dos processos de trabalho em saúde, na análise das atividades de trabalho, no incentivo à elaboração de programas de proteção contra os acidentes na instituição, além de um olhar mais voltado para o coletivo, visando à segurança durante as atividades laborais.

Colaboradores

Frison FS (0000-0003-4710-2189)* e Alonzo HGA (0000-0002-3366-0983)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Rappardini C, Reinhardt EL. Manual de implementação: Programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde. São Paulo: Fundacentro; 2010.
- Basso TVP, Chaves EBM, Joveleviths D, et al. Efetividade de um programa de prevenção e capacitação para redução de acidentes ocupacionais por material biológico. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2019; 17(3):387-93.
- Donatelli S, Vilela RAG, Almeida IM, et al. Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. *Saúde Soc.* 2015; 24(4):1257-72.
- Brasil. Ministério do Trabalho e do Emprego. Anuário da saúde do trabalhador. Departamento Inter-sindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. p. 256. São Paulo: DIEESE; 2016.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência. Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora N°. 32. Brasília, DF: MS; 2008.
- Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *Am. J. Ind. Med.* 2005; 48(6):482-90.
- Pinto JM. Tendência na incidência de acidentes e doenças de trabalho no Brasil: aplicação do filtro Hodrick-Prescott. *Rev. Bras. Saúde Ocp.* 2016 [acesso 2022 em jul 13]; (42e):10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000003016>.
- Oddone I, Marri G, Gloria S, et al. Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec; 2020.
- Soares RZ, Schoen AS, Benelli KRG, et al. Análise dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados por profissionais da saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2019; 17(2):201-8.
- Vasconcelos FCFJ, Barbosa GSL, Mouta AAN, et al. Professional exposure and the use of Personal Protective Equipment: integrative review. 2020 [acesso em 2022 jan 15]; 9(8):e44985239. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5239>.
- La Rotta EIG. Um olhar sobre a coorte Brasil-Colômbia de trabalhadores da saúde: possíveis efeitos da implementação da norma NR-32 e das condutas. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2016.
- Souza RT, Bica CG, Mondadori CS, et al. Avaliação de acidentes de trabalho com materiais biológicos em médicos residentes, acadêmicos e estagiários de um hospital-escola de Porto Alegre. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2012; 36(1):118-124.
- Goncalves JA. Acidente de trabalho entre a equipe assistencial multiprofissional: uma avaliação da subnotificação. [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- Faculdade de Ciências Médicas. Home Page. [acesso em 2021 out 19]. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/ensino-extensao/residencias-em-saude/residencia-medica>.
- Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde. Pública.* 2011 [acesso em 2021 set 15]; 27(2):388-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=pt&tlng=pt.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
- Schmidt MLG. Algumas reflexões sobre a influência de aspectos de organização do trabalho na gênese de um acidente de trabalho. *Psicol. Am. Lat.* 2006 [acesso em 2022 abr 30]; (7). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000300012&lng=pt&nrm=iso.

18. Dias EC. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2015; 13(2):60-8.
19. Amalberti R. *La conduite des systèmes à risques*. Paris: Press Universitaires de France. Collection Le Travail Humain; 1996.
20. Almeida IM. A Gestão Cognitiva da Atividade e a Análise de Acidentes do Trabalho. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2004; 2(4):275-282.
21. Sá EC, Gonzalez N, Junior RE, et al. Relações de trabalho: qual a perspectiva legal da residência médica?. *Saúde Ética & Justiça*. 2018 [acesso em 2022 maio 1]; 23(2):47-55. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v23i2p47-55>.
22. Mariño G, Arturo M. Factores que influyen en el rendimiento académico de residentes de Obstetricia y Ginecología de una universidad em Bogotá, Colombia. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 2019 [acesso em 2022 maio 1]; 22(2):e1377. Disponível em: <https://doi.org/10.31910/rudca.v22.n2.2019.1377>.
23. Hoelz L, Campello L. Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2015; 13(2):126-34.
24. Lima AMC. Residência Médica Sob a Óptica do direito do trabalho. *Rev. da ESMESC*. 2010; 17(23):175-96.
25. Silva C, Colombini MNC, Passarela ML, et al. Consideraciones sobre la necesidad de supervisión a los ingresantes a las residencias médicas. *Med. (Buenos Aires)*. 2019; 79(5):384-390.
26. Santos JA. Resgate das relações abusivas em que nos encontramos: uma questão de prevenção quinzenária. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2019; 14(41):1847.
27. Jiménez-López JL, Osuna JA. Programa de Prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Rev. Colomb. Cienc. Soc.* 2017; 8(1):227-241.
28. Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. *Acta Paulista Enferm.* 2012; (25):151-6.
29. Brotto TCA, Dalbello-Araujo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?. *Rev. Bras. Saúde. Ocp.* 2012; 37(126):290-305.
30. Santos CLM, Rodrigues CLP, Silva LB, et al. Fatores de estresse na atividade de médicos em João Pessoa (PB, Brasil). *Produção*. 2011; 21(1):181-9.
31. Ammar YE, Vinholes DB. Prevalência de sintomas de estresse e fatores associados em médicos residentes em dois hospitais do estado de Santa Catarina. *Caçador*. 2014; 3(2):95-104.
32. Reason J. *Human error*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

Recebido em 09/11/2021

Aprovado em 20/06/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19

Brazilian political situation and health: from the 2016 coup to the COVID-19 pandemic

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélllo¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹, Romário Correia dos Santos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213418

RESUMO Estudos de análise de conjuntura no campo da saúde coletiva têm ganhado espaço, contribuindo para sistematizar elementos da realidade e traçar cenários possíveis para uma melhor atuação na arena política. Embasado no materialismo histórico e dialético, este ensaio busca analisar a conjuntura política brasileira do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. O ensaio está estruturado em três seções: a primeira reconhece a importância de pensar o passado para se compreender o futuro, bem como as forças mobilizadoras e ameaçadoras do Sistema Único de Saúde (SUS); a segunda traça um perfil do projeto ultraneoliberal imposto à política de saúde frente ao golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016 e a eleição do presidente Jair Bolsonaro, em 2018, cuja moeda de troca englobou a redução da seguridade social; a terceira seção discute como a pandemia da Covid-19 foi conduzida pelo governo federal e entes subnacionais, assim como a atuação da sociedade civil e política organizada. Nas considerações finais, apresentam-se os desafios das forças progressistas para o ano eleitoral de 2022 e para sustentabilidade de um possível governo popular que garanta o direito universal à saúde, sendo este parte do desafio maior de retomada e garantia da própria democracia.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *Conjuncture analysis studies in the field of public health have gained space, contributing to systematize elements of reality and outlining possible scenarios for better performance in the political arena. Based on historical and dialectical materialism, this essay seeks to analyze the Brazilian political conjuncture from the 2016 coup to the COVID-19 pandemic. The essay is structured in three sections: the first recognizes the importance of thinking about the past to understand the future, as well as the mobilizing and threatening forces of the Unified Health System (SUS); the second outlines a profile of the ultra-neoliberal project imposed on health policy in the face of the 2016 legal-media-parliamentary coup and the election of President Jair Bolsonaro, in 2018, whose bargaining chip included the reduction of social security; the third section discusses how the COVID-19 pandemic was handled by the federal government and subnational entities, as well as the role of civil society and organized politics. In the final considerations, the challenges of progressive forces for the 2022 election year and for the sustainability of a possible popular government that guarantees the universal right to health are presented, which is part of the greater challenge of resuming and guaranteeing democracy itself.*

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

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil. liviamilenamello@gmail.com

Introdução

No contexto social, político, econômico, ambiental, cultural e sanitário em que o País se encontra atualmente, entender o lugar do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, frente às investidas do capital internacional e do neoconservadorismo fascista, permite compreender dialeticamente o passado, o momento presente e os cenários possíveis de futuro¹.

Estudos no campo das ciências sociais e humanas na saúde, há algum tempo, têm se dedicado a refletir e analisar as diversas conjunturas políticas, sociais e econômicas nas quais as forças disputam os rumos das políticas de saúde no Brasil²⁻⁶. Particularmente, o materialismo histórico e dialético tem contribuído para a interpretação da realidade e a compreensão da relação capital-trabalho na saúde, sintetizando suas contradições e o papel socio-histórico da luta de classes na conquista de direitos, construção de valores de justiça e solidariedade^{7,8}.

Considerando a necessidade de atualizar análises anteriores e sintetizar elementos da realidade atual, este ensaio busca investigar a conjuntura brasileira e seus reflexos na política da saúde, do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19.

Histórico de lutas pela universalização da saúde: entre as migalhas e a busca do projeto civilizatório do SUS

O Brasil é um país latino-americano, com população acima de 200 milhões de habitantes, espalhados por 5.570 municípios, marcado por uma grande desigualdade social⁹. As raízes históricas da colonização, baseada em economia agrária e escravista, não foram superadas pela modernização capitalista iniciada com a industrialização de setores estratégicos, em 1930, alternando regimes democráticos e

autoritários, com parca redistribuição social até os dias atuais¹⁰.

Inicialmente, organizada a partir da medicina privada para as elites e da caridade para o conjunto da população pauperizada, seguida do modelo de seguro social para trabalhadores do mercado formal urbano, a assistência à saúde se restringiu, por muito tempo, a uma parcela reduzida da população. Partindo da crítica ao sistema de saúde vigente na década de 1980, baseado na prestação de serviços subsidiados pelo Estado, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) formulou um projeto de saúde baseado na seguridade social, somando esforços às lutas pela redemocratização do País. Tal proposta foi incorporada à Constituição federal de 1988, que estabelece as diretrizes para um sistema de saúde universal, financiado por impostos gerais e contribuições sociais¹¹⁻¹³.

Baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas, sendo sustentado por vetores positivos que, segundo Paim¹⁴, abrangem: a) uma rede ampla de trabalhadores do setor saúde, entidades de defesa dos usuários, gestores, professores que formam opinião e desenvolvem saberes técnicos para a gestão do sistema; b) ampliação do acesso, em especial, através da cobertura de 60% de Atenção Primária à Saúde (APS); c) participação social por meio dos conselhos e das conferências de saúde; d) avanços no sistema de vigilância em saúde e sanitária, na assistência farmacêutica, em transplantes, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), saúde bucal, controle do HIV/Aids e qualidade do sangue, imunização; e) reconhecimento formal do direito à saúde, que tem possibilitado a difusão dessa conquista na sociedade.

Por outro lado, obstáculos e ameaças ao SUS também estão visíveis, tais quais: a) valores de individualismo presentes na sociedade brasileira; b) resistência dos trabalhadores de saúde que vivem situações de grandes diferenças salariais, ausência de carreiras, más condições

trabalhistas e baixa valorização profissional; c) baixa profissionalização da gestão, permeada pelo uso do clientelismo partidário; d) insuficiência de infraestrutura; e) dificuldade de efetivação de redes regionalizadas; f) subfinanciamento crônico e fortalecimento da ideologia da privatização¹⁴.

Soma-se a isso a crise econômica mundial de 2008, que ampliou forças ameaçadoras no cenário internacional, culminando com a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Cobertura Universal de Saúde (CUS). Tal orientação foi expressa no relatório mundial de saúde de 2010, 'Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal', em contraposição à noção consolidada de sistemas universais de saúde¹⁵.

O conceito de CUS abriga três dimensões: a primeira se relaciona ao percentual da população que está coberta por serviços de saúde; a segunda refere-se às possibilidades de acesso oportuno a serviços de qualidade sanitariamente necessários; a terceira diz respeito à proporção da população que é submetida a pagamentos diretos nos pontos de atenção à saúde^{16,17}.

Noronha¹⁸ chama atenção para a confusão que o termo universal traz em si, nessa proposta de cobertura universal, o que, de fundo, sugere a ampliação de seguros sociais ou privados na reconfiguração dos sistemas de saúde, levando a crer que isso corresponda a oportunidade de acesso e uso, o que, para o autor, não é verdadeiro.

Em período ainda mais recente, o que se assistiu no Brasil foi a um tensionamento de forças conservadoras sobre o governo Dilma Rousseff (2011-2016), em que, de um lado, a pressão popular nas ruas e o apelo por apoio financeiro por parte de prefeitos e gestores municipais aceleraram a agenda de governo para implantação do que veio a ser o Programa Mais Médicos (PMM), em outubro de 2013; e, de outro, os agentes do mercado conseguem a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que modifica a lei orgânica da saúde e permite a entrada de capital estrangeiro na saúde, até então vedada legalmente^{19,20}.

O PMM propôs o fortalecimento da APS no SUS, tendo como objetivo diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias e adequar os processos de educação e formação médica para fortalecer a APS no SUS²⁰. Incorporou 18 mil médicos em 73% das cidades brasileiras e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com ampla aprovação da população usuária e melhora de indicadores relacionados às internações por condições sensíveis à APS²¹.

Não obstante, mesmo com esforços como esses, o País não conseguiu alcançar a universalização da saúde, tampouco da APS. Em 20 anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliou a cobertura de 5% para 62,5%, passando a cobrir, potencialmente, cerca de 130 milhões de pessoas, com inegável impacto positivo na saúde da população e para o SUS^{22,23}. Porém, questiona-se a possibilidade de alcançar acesso efetivo aos serviços com a atual configuração de uma equipe de saúde da família responsável por três mil pessoas, em média²⁰, e a crescente priorização do financiamento para a Média e Alta Complexidade (MAC), em detrimento da APS.

Entre 2002 e 2016, evidenciou-se uma evolução de transferência do Ministério da Saúde (MS) para os municípios de 12,77%, em 2002, para 16,67%, em 2016, na APS; e de 23,89% para 40,39% na MAC. Isso revela uma priorização da MAC em relação aos investimentos na APS, por um lado, mas uma crescente ampliação de recursos ao longo dos anos, ao mesmo tempo, na APS²⁴.

Outro importante desafio é a permanência de diferentes modelos de atenção nos serviços de APS, o que cria segmentação entre a população coberta pela ESF e pelos modelos ditos tradicionais de prestação dos serviços. Estes últimos não se organizam com base territorial, orientação comunitária e familiar, não dispendo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes. A qualidade e a efetividade desses dois modelos já foram comparadas em estudos científicos, demonstrando que a ESF é superior^{16,23,25,26}.

Desde a criação do SUS, caminhou-se em direção à imagem-objetivo do projeto

civilizatório que ele representa²⁷, no entanto, na arena da decisão política da saúde nos últimos anos, incidiram em sua conformação diversos e novos vetores, em especial, para a construção simbólica de um SUS problemático, ineficaz, ineficiente e para pobres²⁸. Na América Latina, a partir de 2014, uma onda política conservadora ganha fôlego, voz, robustez e capacidade de redirecionar os projetos de democracia, com derrotas de governos progressistas nas eleições na Argentina (2014), no Brasil (2018), no Uruguai (2019) e no Equador (2021), e tentativas de golpe na Venezuela (2019) e na Bolívia (2019)²⁹.

Reorganização de forças neoconservadoras no Brasil e a seguridade social como moeda de troca

Caracterizando o cenário atual de recomposição das forças conservadoras no Brasil, um marco importante a ser fixado foi o golpe jurídico-midiático-parlamentar de 2016, que levou ao impedimento da presidente Dilma Rousseff, democraticamente eleita. O que se sucedeu foi o governo do seu vice, Michel Temer, com uma sequência de políticas de caráter autoritário e antidemocrático, promovendo ajuste fiscal e prioridade absoluta para pagamento da dívida pública, reforma da legislação trabalhista, com supressão de direitos e redução do custo do trabalho, mercantilização de empresas nacionais fundamentais para a garantia de soberania nacional, abrindo todos os setores da economia às empresas estrangeiras^{30,31}.

Entre as medidas do governo Michel Temer (2016-2018), destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95), conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congelou por 20 exercícios fiscais a destinação de recursos públicos para despesas primárias, entre as quais, as despesas com saúde. Além disso, ampliou-se a abertura de espaço no MS para empresários da saúde e

suas propostas para a reforma do SUS e para a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017³²⁻³⁵.

Quanto à EC 95, representa o desfinanciamento constitucionalizado das políticas sociais, devendo impactar numa redução de 400 bilhões de reais, que seriam obrigatoriamente aplicados em saúde, num período de 20 anos, se considerasse um cenário de crescimento econômico de 2% ao ano. Soma-se a isso um aumento populacional, com duplicação do percentual de idosos e aumento dos custos da assistência à saúde, o que demandaria aumento do valor per capita investido em saúde ante os novos problemas e necessidades da população³⁶⁻³⁸.

Diante desse cenário, as propostas governamentais do MS passaram a incentivar o mercado de planos de saúde, sugerindo uma diminuição do Estado na responsabilidade de garantir esse direito³⁹. Assim, demandou-se a um grupo de trabalho ministerial – composto por representantes das empresas do setor, MS e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – um estudo sobre planos populares de saúde ou planos de saúde acessíveis. Tal ideia representou uma forma de salvar os planos de saúde que perderam clientes nos últimos anos de crise econômica no Brasil, sabendo-se que contratos com planos de saúde são, em grande parte, empresariais ou coletivos, portanto, dependentes do mercado de trabalho^{40,41}.

Em paralelo e fortalecendo a lógica de um SUS restrito, Morosine, Fonseca e Lima⁴² alertaram para os riscos presentes na reformulação da PNAB de 2017, como a relativização da cobertura e a ameaça ao princípio da universalidade, a segmentação do cuidado com padrões essenciais e ampliados de serviços, o reposicionamento da ESF e a retomada da atenção básica tradicional, o indicativo de integração das atribuições ou fusão dos/as ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE) e a fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde.

Já no plano internacional, o ano de 2018 foi marcado pela comemoração dos 40 anos

da Declaração de Alma-Ata, através da conferência global de APS, em Astana, Cazaquistão. As medidas de reformulação da PNAB e a proposta de ampliação do mercado de planos populares de saúde estavam bem alinhadas com as recomendações dessa conferência, que conclamou os países para a já anunciada CUS. Como já dito, a CUS prioriza a cobertura financeira, não garantindo o direito universal, além de restringir a APS a uma “cesta limitada de serviços, diferenciada segundo grupos de renda, em uma nova abordagem da APS seletiva que alia seguros privados e pacotes mínimos”⁴³⁽⁶⁾.

Ao mesmo tempo, assiste-se ao crescimento da APS no setor suplementar brasileiro⁴⁴, o que, num primeiro momento, parece positivo no que tange a uma melhor qualidade do vínculo e da integralidade da atenção, se não houvesse aí embutida uma lógica economicista de redução de gastos⁴⁵, preparo para uma maior integração do setor público com o setor privado na APS, com possibilidade de compra de serviços de APS para o SUS, advindos do setor privado e/ou risco de migração dos médicos de família e comunidade da ESF, minando os esforços feitos pelo Estado para formação desses profissionais⁴⁶.

Nesse sentido, o Instituto Coalizão Saúde (Icos), formado por lideranças da cadeia produtiva do setor saúde, no Brasil, sugeriu, no seu caderno de propostas de 2018, ampliar “a participação dos prestadores privados de assistência à saúde na definição do desenho, planejamento e execução das políticas nacionais de saúde”, assim como “ampliar a atenção primária, expandindo-a de maneira significativa nos setores público e privado”⁴⁷⁽²³⁾.

Como continuidade e radicalização do projeto neoliberal implantado pelo presidente Michel Temer, foi eleito, em outubro de 2018, o presidente Jair Messias Bolsonaro, apoiado por organizações religiosas, militares, setores conservadores das elites e classes médias, além de setores populares reativos ao *establishment* político. Em seu programa de governo, propôs medidas econômicas que englobam

autonomia do Banco Central, privatizações de empresas estatais, maior abertura ao comércio internacional, além de reforma da previdência baseada no modelo de capitalização⁴⁸.

No âmbito da saúde, os empresários do setor passaram a ter como representante o próprio ministro da saúde, Luiz Henrique Mandetta, ex-presidente da Unimed Campo Grande, que também advogaria pelo fortalecimento da APS. Porém, iniciou o governo com a saída de mais de 8 mil médicos cubanos, sem renovar o acordo de cooperação técnica entre Cuba e Brasil, estabelecido através do PMM, por motivações ideológicas. Em 2019, implantou o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), excluindo médicos estrangeiros da seleção e mantendo vazios assistenciais importantes, principalmente nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)^{49,50}.

Através da Medida Provisória nº 890 (MP 890), enviada pelo Executivo ao Congresso Nacional em 1º de agosto de 2019, criou a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), que representou o início da privatização da APS no SUS, coordenada pelo próprio MS⁵⁰.

Em consequência dos caminhos e decisões até então tomadas, agravos, como o sarampo, considerado erradicado no Brasil desde 2015, foram reintroduzidos no País, levando à perda do certificado internacional de país livre do sarampo⁵¹, somado a uma queda da cobertura vacinal, que chegou a cerca de 80% em 2016, em contraponto a uma realidade de cobertura acima de 95% desde a década de 1990, além do aumento das mortalidades infantil e materna⁵².

Os Brasis e a pandemia da Covid-19

A pandemia da Covid-19 não apenas agravou as crises econômica, social, política, ambiental e sanitária já instaladas no Brasil como desvelou o caráter necropolítico e genocida do governo federal, que condena ao extermínio a população pobre, negra e indígena⁵³⁻⁵⁵.

Avaliada como a maior crise mundial desde a década de 1930, a pandemia da Covid-19 teve uma resposta considerada caótica no Brasil, com falta de coordenação e cooperação inter-governamental, chegando o governo federal a realizar ameaças aos entes subnacionais que atuaram de modo coerente diante do cenário pandêmico, que adotaram medidas de intervenção social compulsória para redução do contágio (como quarentenas, restrição de mobilidade, redução de interação social, distanciamento físico), recomendadas por organizações científicas e sanitárias nacionais e internacionais⁵⁶⁻⁵⁸.

Além disso, houve uma inicial e contínua priorização da atenção hospitalar para prevenção de complicações e óbitos dos casos graves, a partir da abertura de hospitais de campanha e leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que se deu em detrimento do fortalecimento da APS e sua abordagem comunitária, somada à vigilância em saúde⁵⁹. Segundo Giovanella e colaboradores⁶⁰, na pandemia de Covid-19, perderam-se oportunidades de uma efetiva atuação da APS no Brasil, assim como em outros países do mundo, não havendo correção de rumos, como aconteceu em outros países, mesmo quando já estava clara a importância da identificação precoce, do isolamento dos casos e busca ativa de contatos, para controle e bloqueio das cadeias de transmissão.

A descaracterização da APS, aproximando-a de um modelo de assistência individual – com a retirada de incentivos para custeio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a flexibilização para a composição de equipes sem ACS, a ruptura do contrato entre Brasil e Cuba no PMM e a exclusão de fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas do Programa de Residência Multiprofissional –, foi um presságio do que viria pela frente^{42,61}. No contexto da pandemia, não se fortaleceu adequadamente a atuação dos/as ACS⁵⁹, tendo o governo federal impedido a recontração de médicos cubanos pelo MS, ao mesmo tempo que barrou as possibilidades que tentaram ser construídas por entes subnacionais para

recompor o quadro de médicos na APS via convênios internacionais.

Transcorridos mais de dois anos de pandemia, chama atenção a resposta dos países africanos, que não tiveram, no geral, um impacto tão grande em número de mortes, quando se compara à realidade dos demais continentes. Tal fato pode estar relacionado à memória e à aprendizagem adquirida pela população das medidas preventivas, já que vivenciaram a epidemia de ebola, mas, também, à centralidade dada aos serviços de APS, liderança e coordenação oportunas dos ministros, que adotaram uma estratégia continental conjunta para “limitar a transmissão, limitar as mortes e limitar os danos e impactos sociais e econômicos sobre outras doenças endêmicas”⁶²⁽²⁷⁾.

No Brasil, várias experiências municipais e/ou de Unidades de Saúde da Família (USF) específicas tiveram destaque de sucesso em uma ou mais dimensões apontadas por Giovanella e colaboradores⁶⁰, como campos essenciais para atuação da APS/atenção básica no SUS na rede de enfrentamento da pandemia de Covid-19: a “vigilância em saúde nos territórios”, o “cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19”, a “ação comunitária de apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social” e a “continuidade dos cuidados rotineiros da APS”⁶⁰⁽¹⁶⁵⁾.

Porém, o Brasil esbarrou, também, na insuficiência do Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis), que não dispunha de capacidade para produzir insumos para testes da Covid-19, ventiladores e respiradores artificiais, princípios ativos de medicamentos, nem mesmo Equipamentos de Proteção Individual (EPI)⁶³.

Em que pese “o ativismo e potencial de algumas universidades e centros de pesquisa, que desenvolveram em tempo recorde testes e respiradores”⁶⁴⁽¹³²⁾, tais iniciativas representaram resultados limitados frente ao problema estrutural maior do modelo de desenvolvimento brasileiro, com crescente desindustrialização, o que demanda recorrer ao comércio internacional para garantir insumos e equipamentos suficientes para promover uma efetiva segurança em saúde^{64,65}.

Tendo em vista tamanha dependência, as relações internacionais e a diplomacia em saúde se fizeram estratégicas para o Brasil, o que foi, porém, considerado desastroso. Foram constantes as tensões diplomáticas do Brasil com a China, o maior parceiro comercial do País e exportador mundial de medicamentos, equipamentos e materiais médico-hospitalares. Somam-se a isso as críticas e os ataques brasileiros ao multilateralismo e aos organismos internacionais de governança global da saúde, o que atrasou, inclusive, a aquisição de vacinas e de insumos estratégicos para que fosse iniciada a produção local, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pelo Instituto Butantã^{66,67}.

Nesse ponto, vale destacar que as parcerias da Fiocruz com a AstraZeneca/Oxford University e do Butantã com a Sinovac Biotech têm assegurado aos brasileiros o acesso às vacinas, no entanto, a campanha de vacinação não tem tido o grau de organização que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) costumava imprimir junto aos entes subnacionais em outras epidemias, onde o governo federal centraliza a coordenação, garantindo de forma eficiente e equitativa a vacinação da população via serviços de APS no SUS⁶⁷.

O que transcorreu foi que o governo federal se negou a fazer campanhas de comunicação em massa, além da recusa na aquisição de 70 milhões de doses da vacina da Pfizer, com o presidente da república desacreditando a eficácia da vacina Coronavac, disseminando *fake news* sobre a efetividade da vacinação contra a Covid-19 e insistindo, por outro lado, no incentivo ao uso de medicamentos comprovadamente ineficazes (cloroquina e hidroxiclороquina) como ‘tratamento precoce’^{68,69}.

Quanto ao financiamento, a excepcionalidade da pandemia forçou a aprovação de despesas extraordinárias com saúde no orçamento da União, com dotação extra de R\$ 63,7 bilhões, somando um total de R\$ 198 bilhões autorizados para o ano de 2020. Porém, mesmo que os cenários social e sanitário apontassem para a necessidade de manter recursos para saúde, o orçamento de 2021 aprovado foi reduzido para

R\$ 144,8 bilhões, levando a um contínuo de número de mortes, seja por Covid-19, seja por outras causas cujos cuidados foram represados no primeiro ano da pandemia⁷⁰.

A lentidão na execução orçamentária dos recursos federais destinados à saúde também foi um ponto crítico ao longo do ano de 2020, agravando os problemas estruturais de financiamento do SUS, tanto para transferir aos estados e municípios como para aplicar diretamente o que lhe caberia no enfrentamento da pandemia de Covid-19^{71,72}.

Quanto às medidas de proteção social, houve pressão e mobilização social, considerando o contexto de desigualdade, pobreza, racismo, machismo, informalidade e desemprego crescente no País. Ficou evidente a importância de sistemas públicos universais a partir de uma perspectiva ampliada de saúde, que abrange o direito à terra, moradia, alimentação, saneamento, acesso à água, trabalho e renda⁷³.

Em abril de 2020, o governo brasileiro sancionou o Projeto de Lei (PL) 13.982, estabelecendo o auxílio emergencial, considerado o maior programa de transferência de renda já existente no País em termos de abrangência. Ao término do ano de 2020, o programa foi reduzido tanto em termos do valor transferido por pessoa quanto com relação à abrangência dos beneficiários, além de terem sido encontradas barreiras na forma de implantação, como afirmam Marins et al.⁷⁴⁽⁶⁶⁹⁾:

- i. as longas filas para cadastramento do benefício, gerando aglomeração; ii. as dificuldades iniciais quanto ao CPF não regularizado; iii. a demora na tomada de decisão para o pagamento do auxílio; iv. a precariedade dos recursos humanos; v. o limitado conhecimento com as tecnologias digitais entre a população mais vulnerável; e vi. os problemas de ineficiências horizontal e vertical.

Por outro lado, seja pressionando governantes, parlamentares, ministério público e poder judiciário, seja realizando ações de solidariedade e promoção da saúde, foi marcante

o protagonismo da sociedade civil ao longo de toda pandemia até os dias atuais, em face da insuficiência das políticas neoliberais e do mercado para salvar vidas.

De caráter mais formulador, articulador e de pressão macropolítica, destacou-se a atuação da ‘Frente pela Vida’, que envolveu mais de 600 organizações e movimentos sociais, protagonizada pelo Movimento Sanitário. Motivada pela necessidade imediata de mudanças na resposta à pandemia do novo coronavírus e diante da inoperância por parte do Governo Federal⁷⁵, a Frente chegou a elaborar e apresentar aos gestores um ‘Plano Nacional de Enfrentamento à pandemia de Covid-19’, fundamentado nas melhores evidências científicas.

Com relação às ações de solidariedade e promoção da saúde, muitas foram as iniciativas, incluindo entrega de cestas básicas, kits de higiene pessoal, construção de pias para lavagem de mãos, confecção de máscaras de proteção individual, organização de cozinhas comunitárias, assessoria para acesso ao auxílio emergencial, apoio às mulheres vítimas de violência e à população Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual, Travesti, Transgênero, Queer, Intersexual, Assexual e mais (LGBTQIA+), produção de material em linguagem facilitada para realização de educação popular em saúde e comunicação social, organização de gabinetes de crise, comitês populares, observatórios acadêmico-populares, barreiras sanitárias populares, o que variou entre abordagens utilitaristas e de justiça social^{73,76-78}.

O que se assistiu no Brasil de 2021 foi a um contexto de crise social e econômica agravada, com taxa de desemprego de 14%, mais de 50% da população com algum grau de insegurança alimentar, somada aos elevados números de Síndrome Pós-Covid-19 e sofrimento mental⁷⁹⁻⁸².

Em outubro de 2021, mais de 50% da população brasileira já se encontravam com esquema vacinal completo, com um curso decrescente de casos confirmados e óbitos. Porém, nesse mesmo mês, o País registrou 600.000 mortes por Covid-19, o que o colocou

no primeiro lugar do mundo em óbitos no referido ano. Em termos relativos, alcançou, até outubro de 2021, o 22º lugar em número de casos por milhão de habitantes e o 7º lugar em número de óbitos por milhão de habitantes, o que corresponde a 12,4% dos mortos, mesmo possuindo apenas 2,7% da população mundial^{83,84}.

Assim, foi instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, que colheu depoimentos de diversos sujeitos sobre a condução e os impactos da pandemia que poderiam ser evitados. Segundo relatório final da CPI, foram denunciadas: as motivações e estrutura política utilizada pelo governo federal para insistência no ‘tratamento precoce’, sem comprovação científica; atuação em oposição às medidas não farmacológicas; recusa e atraso na aquisição de vacinas; a crise do estado do Amazonas, com negligência e descoordenação, que chegaram a ocasionar falta de oxigênio; casos de corrupção do governo, como negociação de propina na compra de vacinas; o genocídio contra povos indígenas e quilombolas; a estrutura governamental de produção e disseminação de *fake news*; escândalo ético do grupo de medicina privada, Prevent Senior, que teria realizado experimentos com seres humanos sem autorização, sendo esse o ápice da CPI e das barbáries denunciadas^{85,86}.

O presidente da república, Jair Bolsonaro, foi indiciado no relatório final da CPI por 11 crimes, incluindo acusações de crime contra a humanidade, charlatanismo, infração de medida sanitária preventiva, emprego irregular de verbas públicas, prevaricação, genocídio de indígenas, além de outras 70 pessoas e 02 empresas que também foram indiciadas⁸⁶.

Nesse mesmo sentido, estudo do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) da Universidade de São Paulo (USP) concluiu que as ações do governo federal não foram fruto de falta de aptidão, mas, sim, de uma estratégia coordenada baseada na tese que defendia promover a “imunidade de rebanho”⁸⁷⁽³⁾ por contágio, como resposta à

pandemia. Segundo a tese, as vidas perdidas e as sequelas deixadas pela doença causariam menos prejuízos do que aqueles decorrentes da redução da atividade econômica⁸⁷. Dessa forma, fica evidente o porquê de o Brasil chegar a ser referido como ‘uma ameaça à saúde global’, um celeiro de novas variantes do vírus, sendo a resposta brasileira considerada uma catástrofe humanitária e a pior do mundo^{88,89}.

O esperança(r) equilibrista e o futuro do SUS: notas finais

O saldo de 2021 para a esquerda brasileira tem como principal marca a retomada dos direitos políticos do ex-presidente Lula, as muitas manifestações de rua realizadas pelas organizações populares pelo ‘Fora Bolsonaro’ e a vacinação de grande parte da população contra a Covid-19, mesmo com os movimentos antivacina incentivados pelo governo federal.

Já para o campo da direita governista, o saldo foi de ganho de estabilidade institucional, após as manifestações de rua da militância bolsonarista no 7 de setembro de 2021, com aprovação de projetos de interesse do governo no congresso nacional e redução das ameaças de *impeachment* do presidente apresentados pela CPI da Covid-19. Particularmente, na saúde, o governo avançou na privatização da saúde, dando início à operacionalização da Adaps e sinalizando a criação de uma base de dados abertos chamada *open health*, via Medida Provisória, para que empresas ofereçam planos de saúde mais baratos, a fim de diminuir a ‘sobrecarga’ do SUS.

A entrada de 2022 foi marcada pela ampla disseminação do vírus H3N2 e da variante ômicron da Covid-19, revelando que a pandemia não acabou, sendo necessário avançar na vacinação em geral e das crianças, assim como na garantia de financiamento adequado para o SUS.

A saúde tem sido uma das maiores arenas do jogo político nos últimos anos, e a Covid-19 expôs que o desafio brasileiro de alcance do direito universal à saúde é parte do desafio maior de retomada e garantia da própria democracia.

Pesquisas eleitorais realizadas em fevereiro de 2022 apontam um cenário otimista para as esquerdas, com o ex-presidente Lula despontando com mais de 40% das intenções de voto, enquanto o atual presidente Jair Messias Bolsonaro representa apenas 25% das intenções.

A esperança equilibrista das forças progressistas no Brasil em 2022 tem como centralidade a derrota do projeto ultraliberal e neofascista nas eleições de outubro, o que perpassa a necessidade de, ao longo do ano, ampliar o diálogo e a organização popular tanto para vencer as eleições como para sustentar nas ruas um projeto democrático e socialmente justo de um possível governo popular, onde o direito à saúde seja consequência da melhora das condições de vida do povo.

Colaboradores

Mélio LMBD (0000-0001-5737-751X)*, Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* e Santos RC (0000-0002-4973-123X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Barroco MLS. Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo. *Serv. Soc. Soc.* 2022 [acesso em 2022 jan 1]; 143:12-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zjrwPzBc-tDGqj84D74Vg4cv/>.
2. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 jan 1]; 22(6):1791-1803. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>.
3. Teixeira C, Paim J. Análise Política em Saúde: contribuição do OAPS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 jan 1]; 22(6):1744. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.03032017>.
4. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2022 jan 1]; 42(esp2):76-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S206>.
5. Reis CR, Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde debate.* 2021 [acesso em 2022 jan 1]; 45(130):563-574. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>.
6. Reis CR, Paim JS. Análise de conjuntura em saúde: aspectos conceituais, metodológicos e técnicos. 2021 [acesso em 2022 jan 1]; 45(130):795-806. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113017>.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
8. Souza DO. A Enfermagem ante a covid-19: reflexões para a intervenção prática. *Av. enferm.* 2020 [acesso em 2022 jan 15]; 38(supl1):81-90. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002020000400081.
9. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, et al. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficaram para trás. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2022 jan 15]; 42(esp3):54-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S305>.
10. Carvalho JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002.
11. Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
12. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
13. 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 [acesso em 2022 jan 15]; 33(supl2):e00129616. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>.
14. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2022 jan 18]; 23(6):1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
15. Organização Mundial da Saúde. Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010.
16. Savedoff WD, Ferranti D, Smith AL, et al. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet.* 2012 [acesso em 2022 jan 18]; 380(9845):924-932. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61083-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61083-6).
17. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2014.

18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*, 2013 [acesso em 2022 jan 18]; 29(5):847-849. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>.
19. Barros FPC, Negri-Filho A. Universal health coverage. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2022 jan 18]; 31(6):1333-1333. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010615>.
20. Kemper ES. Programa Mais Médicos: contribuições para o fortalecimento da atenção primária à saúde. [tese]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2016. 158 p.
21. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no Brasil. Panorama da Produção Científica. Brasília, DF: OPAS; 2017.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para Acesso Universal e Cobertura Universal em Saúde. 53º Conselho Diretivo (CD53/5, Rev. 2). Washington DC; Outubro 2014.
23. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2020 [acesso em 2022 jan 20]; (44):e4. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51793>.
24. Castro AB, Machado CV, Lima LD. Financiamento da Atenção Primária à Saúde 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: Fiocruz; 2018. p. 73-93.
25. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006 [acesso em 2022 jan 21]; (6):156. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1790713/>.
26. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2022 jan 21]; 46(supl1):13-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000062>.
27. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2022 jan 21]; 40(108):204-218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>.
28. Silva GM, Rasera EF. A construção do SUS-problema no jornal Folha de S. Paulo. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos*. 2014 [acesso em 2022 jan 21]; (21):61-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013005000012>.
29. Almeida R. Bolsonaro Presidente: conservadorismo, evangelismo e crise brasileira. *Novos estudos CEBRAP*. 2019 [acesso em 2022 jan 21]; (38):185-213. Disponível em: <https://doi.org/10.25091/S01013300201900010010>.
30. Rocha RR. Governo Temer: reforma trabalhista, destruição dos direitos dos trabalhadores?. [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2017. [acesso em 2022 jan 21]. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/18359>.
31. Seki TCM. As disputas em torno do orçamento público federal: capital financeiro, dívida pública e o novo regime fiscal. [monografia]. Florianópolis: Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina; 2017. [acesso em 2021 dez 31]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/183561>.
32. Bahia L, Scheffer M, Poz MD, et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto de crise política e econômica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2022 jan 26]; 32(12):e00184516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184516>.
33. Soares RC. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. *Argumentum*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 10(1):24-32. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>.

34. Bravo MI, Pelaez E, Pinheiro W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 10(1):9-23. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>.
35. Moraes HMM, Oliveira RS, Vieira-da-Silva LM. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2022 jan 26]; (24):4479-4488. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25802019>.
36. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev. Est. Pesq. Am*. 2016 [acesso em 2022 jan 26]; 10(3):01-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>.
37. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 42(esp2):11-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>.
38. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social: Est. Democ. Saúde*. 2020 [acesso em 2022 jan 26]; 22(46):9-32. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260.
39. Bahia L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 34(7):e00067218. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00067218>.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.482, de 4 de agosto de 2016. Institui grupo de trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 5 Ago 2016.
41. Guimarães K. Novos planos de saúde no mercado: acessíveis para quem? EPSJV/Fiocruz, 2017. [acesso em 2021 dez 31]. Disponível em: <http://www.ep-sjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/novos-planos-de-saude-no-mercado-acessiveis-para-quem>.
42. Morosini MV, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 42(116):11-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.
43. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 jan 26]; 42(esp1):12-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>.
44. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4. ed. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
45. Barbosa LM, Celino SDM, Costa GMC. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de auto-gestão. *Interface (Botucatu)*. 2015 [acesso em 2022 jan 27]; 19(55):1101-1108. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1179>.
46. Machado HSV, Melo EA, Paula LGN. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 27]; (35):e00068419. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>.
47. Coalizam Saúde. Caderno de Propostas – Coalizão Saúde Brasil. [acesso em 2022 jan 27]. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ICOS_Proposta_VII_final_baixa.pdf.
48. Guimarães SP. Dois projetos para o Brasil continuarão a se confrontar. *Viomundo*. 10 nov 2018. [acesso em 2022 jan 27]. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/voce-escreve/samuel-pinheiro-guimaraes-dois-projetos-para-o-brasil-continuarao-a-se-confrontar.html>.
49. Lima LD, Carvalho MS, Coeli CM. Médicos, política e sistemas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [aces-

- so em 2022 jan 27]; 35(1):e00237418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237418>.
50. Giovanella L, Bousquat A, Almeida PF, et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde?. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 27]; 35(10):e00178619. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>.
 51. Fujita DM, Salvador FS, Damião GPS, et al. Increase of immigrants in emerging countries: free public healthcare and vaccination as preventive measures in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 27]; 35(2):e00228118. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00228118>.
 52. Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?. *Rev. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 27]; (52):96. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>.
 53. Bardi G, Bezerra WC, Monzeli GA, et al. Pandemia, desigualdade social e necropolítica no Brasil: reflexões a partir da terapia ocupacional social. *Revisbra TO*. 2020 [acesso em 2022 jan 27]; 4(3):496-508. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/34402>.
 54. 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 [acesso em 2022 jan 27]; 25(supl2):4211-4224. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>.
 55. Veronese O, Almeida JR. O descaso com o direito fundamental à saúde dos povos indígenas no enfrentamento da pandemia de Covid-19: a consolidação de uma necropolítica no Brasil. *Pensar – Rev Ciênc. Juríd.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 26(3):1-17. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/11838>.
 56. Almeida-Filho N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: Santos AO, Lopes LT, organizadores. *Principais elementos*. Brasília, DF: Conselho nacional de secretários de saúde; 2021. p. 214-225.
 57. Campos GWS. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. *Trab. educ. saúde*. 2020 [acesso em 2022 jan 27]; 18(3):e0027911. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00279>.
 58. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à COVID-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev. Adm. Pública*. 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 54(4):663-677. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>.
 59. Mélo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, et al. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2021 [acesso em 2022 jan 27]; 25(supl1):e210306. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210306>.
 60. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 jan 29]; 44(esp4):161-176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.
 61. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Preventive Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 26(supl2):3781-3786. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.
 62. Maeda JM, Nkengasong JN. The puzzle of the COVID-19 pandemic in Africa. *Science*. 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 371(6524):27-28. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.abf8832>.
 63. Cassiolato JE, Falcón ML, Szapiro M. Novas tecnologias digitais, financeirização e pandemia Covid-19: transformações na dinâmica global produtiva, no papel do Estado e impactos sobre o CEIS. *Cad. Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 16(28):51-86. Dis-

- ponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/551>.
64. Sarti F, Hiratuka C, Fonseca C. A crise sanitária da Covid-19 e a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil no contexto da financeirização. *Cad Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 16(28):129-143. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/554>.
 65. Gadelha CAG. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde 4.0: por uma visão integrada do desenvolvimento econômico, social e ambiental. *Cad Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 16(28):25-49. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/550>.
 66. Alvarenga AA, Rocha SEM, Filippin J, et al. Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 36(12):e00155720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155720>.
 67. Souza LEPP, Buss PM. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cad. Saúde Pública.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; (37):e00056521. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056521>.
 68. Ventura DFL, Perrone-Moisés C, Martin-Chenut K. Pandemia e crimes contra a humanidade: o “caráter desumano” da gestão da catástrofe sanitária no Brasil. *Rev. Direito Práx.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 12(3):2206-2257. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2021/61769>.
 69. Floss M, Camargo TS, Tolotti G, et al. Cronologia do “tratamento precoce” para COVID-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde. [Preprint]. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: <https://medRxiv.org/kgm65/>.
 70. Rache B, Nunes L, Freitas R, et al. Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além. Instituto de estudos para políticas de saúde. [Nota técnica n. 22]. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/08/IEPS_NT22.pdf.
 71. Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde debate.* 2020 [acesso em 2022 jan 29]; 44(esp4):114-129. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>.
 72. Rossi P, David G. Execução orçamentária na pandemia e o futuro do financiamento público da saúde. *Cad. Desenvol.* 2021 [acesso em 2022 jan 27]; 16(28):267-280. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/560>.
 73. Santos HLPC, Maciel FBM, Martins PC, et al. A voz da comunidade no enfrentamento da Covid-19: proposições para redução das iniquidades em saúde. *Saúde debate.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; 45(130):763-777. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113015>.
 74. Marins MT, Rodrigues MN, Silva JML, et al. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. *Soc. Est.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 36(2):669-692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013>.
 75. Frente pela Vida. Plano Nacional de Enfrentamento a pandemia de COVID-19. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/>.
 76. Bispo JP, Moraes MB. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 36(8):e00151620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>.
 77. Carneiro FF, Pessoa VM. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trab. educ. saúde.* 2020 [acesso em 2022 jan 28]; 18(3):e00298130. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>.

78. Oliveira JTC, Camargo AM, Machado BOB, et al. “Hunger and rage (and the virus) are human things”: reflections on solidarity in times of Covid-19. *Rev. Nutr.* 2021 [acesso em 2022 jan 29]; (34):e200183. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200183>.
79. Rede Penssan. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Rede Penssan; 2021. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf.
80. Pasqualoto AS, Martins IC, Ourique AAB, et al. Implementação de ações em reabilitação a médio e a longo prazo para pacientes com Síndrome Pós-Covid-19: uma realidade emergente. *Saúde (Santa Maria)*. 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 47(1):e65677. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/65677>.
81. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv: Serv. Health Sci.* 2021; 13(1154):10.21203. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33532785/>.
82. Carvalho KP. As conexões entre o sistema alimentar dominante e a covid-19: desafios à Segurança Alimentar e Nutricional no tempo presente e após. *Segur. Aliment. Nutr.* 2021 [acesso em 2022 jan 28]; 28(00):e021011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8661416>.
83. Our World in Data. Statistics and Research. Coronavirus Pandemic (COVID-19). England and Wales; 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
84. Brasil. Ministério da Saúde. Pannel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
85. Júnior WDB, Kiperstok A, Santos AF, et al. Impact of decisions of the government officials on life and death of the population: covid-19 in Brazil, june 2021. *SciElo Preprints*. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2930/version/3093>.
86. Brasil. Senado Federal. Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia: instituída pelos requerimentos n°s 1.371 e 1.372, de 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/ao-vivo/cpi-da-pandemia>.
87. Ventura FLV, Aith FMA, Reis RR. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da COVID-19. São Paulo: Cepedisa; 2021. [acesso em 2022 jan 28]. Disponível em: <https://cepedisa.org.br/>.

Recebido em 05/02/2022
 Aprovado em 06/04/2022
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Individualização e trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil

Individualization and work in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil

Aurea Maria Zöllner Ianni¹, Maria Izabel Sanches Costa^{2,3}, Letícia Bona Travagin¹, Isabela Licata Serra⁴

DOI: 10.1590/0103-1104202213419

RESUMO A pandemia de Covid-19 promoveu um salto produtivo em dimensões globais e, por consequência, no Brasil, consolidando profundas alterações sociais. O processo de flexibilização das relações do trabalho encontrou, no contexto pandêmico, condições objetivas para sua expansão, em especial, o crescente uso de meios técnico-informacionais e de telecomunicações. Pressupondo este cenário, discute-se neste ensaio as formas e as relações de trabalho individualizadas e individualizadoras decorrentes desse processo, bem como a intensificação da dinâmica de individualização social.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Estrutura social. Trabalho. Capitalismo. Individualização.

ABSTRACT *The COVID-19 pandemic promoted a productive leap in global dimensions and, consequently, in Brazil, consolidating profound social changes. The process of flexibilization of work relations found, in the pandemic context, objective conditions for its expansion, in particular the increasing use of technical-informational and telecommunications solutions. Assuming this scenario, this essay discusses the individualized and individualizing forms and labor relations resulting from this process, as well as the intensification of the dynamics of social individualization.*

KEYWORDS COVID-19. Social structure. Work. Capitalism. Individualization.

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
aureanni@usp.br

²Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), Instituto de Saúde (IS) – São Paulo (SP), Brasil.

³Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Hospital Sírio-Libanês – São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

O pressuposto deste artigo é que a pandemia de Covid-19 promoveu um salto produtivo em dimensões globais e, por consequência, no Brasil.

Denominaremos, aqui, salto produtivo o fenômeno da consolidação das profundas mudanças no processo de produção capitalista, por compreender que:

A produção não é apenas uma produção particular: constitui sempre um corpo social, um sujeito social, que atua num conjunto – mais ou menos vasto, mais ou menos rico – de ramos da produção¹⁽³¹⁾.

Argumentamos que esse processo, que se desenvolve desde a crise do modelo fordista nos anos de 1970, ocorre basicamente em torno da flexibilização e fragmentação da produção industrial e da conversão da estrutura produtiva para as tecnologias eletrônicas, computacionais e de telecomunicações. Esse modelo produtivo, então adotado, sobretudo, por Japão, Alemanha e países da Europa do Norte², encontrou, no contexto da pandemia, as condições objetivas para esse salto – sua expansão, capilarização e consolidação global –, podendo ser observado em duas dimensões do processo produtivo: suas formas e intensidade.

Tais formas produtivas, então presentes ou incipientes na economia brasileira, e que se desdobram em determinadas relações de trabalho, flexível, temporário, parcial, uberizado, por meio de plataformas e aplicativos em articulação ao desemprego temporário, estrutural e à emergência do que Standing³ denominou de precariado, foram alçadas, em curtíssimo espaço de tempo, à dominância econômica e social. Nos meses iniciais da pandemia, a então denominada economia do trabalho precário, flexível, informal, temporário, do subemprego, da jornada parcial etc. transformou-se na forma dominante e necessária à reprodução econômica-social. Causou impacto o fato de que a pandemia,

em um primeiro momento percebida como fator de retração do processo produtivo em decorrência do isolamento social e *lockdowns*, tenha, paradoxalmente, mantido certo padrão produtivo com queda muito menor do que o esperado, no Brasil inclusive^{4(B4)}. Os ágeis meios técnico-informacionais e de telecomunicações, já instalados e disponíveis no âmbito da estrutura socioeconômica brasileira, possibilitaram essa conversão produtiva quase imediata, alterando e consolidando definitivamente novas relações de produção no País; reproduzindo, entretanto, como em qualquer contexto de desenvolvimento das forças produtivas, desigualdades sociais a elas correspondentes.

A intensidade dessa conversão decorre da agilidade que os meios técnico-informacionais possibilitam, caracterizados por dispersão, segmentação, divisão em unidades separadas e descontínuas, podendo ser processadas, selecionadas e recuperadas segundo necessidades específicas e individualizadas⁵⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾, e que introduziu um marco espaço-temporal radicalmente novo daquele da sociedade industrial moderna, sendo cada vez mais caracterizado pela flexibilidade de bens e equipamentos, pela padronização da fabricação de alta precisão, pela produção modular e montagens automatizadas²⁽⁴⁹⁾.

Ao discutir a aceleração na modernidade tardia, Rosa⁶⁽¹²⁷⁾ menciona a diferença entre os tempos para a compra de bens e serviços, que pode ser feita em poucos segundos, e o consumo deles, que não pode ser feito em segundos. Concordando com Rosa; argumentamos, entretanto, que essa diferença se estreitou no contexto da pandemia, aproximando esses tempos, e, conseqüentemente, a intensidade da lógica produtiva, lembrando que há uma dependência recíproca entre produção e consumo:

A produção cria a matéria para o consumo, enquanto objeto exterior a este; o consumo cria a necessidade enquanto objeto interno, enquanto finalidade da produção. Sem produção não há consumo; sem consumo não há produção¹⁽⁴³⁾.

É esta articulação – entre tecnologias produtivas, forma social do trabalho e contração espaçotemporal intensiva entre produção e consumo – estimulada pelo contexto pandêmico que consolidou o que denominamos, aqui, de salto produtivo, configurando formas e relações sociais outras.

Ao pressupor este cenário, o de um salto produtivo estimulado e consolidado pela pandemia de Covid-19, discutiremos neste artigo as formas e as relações de trabalho individualizadas e individualizadoras daí decorrentes no contexto brasileiro. O argumento é o de que a forma de trabalho que se consolida no contexto e desdobramento pandêmico, ainda em curso, consolida e estimula também os processos de individualização social.

Esse argumento será apresentado e discutido neste ensaio empírico-teórico por meio de três tópicos. No primeiro, são abordados os aspectos teórico-conceituais sobre individualização e trabalho no mundo contemporâneo. No segundo, apresentam-se algumas formas sociais da individualização nos processos de trabalho desenvolvidos no contexto pandêmico no Brasil, especificamente o trabalho remoto e a telemedicina. No terceiro, apresentam-se as considerações finais com alguns desdobramentos desse fenômeno e o processo de individualização social por meio da saúde.

Por tratar-se de um ensaio, que permite uma configuração metodológica mais aberta, adotamos no primeiro tópico e nas considerações finais autores que vêm trabalhando com o tema da individualização, mais especificamente do campo da sociologia contemporânea. Os dados empíricos que informam a problematização exposta no segundo tópico corresponderam a uma busca livre, porém, dirigida e intencional, em bases de artigos científicos e notícias da mídia impressa e eletrônica, em torno de termos como: pandemia de Covid-19, teletrabalho, trabalho remoto e em *home office*, uso de aplicativos e telemedicina.

Ensaio, neste artigo, refere-se à ideia de que o problema em pauta, ou seja, as “situações e tendências sociais” “não podem ser

adequadamente descritas sem referência a fatores teóricos”⁷⁽²²³⁾. Também se refere à ideia de “formação de juízos”⁸⁽¹⁹¹⁾, isto é, a algumas proposições que derivam da experiência, expressando-a diretamente, ou aquelas formadas pela análise do conceito-sujeito; ambas desenvolvendo a argumentação formal.

Individualização e trabalho

O processo de individualização na sociedade contemporânea tem sido tema recorrente no âmbito da teoria social. Partiremos, aqui, das análises de Bauman⁹, Beck¹⁰ e Castells¹¹ que, apesar de diferentes, compreendem a individualização como processo de constituição social, no qual o indivíduo é a referência central das ações e processos sociais, este como referência de/para si mesmo. Nesse contexto, os indivíduos se tornam cada vez mais a expressão de suas próprias escolhas.

A escolha, como processo de libertação dos sujeitos das amarras das tradições da sociedade moderna, promoveu um duplo efeito: a culpabilização e a insegurança. O primeiro refere-se aos efeitos da própria liberdade. Ao mesmo tempo que o indivíduo se sente livre para trilhar seu próprio caminho e construir sua biografia, é responsabilizado por suas escolhas. Os indivíduos acreditam e agem como se fossem responsáveis, culpados, pelos seus próprios problemas¹⁰. Na doença, são responsabilizados ou culpabilizados por não terem hábitos saudáveis, no desemprego, por não terem se esforçado mais ou não terem se capacitado o suficiente. Nesse sentido, os indivíduos tornam-se produtores e protagonistas ativos das suas vidas. O segundo efeito se refere à perda das seguranças tradicionais, que promove o enfraquecimento de pertencimento a um coletivo em detrimento do indivíduo, gerando o sentimento de insegurança constante^{9,10}. O processo de individualização fica ainda mais claro ante as transformações do mundo do trabalho com o fim do emprego nos moldes da industrialização moderna⁹⁻¹¹.

Ao se referir ao modelo da fábrica fordista, Bauman⁹ afirma que a forte relação entre capital e trabalho permitiu o surgimento da mentalidade de longo prazo, na qual quem vende a sua mão de obra e quem a compra constituíram uma união de longo prazo. Capital e trabalho estavam face a face, fisicamente instalados nos territórios fabris e representavam uma relação contratual de longo prazo. Isso significa afirmar que o capital estava tão preso ao lugar quanto o trabalhador. A fábrica enquanto território físico e fixo, por meio de um modelo de organização e gestão específico, permitia a criação de um ambiente cultural identitário, isto é, construía e definia a identidade do trabalhador. Nesse sentido, tanto Bauman^{9,12} quanto Beck¹⁰ e Castells¹¹ evidenciam a centralidade do trabalho como meio de inserção social coletiva do indivíduo na modernidade.

Bauman⁹ utiliza a metáfora do acampamento para caracterizar a dinâmica do trabalho no capitalismo leve, da modernidade líquida. A metáfora do acampamento demonstra que a flexibilidade do trabalho não oferece segurança e condições para os trabalhadores desenvolverem projetos de longo prazo. Outrossim, a flexibilização trouxe para os trabalhadores a necessidade de estarem sempre abertos para novas mudanças e possibilidades. É a prática de sempre levantar acampamento, não permanecer fixo, não ter uma relação duradoura semelhante ao fordismo.

Se na primeira modernidade o trabalho coletivizado era central na construção da identidade e inserção social do indivíduo, o trabalho flexível atual inflige ao indivíduo uma sensação de risco iminente, tanto pelo possível desemprego quanto pelo possível fracasso profissional. É nesse sentido que o trabalho, na atualidade, não representa mais um eixo seguro para fixar identidades e projetos de vida; a sua função estruturadora do planejamento da vida fica dissolvida⁹.

No contexto da individualização contemporânea, Beck¹⁰ também analisa a despadrãoização do trabalho assalariado, afirmando

que o trabalho flexível, a subocupação e o desemprego substituem a ocupação integral. O direito ao trabalho, e do trabalho, o local e o tempo definidos da jornada de trabalho, que eram os pilares desse mundo laboral tradicional, não existem mais como tal. Nesse contexto de incerteza, os riscos objetivos, psíquicos e de saúde são privatizados para o próprio trabalhador, que é responsabilizado individualmente. O indivíduo deve se autoproduzir, inclusive, quanto à sua proteção social e às condições de trabalho. A característica desse trabalhador contemporâneo é constituir-se em uma espécie multiuso, de modo que sua existência é marcada pela insegurança constante. Segundo Beck¹⁰, quanto mais as relações, as condições e o mercado são desregulamentados e flexibilizados, mais rapidamente e com eficiência a sociedade do trabalho torna-se sociedade de risco.

Em conformidade com esses autores, Castells¹¹ diz que o fim da sociedade industrial implica um novo sistema de produção, no qual a produtividade e a competitividade constituem os principais fatores, em que a primeira se origina da inovação, e a segunda, da flexibilização. As empresas, as regiões, os países e as unidades econômicas organizam as suas relações de produção para maximizar a inovação e a flexibilização. A tecnologia da informação e a capacidade cultural de utilizá-la são fundamentais para o desempenho dessas novas funções produtivas. Além disso, um novo tipo de organização e administração, com vistas à adaptabilidade e à coordenação simultâneas, torna-se a base do sistema operacional, exemplificado pelo que ele rotula de empresa em rede¹¹.

Nesse novo contexto, redefine-se a mão de obra, emergindo dois tipos de trabalhadores denominados pelo autor como mão de obra genérica e mão de obra autoprogramável, sendo que o que as diferencia são a capacidade educacional e a incorporação de informação. Essas diferenças, empregadas na mão de obra autoprogramável, permitem ao trabalhador a “capacidade para uma redefinição constante

das especialidades necessárias à determinada tarefa”¹¹⁽⁴¹⁷⁾. Em contrapartida, a mão de obra genérica, sem acesso à educação, “recebe determinada tarefa sem nenhum recurso de reprogramação, e não se pressupõe a incorporação de informação e conhecimentos além da capacidade de receber e executar sinais”¹¹⁽⁴¹⁷⁾, podendo ser facilmente substituída por máquinas ou mão de obra de menor valor. Portanto, o fim da sociedade industrial, em Castells, configura um novo sistema produtivo de incertezas e flexibilização.

Bauman⁹ considera que a incerteza sempre acompanhou o trabalhador mesmo na fase anterior da sociedade industrial, mas que, na sociedade contemporânea, adquire o caráter de poderosa força individualizadora que, ao contrário de unir, divide. Para ele, ocorre a perda da capacidade de coesão historicamente atribuída ao trabalho, bem como a sua função identitária de configuração de classes sociais coesas. O trabalho de longa duração é substituído pela volatilidade da força de trabalho. Também para Beck¹⁰, o desemprego e a flexibilização do trabalho coincidem com uma individualização carente de nexos de classe. Dessa forma, esses aspectos constituem, para os autores, o primeiro efeito do processo da individualização no mundo do trabalho: a insegurança.

Essa nova forma de trabalho necessita de um trabalhador polivalente, capaz de lidar com as mais diversas tecnologias, estar disponível 24 horas, apto a aprender novas formas de (auto)gestão que enfocam sua subjetividade, de não ser mais empregado, mas, sim, colaborador, de redefinir a relação de solidariedade operária por meio da individualização das relações e processos de produção e dos salários; um trabalhador individualizado, empreendedor, sempre disposto à formação/capacitação permanente e responsabilizado por suas escolhas e carreira.

A partir da noção de encaixe e reencaixe, Beck¹⁰ afirma que o indivíduo se desliga do estilo de vida caracterizado pelo trabalho de longa duração da sociedade industrial e

adentra no modo de vida no qual os próprios indivíduos devem construir sua biografia em um contínuo processo individualizado e individualizador. Perante um mundo globalizado, tecnológico, rápido, informacional, o trabalhador se vê imerso na necessidade crescente de qualificar-se, reinventar-se e atualizar-se. Diante da desintegração das certezas construídas pela sociedade industrial, Beck¹⁰ vislumbra que, inserido no processo de individualização radicalizada, a responsabilização e a culpa recairão sempre sobre o próprio trabalhador, que não consegue acompanhar a necessária atualização profissional.

Esse novo contexto do mundo do trabalho radicaliza ainda mais a desigualdade social existente, privilegiando quem tem a possibilidade de qualificar-se de forma constante, quem pode ou está apto a incorporar mais as novas tecnologias, e sendo ainda mais perverso ao responsabilizar o indivíduo pela dificuldade de inserção laboral^{9,10,13}.

No lugar da proteção assegurada pelo trabalho fordista, prevalece, hoje, o discurso liberal do empreendedorismo que direciona, com força, a responsabilização do indivíduo pelo seu próprio destino e êxito profissional e social. Ademais, o regime de emprego flexível impede a geração de laços duradouros do indivíduo com o trabalho, aprofundando a perda da referência coletiva, socializadora, do pertencimento, do suporte social e da construção da identidade tradicional moderna. É dessa maneira que os processos de trabalho se articulam aos de individualização, e vice-versa, fragilizando os vínculos e suportes de proteção do trabalhador¹⁰.

Os maiores consensos entre três dos autores em pauta, Castells, Bauman e Beck, evidenciam a transformação do mundo do trabalho contemporâneo, a preocupação com a responsabilização do indivíduo, e como cada um deve aprender a conviver com suas ansiedades e preocupações de forma individualizada¹³.

Em síntese, o trabalho contemporâneo caracteriza-se majoritariamente por contratos não regulamentados, pela jornada parcial, pelo

emprego por tempo determinado, pela subcontratação, pelas chamadas relações produtivas e contratuais informais que englobam o trabalho autônomo, o subemprego e o desemprego estrutural. Seu produto é a flexibilização das relações de trabalho e de produção; o que não significa a perda da centralidade do trabalho na sociedade, ao contrário, ela se mantém como um dos vetores importantes na organização das sociedades, nas relações sociais entre indivíduos e grupos, porém, reconfigurada pela forma individualizada, fragilizando a construção de identidades e coesão coletivas típicas da sociedade industrial, e imputando os sentimentos de insegurança e culpa aos trabalhadores⁹⁻¹¹.

Trabalho remoto

“Com a covid-19, o mundo viveu em alguns meses o equivalente a dez anos de digitalização”¹⁴. Reconhece-se que “um dos consensos em torno da pandemia é de que as circunstâncias contribuíram para acelerar a transformação digital das empresas e lares brasileiros”¹⁵, uma forma produtiva que articula em rede o mundo do trabalho, do estudo e social aos domicílios, rompendo as barreiras antes claramente estabelecidas.

Entretanto, há alguns paradoxos. Dados da Rede de Pesquisa Solidária¹⁶ e da Pesquisa Nacional de Domicílios PNAD-Covid-19¹⁷⁽⁸⁷⁾ mostram as diferenças e as desigualdades sociais do fenômeno da digitalização. Indicam que, no Brasil, o perfil do trabalhador remoto é majoritariamente branco, com ensino superior completo e feminino, predominantemente vinculado ao setor de serviços, do ensino superior e cargos de gerência e administrativos do setor agroindustrial. Situação muito desigual com relação à maioria da população trabalhadora, negra, com menor nível de escolaridade, para quem o trabalho manteve-se presencial ou foi perdido em decorrência da crise no parque produtivo. A pandemia provocou um “recolhimento [que] produz uma parada súbita na

atividade econômica, uma vez que muitas empresas fecham e as pessoas ficam em casa”¹⁸⁽¹⁾.

Com mais pessoas em casa, em meio à recomendação sanitária do isolamento social, o número de pedidos por *delivery*, sobretudo de alimentos, aumentou, mas também os serviços bancários, negócios, saúde, *fitness* e educação¹⁹, atingindo 15% de aumento. Em 2020, o Brasil representou sozinho quase metade (48,77%) dos pedidos de *delivery* de toda a América Latina²⁰. Esse fato, somado ao desemprego no País, já expressivo anteriormente e agravado pela pandemia, tornou o uso de aplicativos uma alternativa para quem procurava emprego, criando até mesmo uma fila de espera para conseguir acesso às plataformas desses serviços, que se tornaram fonte de renda para muitas famílias²¹.

Ainda que a desigualdade social vinculada ao trabalho se mantenha, ou reproduza, na sociedade brasileira, a forma de trabalho, mediada pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), ancora-se em uma dinâmica individualizada e individualizadora que amplia a sua padronização no contexto pandêmico. Desigualdade econômico-social com similitude técnico-informacional. O paradoxo confirma a tendência de que o ‘salto produtivo’ se completa: de uma economia industrial a uma economia informacional, de plataforma, tecno-eletrônica-telemática.

Nessa conjuntura, o que foi tido como informal, incipiente, flexível, desterritorializado tornou-se o processo produtivo primaz, viabilizando a vida social em contexto de risco epidêmico. O isolamento foi preenchido pela economia de plataforma, dos aplicativos, do subemprego, dos empregos informais, temporários, das jornadas de trabalho parciais, fraturadas e do desemprego. Segundo a Apps Flyer²², desde o início da pandemia, instalações e uso de aplicativos tiveram crescimento acelerado no Brasil, onde houve estados cujo aumento foi próximo a 50%, como no estado de São Paulo. Atribui-se a isso o fato de o País ser o segundo colocado no *ranking* de nações com maior crescimento do mercado

de *smartphones*, perdendo apenas para a Indonésia²³, o que pode ser um importante componente propulsor de práticas de maior portabilidade e individualizadas.

Nesse sentido, isolamento social, *home office*, desemprego e suas formas flexíveis, economia de plataforma e uso de aplicativos, intensamente articulados no contexto da pandemia, transformaram profundamente o contexto social.

Alteraram-se os locais de moradia. Casas e edifícios agora contam com espaços de *home office* e *co-working*. Desdobram-se disso novos aplicativos como o *office pass* ou *on demand*, que permitem agendar um local de trabalho em qualquer região da cidade, a qualquer dia e horário²⁴. No jornal ‘O Estado de São Paulo’, informa-se que 66% das pessoas querem manter um trabalho híbrido pós-pandemia: salas de *co-working* fecham em função do *home office*, salas de *co-working* abrem fora do centro das cidades nos bairros mais afastados²⁴. A planta produtiva geral e das cidades se altera, surgindo outras e/ou novas ‘regiões satélite’ de produção.

Esse processo é percebido de forma otimista como inovação. Uma pesquisa da plataforma latino-americana Workana divulgada pelo portal de notícias G1²⁵ revela que mais de 80% dos líderes empresariais entrevistados pretendem manter o trabalho remoto depois da pandemia, e mais de 90% dos funcionários entrevistados dizem querer continuar no trabalho remoto depois da pandemia. Isso se justifica, sobretudo, pela flexibilidade de tempo e pelo foco em resultados. No entanto, apenas pouco mais de 20% das empresas ofereceram ferramentas digitais e/ou computadores para os funcionários em trabalho remoto²⁵, e poucas subsidiam os gastos domiciliares com internet e energia elétrica²⁶.

Trabalho uberizado, domiciliado, autosustentado e autoproduzido, pelo *home office* ou empreendedor individual, mesclam-se com o trabalho formal tradicional moderno, extradomicílio, contratualizado, temporal e espacialmente configurado. Nesse sentido,

o *home office* e o trabalho por aplicativos ancorados nas TIC, mais do que uma variação espaçotemporal e contratual, portam uma nova modalidade da atividade produtiva, individualizada e individualizadora, organizando e transformando a sociedade contemporânea. Trata-se, portanto, de um processo social que se consolida globalmente, permeado por uma série de contradições e pela coexistência de estruturas novas e tradicionais.

Um exemplo disso é a discussão sobre a melhor forma de medir o trabalho e a jornada do trabalhador. Anteriormente, as empresas faziam uso do ‘presenteísmo’, ou seja, da quantidade de horas que o empregado permanecia no escritório fisicamente realizando suas atividades sob as vistas do chefe e de outros trabalhadores. Entretanto, com a necessidade do isolamento social em função da pandemia e, conseqüentemente, com o deslocamento do trabalho para dentro de casa, a presença física já não pode ser mais um balizador adequado para avaliar o trabalhador.

Na verdade, durante a pandemia, o número de horas trabalhadas em todo o mundo aumentou, não diminuiu. Em 2020, a jornada média diária de trabalho aumentou em mais de meia hora em média. O pensamento é que, se todo mundo está online, eu também tenho que estar. [...] Muitos chefes só percebem as pessoas mais visíveis, então presumem que são os funcionários mais produtivos²⁷⁽¹⁾.

No contexto dessa nova organização do trabalho, a produção ainda atrelada ao presenteísmo permanece como instrumento gerencial para avaliar o desempenho do profissional. Mesmo que essa compulsão pela produção emergja não como medida formal, no sentido de uma nova orientação formalizada pela empresa, mas como movimento ‘espontâneo’, vai tornando-se, de certa forma, institucionalizada, exatamente pelo movimento individual de cada trabalhador pela pressão em entregar resultados e, sobretudo, pela tentativa de se fazer ‘presente’ no contexto virtual.

Trabalho em saúde: a telemedicina

Na área da saúde, o fenômeno do teletrabalho também se intensificou na pandemia. A principal ferramenta ‘tele’ é a teleconsulta, que se realiza de forma remota por meio de *softwares* ou aplicativos que medeiam o contato do profissional de saúde com o paciente. Nesse contexto, em decorrência da recomendação de isolamento social somada à crescente demanda por atendimentos clínicos, a teleconsulta tornou-se um elemento-chave.

O contexto de pandemia forçou uma mudança no modelo tradicional de atendimento nos serviços de saúde. As organizações de saúde têm abdicado do cuidado presencial e investido em soluções tecnológicas para realizar o acompanhamento clínico dos usuários. Assim, os profissionais de saúde enfrentam um duplo desafio: avançar nos conhecimentos sobre uma nova doença, a Covid-19, e adaptar-se a uma nova maneira de prestar cuidado no formato a distância.

A telemedicina, entendida como a prática médica mediada por TIC, não é uma atividade nova, mas foi fortemente impulsionada no contexto da pandemia, que pressionou a regulamentação da teleconsulta por meio de portaria do Ministério da Saúde²⁸, e de lei federal temporária²⁹, já no início da pandemia.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), já existia o Programa Nacional ‘Telessaúde Brasil Redes’, instituído em 2007 e ampliado em 2011, que funciona como uma ferramenta de educação permanente e de apoio para profissionais de saúde, oferecendo serviços de teleconsultoria, telediagnóstico, uma segunda opinião formativa e tele-educação³⁰. Apesar das dificuldades da ampliação do Programa em um país tão grande e com imensas desigualdades na disponibilidade de equipamentos tecnológicos e conexão à internet, a estratégia foi positivamente avaliada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), por ter conseguido articular satisfatoriamente diferentes pontos das redes de saúde, reduzir filas

de espera e ser resolutiva em boa parte dos casos³¹. Com base nisso, Haddad e Temporão³¹ defendem agora as teleconsultas, considerando que a sua autorização teria o potencial de ampliar o acesso e fortalecer a gestão das redes de saúde do SUS.

Hoje, Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS instaladas em aldeias indígenas da região do Médio Xingu, no Pará, recebem equipamentos de teleconferência e acesso à internet. O intuito da estratégia é que essas UBS atendam cerca de 2.400 indígenas a distância, por médicos especialistas de outras localidades, um projeto que está sendo financiado por uma empresa privada concessionária da usina hidrelétrica de Belo Monte³².

Ainda no âmbito do SUS, Celuppi et al.³³ verificaram que vários governos estaduais no Brasil incluíram ferramentas de telessaúde e telemedicina em seus planos de contingência na pandemia. Incluem-se ferramentas virtuais de assistência, comunicação, formação de profissionais, bem como de autoavaliação pelo usuário.

No setor privado, a telemedicina é uma tendência em franca expansão. Desde o início da pandemia, em 12 meses, as operadoras de planos de saúde contabilizaram mais de 2,5 milhões de consultas virtuais, com uma taxa de resolutividade de 90%, segundo pesquisa da Associação Brasileira de Planos de Saúde, a Abramge³⁴. Serviços de saúde privados estão oferecendo pacotes de consultas virtuais a um baixo custo, estratégia que vem sendo adotada não só por clínicas populares como também por hospitais tradicionais que atendem à classe alta, como é o caso do Hospital Albert Einstein, de São Paulo³⁵.

Nesse setor, com a chegada dos serviços voltados à telemedicina, o trabalho na saúde se transforma: médicos passaram a se cadastrar em plataformas digitais de forma autônoma, sem terem, necessariamente, vínculo empregatício com a empresa na qual se cadastrou, contando apenas com o Conselho Federal de Medicina (CFM) como órgão regulador das suas atividades. Nesse sentido, como apontam

Costa, Sola e Garcia³⁶, os serviços médicos passam a ser caracterizados por:

[...] deslocalização da prestação, homogeneização dos serviços, administração de excedente de trabalho mediante vínculos precários e controle do manejo institucional local pelas empresas de intermediação³⁶⁽⁷⁴⁾.

Para esses autores, com o advento da telemedicina, os médicos passaram a ocupar a posição não apenas de trabalhadores, mas também de consumidores, uma vez que se utilizam de uma plataforma que tem justamente a intenção de captá-los e, tais quais os pacientes, são também os usuários finais do serviço digital.

Nesse aspecto, fica evidente uma certa vulnerabilidade do profissional com relação ao vínculo com as empresas de telemedicina, assemelhando-se, em alguma medida, à relação paciente/consumidor:

O médico também tem uma posição relativamente vulnerável em face destes sistemas, inclusive porque não compartilha com os gestores das plataformas a capacidade econômica e a expertise para administrar não apenas sistemas informáticos, mas estruturas sofisticadas de potencialização das redes para dominar mercados³⁶⁽⁷⁸⁾.

Dessa forma, à medida que o profissional de saúde vai perdendo sua centralidade, as empresas que intermedeiam o encontro entre médico e paciente ganham maior espaço e, sobretudo, confiança, pois é justamente a plataforma que detém informações do profissional:

Se o sistema não permite a escolha do prestador de serviço pelo consumidor, como, por exemplo, o próprio sistema da Uber, ao invés de confiar na autoridade pública para certificação de motoristas privados (no caso de táxis, o alvará é de competência municipal), o usuário confia particularmente na plataforma e, em um momento posterior ao ingresso na rede e de

menor importância, nas avaliações de outros usuários sobre aquele provedor³⁶⁽⁸¹⁾.

De fato, nesse modelo do teletrabalho via plataformas digitais, o médico ganha autonomia e flexibilidade para gerenciar sua agenda e horários de trabalho, porém, vai estabelecendo vínculos empregatícios mais frágeis que corroboram sua perda de centralidade na relação com os pacientes. Entretanto, mesmo sendo este laço de trabalho frágil, os profissionais devem seguir orientações da empresa à qual estão vinculados, podendo esbarrar em condutas médicas legais, ou seja, estar na contramão do que prevê o CFM.

Em suma, o avanço da telemedicina no Brasil é um fato, mas ainda esbarra em dilemas regulatórios, já que a atividade não é completamente regulamentada e ainda está amparada em lei provisória. Aqui, queremos destacar uma questão que remete à autonomia do profissional médico. As principais entidades médicas brasileiras – o CFM, já citado, e a Associação Médica Brasileira (AMB) – divergem sobre a obrigatoriedade da primeira consulta ser presencial. Enquanto o CFM defende que a primeira consulta deva ser presencial, a AMB entende que o médico “deve arbitrar se vai precisar ou não de uma consulta presencial”³⁷⁽¹⁾. Em entrevista ao jornal ‘Folha de São Paulo’, o presidente da AMB disse:

É decisão do médico, autonomia do médico. Se ele se aventurar a fazer uma proposição terapêutica sem ter todos os elementos necessários, ele será responsabilizado por isso. Não atenua a responsabilidade do médico se ele atender presencialmente ou por teleconsulta³⁷⁽¹⁾.

Considerações finais

A análise do trabalho como um fenômeno social requer cuidado. De acordo com Linhart³⁸, em consonância com Castells¹¹, Bauman⁹ e Beck¹⁰, as transformações no mundo do

trabalho, sobretudo a partir dos anos 1980 com a incorporação intensiva das TIC, obrigou a sociologia a desenvolver novas análises, já que as categorias analíticas empregadas pelo campo, até então, não mais representariam o novo contexto.

Não se fala mais de operários, mas de operadores, de pilotos de instalações, de condutores de linhas; não mais de qualificações, mas de competências, de missões, de papéis; não mais de grupos, mas de células, de unidades elementares, de zonas, de ilhas; não mais de chefes, mas de animadores; não mais de direção, mas de gestores³⁸⁽²⁵⁾.

A sociologia do marco da modernidade entendia o trabalho de forma “militante”, como um “campo de batalha com suas ofensivas e contra-ofensivas”³⁸⁽²⁴⁾, isto é, o trabalho explicado pelo conflito capital/trabalho. Os trabalhadores como classe, sobre a qual recai a exploração intensificada, mas que detém – pelo menos potencialmente – capacidade de organização coletiva (e representação sindical) e resposta (luta).

Desde que “não há mais certezas”³⁸⁽²⁴⁾, o campo da sociologia dividiu-se entre os que acreditavam que as novas transformações técnico-produtivas poderiam valorizar as subjetividades e fortalecer a autonomia do trabalhador e aqueles que entendiam que a modernização poderia ser ainda mais coercitiva, reforçando uma “pressão insuportável” e ameaçadora sobre o trabalhador. Esse dissenso decorre do fato de que a nova realidade é ambivalente e nela coexistem tendências contraditórias, havendo dois fenômenos fundamentais que caracterizam o novo mundo do trabalho como objeto de análise sociológica: a individualização e a contradição³⁸⁽²⁶⁻²⁷⁾. Pode-se dizer que a pandemia exacerbou esses dois fenômenos no contexto do salto produtivo.

Se, por um lado, o trabalho mediado por tecnologias telecomunicacionais e informacionais representa uma inovação, por outro, ele produz novos riscos. Especificamente quanto ao

trabalho por meio das plataformas e aplicativos – o exemplo mais conhecido é o da uberização, terminologia que decorre da empresa que leva este nome, a Uber –, ao incluir a dimensão do ciberespaço e da transnacionalização no mundo do trabalho, desafia a regulação estatal típica da primeira modernidade, baseada na delimitação geográfica nacional e na coletividade territorializada da mão de obra, tipicamente moderna. Desafia-se também a própria reprodução da força de trabalho, agora condicionada à “gestão da própria sobrevivência [que] passa a estar no cerne da reprodução social dos trabalhadores”³⁹⁽¹¹⁵⁻¹¹⁶⁾, incorporada e gerenciada por meio e no processo de trabalho.

No que se refere ao trabalho médico, a relação flexibilização e individualização é ainda mais complexa, visto que esse trabalho se ancora na ideia da autonomia médica, um fenômeno social segundo Donnangelo⁴⁰. Retomando a análise clássica de Foucault sobre a clínica, ela ressalta que a grande transformação desta na sociedade moderna deveu-se não apenas à incorporação técnico-científica, mas, sobretudo, à “reorientação espacial e temporal do ato médico”⁴⁰⁽³²⁾. Ou seja, houve uma estrutura histórico-social, política e econômica notadamente liberal que caracterizou a clínica: “uma ideologia do trabalho – o liberalismo médico – uma relação específica de troca desse trabalho por renda em um mercado livre”⁴⁰⁽³³⁾.

Nesse sentido, a autonomia médica – questão central no debate público sobre a terapêutica da Covid-19, por exemplo, bem como no avanço da telemedicina no contexto pandêmico – pressupõe sua herança liberal, tradicional moderna, confundindo-se, entretanto, objetivamente com a flexibilização do trabalho contemporâneo. Nesse ponto de vista, o caminho pelo atendimento da saúde no formato digital não está na origem, mas reforça o atendimento individualizado e enfraquece os preceitos da saúde em sua dimensão coletiva moderna. Os aplicativos de autodiagnóstico, por exemplo, transferem essa responsabilidade, que antes era do profissional médico, para o paciente.

Bauman⁹, Beck¹⁰ e Castells¹¹, aqui em diálogo com Donnangelo⁴⁰, evidenciam as profundas mudanças no mundo do trabalho, agora plasmadas em decorrência do evento pandêmico. Uma mudança do paradigma coletivo para o individual. Essa constatação pode ser uma das chaves para compreendermos os processos de individualização tanto no mundo do trabalho quanto no mundo social.

O exercício deste ensaio foi o de articular a ideia de salto produtivo aos processos de individualização, não apenas com relação ao mundo do trabalho, mas também à individualização social, ambos os processos estimulados

e exponenciados por um fenômeno em saúde-doença: a emergência da pandemia de Covid-19. A pandemia como fenômeno catalisador de uma profunda metamorfose do social.

Colaboradoras

Ianni AMZ (0000-0003-1366-8651)*, Costa MIS (0000-0002-9117-5089)*, Travagin LB (0000-0003-3149-8131)* e Serra IL (0000-0003-0709-5076)* participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo. ■

Referências

1. Marx K. Para uma Crítica da Economia Política. São Paulo: Global Editora; 1979.
2. Leborgne D, Lipietz A. Flexibilidade defensiva ou flexibilidade ofensiva: os desafios das novas tecnologias e da competição mundial. In: Valladares L, Preteceille E, editores. Reestruturação Urbana Tendências e Desafios. Rio de Janeiro: Editora Nobel-IUPERJ; 1990. p. 17-43.
3. Standing G. O Precariado. A nova classe perigosa. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2014.
4. Lisboa M. Entrevista. A agenda em discussão hoje é do Brasil velho. O Estado de São Paulo. 2021 ago 22. Caderno B2.
5. Kumar K. Da sociedade pós-industrial à pós-moderna. Novas teorias sobre o mundo contemporâneo. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.
6. Rosa H. Alienación y Aceleración. Hacia una teoría crítica de la temporalidade em la modernidad tardía. Buenos Aires: Katz Editores; 2016.
7. Kaufmann F. Metodologia das Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A.; 1977.
8. Severino AJ. Metodologia do Trabalho Científico. 22. ed. São Paulo: Cortez Editora; 2002.
9. Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.
10. Beck U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2011.
11. Castells M. Fim do Milênio - A era da informação: economia, sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999. (v. 3).

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Bauman Z. Modernidade e Ambivalência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1999.
13. Costa MIS, Ianni AMZ. Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica. São Bernardo do Campo: Editora UFABC; 2018. 122 p.
14. Muggah R. A pandemia vai reprogramar muitas das nossas cidades [Entrevista a Pablo Pereira]. O Estado de São Paulo. 2020 jun 14. [acesso em 2021 ago 10]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/saude,a-pandemia-vai-reprogramar-muitas-das-nossas-cidades,1100203>.
15. Media Lab Estadão. Dez anos compactados em apenas um. O Estado de São Paulo. 2020 dez 28. [acesso em 2021 ago 10]. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,dez-anos-compactados-em-apenas-um,70003564639>.
16. Jornal da USP. Pandemia altera perfil de quem trabalha em casa. Jornal da USP. 2020 jul 21. [acesso em 2021 set 6]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/ciencias/pandemia-altera-perfil-de-quem-trabalha-em-casa/>.
17. Barbosa A. As diferenças acentuadas pelo home office. O Estado de São Paulo. 2021 set 5. Caderno B7.
18. Barros JRM. O Brasil não será o mesmo depois da pandemia. O Estado de São Paulo. 2020 maio 17 [acesso em 2021 ago 10]. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,o-brasil-nao-sera-o-mesmo-depois-da-pandemia,70003305163>.
19. Butcher I. Pandemia aumenta em 40% o tempo que usuários passam em smartphones, aponta App Annie. Mobiletime. 2020. [acesso em 2021 set 6]. Disponível em: <https://www.mobiletime.com.br/noticias/09/07/2020/app-annie-usuarios-ficam-40-mais-tempo-em-aplicativos-na-pandemia/>.
20. Junior F. Delivery transformou tendência em necessidade e continua em crescimento. Jornal da USP. 2021 mar 10. [acesso em 2021 set 6]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/delivery-transformou-tendencia-em-necessidade-e-continua-em-crescimento>.
21. Tomazelli I. Trabalhador enfrenta fila de espera para se tornar entregador em aplicativos. O Estado de São Paulo. 2020 jul 20. Caderno B1.
22. Proxima. Brasileiros adotam de vez os apps durante isolamento social. Proxima. 2020 jun 2. [acesso em 2021 set 5]. Disponível em: <https://www.proxima.com.br/home/proxima/how-to/2020/06/02/brasileiros-adotam-de-vez-os-apps-durante-isolamento-social.html>.
23. Central Press. Uso de aplicativos cresce durante pandemia. Notícias Central Press. 2020 dez 17. [acesso em 2021 set 5]. Disponível em: <https://www.centralpress.com.br/uso-de-aplicativos-cresce-durante-pandemia/>.
24. Jankavski A. Coworkings apostam em bairros fora do centro. O Estado de São Paulo. 2021 jul 4. Caderno B4.
25. G1. Produtividade, conexão, flexibilidade: pesquisa aponta os principais desafios do home office após um ano de pandemia. G1 Economia. 2021 abr 2. [acesso em 2021 jul 7]. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/noticia/2021/04/02/produtividade-conexao-flexibilidade-pesquisa-apon-ta-os-principais-desafios-do-home-office-apos-um-ano-de-pandemia.ghtml>.
26. O Estado de São Paulo. Poucas empresas bancam custos extra com internet e luz. O Estado de São Paulo. 2021 set 5. Caderno B1.
27. Lufkin B. Por que tantos chefes favorecem “presença” em vez de produtividade. BBC News Brasil. 2021 jun 21. [acesso em 2021 jul 6]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/vert-cap-57500977>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública

- de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União. 23 Mar 2020.
29. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Diário Oficial da União. 16 Abr 2020.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). 2011. [acesso em 2021 ago 10]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html.
 31. Haddad AE, Temporão JG. Telemedicina e telessaúde: uma história de sucesso no SUS. Folha de São Paulo. 2021 ago 24. [acesso em 2021 ago 24]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2021/08/telemedicina-e-telessaude-uma-historia-de-sucesso-no-sus.shtml>.
 32. Exame. Telemedicina vai beneficiar indígenas de 31 aldeias na Amazônia. Exame. 2021 ago 21. [acesso em 2021 ago 24]. Disponível em: <https://exame.com/bussola/telemedicina-vai-beneficiar-indigenas-de-31-aldeias-na-amazonia/>.
 33. Celuppi IC, Lima GS, Rossi E, et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. Cad. Saúde Pública. 2021; 37(3):e00243220.
 34. Wells A. Pesquisa aponta que 2,5 milhões de teleconsultas foram realizadas na pandemia. CNN Brasil. 2021 jun 7. [acesso em 2021 jul 6]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/pesquisa-aponta-que-2-5-milhoes-de-teleconsultas-foram-realizadas-na-pandemia/>.
 35. Cambricoli F. Cresce serviço com consultas virtuais. O Estado de São Paulo. 2020 jul 20. Caderno A24.
 36. Costa JAF, Sola F, Garcia MAF. Telemedicina e uberiização da saúde: médicos operários ou consumidores? Cad Ibero-Americanos Direito Sanit. 2020; 9(3):72-88.
 37. Collucci C. Uso de telemedicina cresce na pandemia, mas regulação enfrenta embates médicos. Folha de São Paulo. 2021 jul 8. [acesso em 2021 ago 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrio-e-saude/2021/07/uso-de-telemedicina-cresce-na-pandemia-mas-regulacao-enfrenta-embates-medicos.shtml>.
 38. Linhart D. O indivíduo no centro da modernização das empresas: um reconhecimento esperado, mas perigoso. Trab Educ. 2000; 7(0):24-36.
 39. Abílio LC. Uberização: a era do trabalhador just-in-time? Estud Avançados. 2020; 34(98):111-26.
 40. Donnangelo MCF. Saúde e Sociedade. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2011.

Recebido em 13/09/2021

Aprovado em 06/04/2022

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 140564/2019-5, bolsa Doutorado/Quota institucional

As medidas de obrigatoriedade da vacina contra a Covid-19 no Brasil são razoáveis e proporcionais?

Are the measures to make COVID-19 vaccine mandatory in Brazil reasonable and proportionate?

Maria Célia Delduque¹, Sandra Mara Campos Alves², Maria Inez Montagner¹, Miguel Ângelo Montagner¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213420

RESUMO Trata-se de um ensaio baseado em decisão judicial do Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina, que desobrigou à vacinação uma professora municipal do estado. A liminar, em Mandado de Segurança, foi cassada por meio de um agravo de instrumento de autoria do Ministério Público. Neste ensaio, são discutidos os fundamentos do julgador para a concessão da liminar e os argumentos apresentados pelo apelante, enquanto faz-se uma análise do ponto de vista da saúde coletiva e do direito sanitário, à luz da decisão do Supremo Tribunal Federal sobre a razoabilidade e proporcionalidade da vacina obrigatória.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Vacinação obrigatória. Direito à saúde.

ABSTRACT *This is an essay based on a court decision handed down by the Court of Justice of the State of Santa Catarina, Brazil, that released a municipal teacher from vaccination. The injunction in a writ of mandamus was overturned at the higher court through an interlocutory appeal authored by the State Prosecutor's Office. This essay discusses the grounds listed by the judge for granting the injunction and the arguments presented by the appellant, while making an analysis from the point of view of public health and health law, in the light of the decision of the Supreme Court on reasonableness and proportionality of the mandatory vaccine.*

KEYWORDS COVID-19. Obligatory vaccination. Right to health.

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
mcdelduque@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Direito Sanitário - Brasília (DF), Brasil.



A CRISE SANITÁRIA ADVINDA com a pandemia da Covid-19 reacendeu discussões sobre a limitação de direitos e liberdades individuais em nome da proteção da saúde coletiva. Entre esses temas, tem-se o da vacinação obrigatória.

Recentemente, veio a público uma liminar em Mandado de Segurança sobre a desoneração de vacinação contra a Covid-19 a uma professora, em face da Secretaria Municipal de Educação de Gaspar, em Santa Catarina, que, por meio do Decreto Municipal nº 10.096/2021, tornou obrigatória a vacinação de todos os trabalhadores da educação.

Segundo dados extraídos da decisão liminar, em Mandado de Segurança nº 5005078-302021.8.24.0025/SC, alegou a impetrante que possuía imunidade contra o Sars-CoV-2, comprovada pelo exame ImunoScov19 – que aponta anticorpos contra a Proteína S IGg: 225 U IB-BR –, com resposta imune de 100%.

Em seus argumentos, o magistrado expõe que a obrigatoriedade da vacinação é inconstitucional, visto tratar-se de insumo que ainda se encontra em fase experimental e que não possui registro definitivo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), conforme RDC nº 475/2021. Alega, igualmente, ausência de evidências científicas concretas e de pesquisas sobre a segurança e efetividade das vacinas contra a Covid-19, tendo se reportado ao sítio ClinicalTrials.gov, banco de dados mantido pela Biblioteca de Medicina dos Estados Unidos da América, que registra todas as pesquisas privadas e públicas no segmento, no mundo.

Argui, para a concessão da liminar, sobre o Código de Ética Médica¹, em seu capítulo I, destinado aos princípios fundamentais, que dispõe que:

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

E cita, ainda, o art. 24 do mesmo dispositivo, que dispõe que

Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo¹.

Para recheiar ainda mais os seus argumentos, elenca o art. 15 do Código Civil brasileiro, que define que “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”¹.

Em sua decisão, o julgador lembra que o Supremo Tribunal Federal (STF), em sede de Ações Diretas de Inconstitucionalidade da Lei federal nº 13.979/2020², definiu a compulsoriedade da vacinação, conquanto que as medidas de obrigatoriedade sejam indiretas, razoáveis e proporcionais.

E, para finalizar seus argumentos, traz à decisão o consagrado Princípio da Precaução, que dispõe que na ausência de certeza científica formal, a existência de um risco de dano requer a implementação de medidas que possam prevenir esse dano.

Tão logo publicada a liminar em Diário de Justiça, o Ministério Público do Estado de Santa Catarina apresentou agravo de instrumento, contrariando os argumentos da liminar concedida, discorrendo, embora sem corroborar os dados científicos, que os riscos inerentes à vacina são inferiores aos danos provocados pela circulação desordenada do vírus. Aduz, ainda, que a professora, ao recusar a vacina, colocaria em risco de exposição as crianças, os adolescentes e demais funcionários do sistema de educação do município, além de comprometer a estratégia do estado de Santa Catarina e seus municípios no tocante ao retorno às aulas presenciais.

A liminar foi, então, reformada pelo Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina (TJSC), que anuiu com os argumentos do Ministério Público do estado.

A obrigatoriedade da vacinação contra a Covid-19 vem ocupando os espaços de debate

dos sistemas político-sanitários e do sistema jurídico, não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Contudo, a discussão de fundo é ainda mais remota.

A primeira vacina foi desenvolvida em 1796, pelo médico inglês Edward Jenner, para combater a varíola, que, à época, era considerada um dos maiores flagelos de saúde. E, ao ser adotada como medida de saúde obrigatória para o controle da doença, gerou reação contrária da população³.

Talvez o marco jurídico inaugural da obrigatoriedade da vacinação no Brasil tenha sido a Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904⁴, ocasião em que Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor Geral de Saúde Pública, no governo de Rodrigues Alves, cargo que se assemelharia ao de Ministro da Saúde nos dias de hoje. A referida lei condicionava a celebração de casamentos, matrículas em escolas e até a formalização de contratos de trabalho apenas àqueles que comprovassem a respectiva vacinação.

Observa-se, portanto, que a carteira de vacinação era uma espécie de passaporte para a prática de atos da vida civil, assemelhando-se aos passaportes vacinais adotados recentemente por alguns estados brasileiros – São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul – para permitir o ingresso de pessoas em determinados recintos. Ou seja, aplicava-se sanção indireta como forma de adesão ao processo vacinal.

Essa medida extrema foi justificada pela resistência da população em aderir ao processo vacinal de forma voluntária. A rejeição era justificada, em parte, por *fake news* que afirmavam que as pessoas vacinadas para varíola teriam suas feições transformadas, assemelhando-se aos bovinos. Tal fato se daria por ser o imunizante produzido a partir de material coletado das pústulas desses animais.

O fato é que a vacinação compulsória no início do século XX desencadeou uma revolta popular, possivelmente liderada pela Liga Contra a Vacinação Obrigatória, que tornou as ruas do Rio de Janeiro um campo de guerra. Depois de 945 prisões, 461 deportados, 110 feridos e 30 mortos⁵, em duas semanas de

conflitos, o Presidente Rodrigues Alves se viu obrigado a desistir da vacinação obrigatória.

Uma decisão de governo autoritária e desastrosa, que, mesmo sendo eficaz, do ponto de vista sanitário, fez nascer no povo, já oprimido e ameaçado pela medicina oficial, a repulsa à tirania científica, marcada por uma série de medidas coercitivas contra as liberdades dos civis. Em resumo, a revolta se deu porque as pessoas não aceitavam ver suas casas invadidas e terem que tomar uma injeção contra sua vontade. Lamentavelmente, após a tentativa de tornar a vacina obrigatória, os índices de vacinação contra a varíola despencaram⁵, dando ensejo ao aumento abrupto da doença.

A vacinação é considerada como uma das políticas de saúde pública mais efetivas e de menor custo-benefício, utilizada no controle e na prevenção de doenças. Mas é, também, considerada uma das técnicas biomédicas mais polêmicas e controversas, especialmente quando a vacinação é utilizada de forma compulsória em toda a população, até porque as vacinas não são totalmente seguras e eficazes⁶. Mas, sem sombra de dúvidas, a vacinação elimina ou reduz drasticamente o risco de adoecimento ou de manifestações graves, que podem levar à internação e até mesmo ao óbito.

Segundo Iriart⁷, a opção pela não vacinação de alguns adultos tem despertado o interesse daqueles que estudam os fenômenos das ciências sociais. A decisão de vacinar ou não expõe a tensão entre o individual e o coletivo e demonstra a erosão da confiança das pessoas nas ações sanitárias promovidas pelo Poder Público, associadas ao sentimento de ganância que move a indústria farmacêutica. Talvez por isso é que a obrigatoriedade da vacinação, por si só, já produza um efeito contrário à intenção de vacinação em massa. Medidas forçadas despertam desconfiança e rejeição nos indivíduos. Há os que apostam na conscientização popular sobre a importância da vacina, muito mais eficaz que a imposição arbitrária.

Do ponto de vista jurídico, vacinar é parte do entendimento do direito à saúde implícito na tríade desenhada na Constituição Federal⁸,

em seu art. 196: promoção, proteção e recuperação da saúde.

Fica claro, a partir da análise da geração dos direitos fundamentais⁹, que a saúde é um direito pertencente a todas as gerações. Sua dimensão é transversal às sucessivas gerações dos direitos, porque não há como subtrair desses direitos fundamentais o elemento saúde, sendo a saúde um direito relacionado diretamente à vida.

A Constituição brasileira de 1988⁸ elencou os direitos fundamentais de segunda geração, estando a saúde incluída em seu art. 6º, mas não descuidou de sua dimensão individual entre outros artigos correspondentes. Sendo assim, não pairam dúvidas de que a saúde é um direito fundamental de primeira, segunda, terceira e quarta geração, direito esse que deve receber do Estado uma atuação positiva para que seja plenamente usufruído pelos cidadãos. Está configurado na Constituição de 1988⁸ como um princípio, significando que não pode ser aplicado na forma do ‘tudo ou nada’, mas na maior medida possível, desde que não suplantado pelos pressupostos fáticos e jurídicos de outros princípios fundamentais.

O art. 196 prescreve que essas dimensões do direito à saúde, em conjunto ou isoladamente, deverão ser alcançadas pelo acesso a ações e a serviços de saúde que devem ser prestados pelo Estado na adoção de políticas públicas sociais e econômicas.

É interessante que, apesar de o tema da promoção da saúde ser bastante prolífico em reflexões e trabalhos acadêmico-intelectuais, podendo-se dizer o mesmo da assistência à saúde, são mais escassas as referências à proteção *stricto sensu* da saúde, e isso não é coerente com a relevância que o legislador lhe conferiu no texto constitucional.

Por que o legislador constituinte, em um rol de palavras, empregaria esse conjunto de expressões, como no art. 196, *in fine* – a promoção, proteção e recuperação da saúde –, se não houvesse um sentido próprio para cada uma delas? Teriam tais palavras um sentido jurídico-sanitário?

Em uma análise de mérito, há de se concluir que, sem um conjunto articulado de políticas e ações, impossível será a fruição do direito fundamental, posto que esses elementos são essenciais e complementarmente constitutivos do direito fundamental social à saúde. Além disso, considere-se o princípio basilar da hermenêutica jurídica segundo o qual a lei não contém palavras inúteis: *verba cum effectu sunt accipienda*. Ou seja, as palavras devem ser compreendidas como tendo alguma eficácia. Não se presumem, na lei, palavras inúteis. E se não há inutilidade nas palavras da lei, pergunta-se sobre o conteúdo das expressões inscritas na Constituição Federal de 1988, em especial, no que se refere à proteção da saúde.

Pontes e Schramm¹⁰ advertem que o princípio da proteção é um resgate do papel protetor do Estado, considerado como fundamento da atuação do *Welfare State* contemporâneo. Essa afirmação é verdadeira, especialmente no que se refere à saúde. O Estado exerceu e consolidou, durante os séculos XVIII e XIX, o papel de garantidor dos direitos individuais, definindo-se, assim, um primeiro nível de proteção. A saúde pública surge como assunto do Estado nesse período, “controlando epidemias e influenciando decisivamente na reforma sanitária dos ambientes urbanos e de trabalho”¹⁰, introduzindo outro nível no âmbito do princípio da proteção: o coletivo.

O princípio da proteção assim posto confunde-se com o dever de proteger do Estado (ou não deixar um direito ser violado), que, aplicado à saúde, garante um direito fundamental aos indivíduos e à coletividade, valendo-se de todo o seu aparato institucional.

A proteção da saúde, portanto, é um dever do Estado – e um direito fundamental –, que, por intermédio de ações e serviços prestados, contribui para garantir a fruição da plena saúde. Nessa dimensão, as ações de vacinação em massa concorrem para a garantia do direito à saúde, constituindo-se, elas mesmas, em verdadeiro princípio de proteção da saúde.

Há, portanto, um conteúdo jurídico-sanitário na expressão ‘proteção da saúde’ inscrita

na Constituição, que abriga ações e serviços que dão materialidade e constituem um princípio de proteção que deve ser realizado na maior medida possível. Assim, os serviços e ações que visam a proteger a saúde – princípio da proteção – devem ser interpretados como direito fundamental, sendo de observação obrigatória para a formulação e execução de políticas públicas, para a orientação do arcabouço legislativo, inclusive infralegal, e a decisão judicial.

O Brasil, desde 1973, instituiu o seu Programa Nacional de Imunização (PNI), em momento, portanto, anterior mesmo ao reconhecimento da saúde como direito humano social e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1975, a Lei nº 6.259¹¹ veio dispor sobre a competência do Ministério da Saúde para estabelecer a vacinação de caráter obrigatório, a ser praticada de forma sistemática e gratuita. Como medida indireta, a lei condiciona o pagamento do salário-família à comprovação do recebimento das vacinas obrigatórias pelos beneficiários.

Ao longo dos anos, o PNI atuou fortemente com estratégias de campanhas vacinais, enfrentando as epidemias de meningite, em 1974, e de poliomielite, em 1980¹².

Com o crescimento da campanha de vacinação contra a Covid-19, apoiada no arcabouço jurídico-normativo já existente no País, acrescido da recente Lei nº 13.979 de 2020² – de iniciativa do Poder Executivo e aprovada pelo Congresso Nacional, em regime de urgência, por ocasião da crise sanitária –, o caráter obrigatório da vacinação foi reforçado, sendo sempre uma previsão *ex vi legis*, ou seja, decorrente da lei.

Desde então, assistem-se a decisões judiciais que alcançam a desobrigação da vacinação, embora a realidade vacinal do País apresente melhores índices que as campanhas norte-americanas, onde o movimento antivacina é muito forte¹³.

O STF, em sede de análise sobre a constitucionalidade de dispositivos da Lei nº 13.979, de 2020², que tratavam da vacinação compulsória

como medida de enfrentamento à emergência de Covid-19, posicionou-se no sentido de estabelecer a diferenciação entre vacinação compulsória e vacinação forçada, sendo o consentimento o grau de diferenciação entre elas.

Contudo, o Tribunal também reconheceu a possibilidade de utilização de medidas indiretas voltadas a incentivar a adesão da população, desde que prevista em lei ou dela decorrentes, justificando as possíveis restrições à autonomia individual, no dever do Estado de conferir concretude ao disposto no art. 196 da Carta Magna⁸. Dever esse que é irrenunciável.

O Ministro do STF, Luís Roberto Barroso¹⁴, em seu voto na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 6.586, esclarece bem esses limites

[...] a expressão 'vacinação obrigatória' não significa que alguém poderá ser imunizado à força, com violência física, ou qualquer outro tipo de coação.

O que decorre do caráter obrigatório da vacinação é ela ser exigida como condição para a prática de certos atos, como a matrícula de uma criança numa escola, pública ou privada, ou como condição para a percepção de benefícios, como é o caso do próprio Bolsa Família, ou também permite que sejam aplicadas as penalidades em caso de descumprimento. Como regra geral, o Direito não admite que as obrigações de fazer sejam cumpridas à força – *manu militari* – pelo Poder Público.

Do ponto de vista do direito sanitário, não resta dúvida de que a vacinação se constitui como uma importante medida de natureza preventiva voltada a garantir o direito à saúde, notadamente, na esfera coletiva. Ademais, é menos restritiva de direitos que outras ações, como o isolamento forçado e/ou políticas de *lockdown*. Nesse contexto é que se justifica a adoção da vacinação obrigatória, onde a sobreposição da vontade do Estado sobre direitos e liberdades individuais tem como escopo proteger o direito da coletividade.

Destaque-se, ainda, que a eficácia da medida está diretamente condicionada à imunização de uma grande quantidade de pessoas, capaz de gerar um escudo de segurança suficiente a reduzir o risco de novas contaminações e propagação da doença com novos surtos.

Em outro giro, a omissão do Estado no enfrentamento de crises sanitárias, como a da pandemia de Covid-19, seria muito mais danosa que a adoção da vacinação compulsória. O que precisa ser observado, quando da adoção dessa importante medida preventiva, são as evidências científicas e informações estratégicas, aliadas ao respeito à dignidade humana. Por isso mesmo, rechaçam-se as medidas coativas.

Portanto, no âmbito do direito sanitário, não é incomum essa tensão entre o individual e o coletivo, já que o Estado tem o dever de atuar para proteger e resguardar o direito à saúde, constitucionalmente reconhecido, e, ao mesmo tempo, deve respeitar os direitos e as liberdades individuais também abrigados na Carta Magna. Por isso mesmo, essa atuação deve ser pautada em critérios de razoabilidade e proporcionalidade.

O princípio da proporcionalidade¹⁵, largamente utilizado para a proteção de direitos fundamentais, nos âmbitos nacional e internacional, considera a existência de relação equilibrada entre meios e fins, ou seja, a intervenção adotada deve ser confrontada com a finalidade que se pretende, de modo a evitar excessos. Esse balizamento pode ser observado a partir da avaliação de três elementos ou subprincípios que o informam: i) pertinência; ii) necessidade; e iii) proporcionalidade em sentido estrito.

A pertinência significa a adequação em si da medida eleita para o fim que se pretende alcançar. A necessidade, por sua vez, determina os limites da medida tomada, que devem ser aqueles estritamente necessários ao alcance da finalidade pretendida. Ou seja, entre as várias

medidas disponíveis, elege-se a mais suave e menos nociva aos interesses dos indivíduos.

Por fim, a proporcionalidade em sentido estrito, que estabelece a própria condição de legalidade do ato, pois repele aqueles que são desproporcionais.

No caso em análise, a aplicação do princípio da proporcionalidade e seus subprincípios permite extrair a conclusão de que a adoção da vacinação obrigatória enquanto medida de combate ao coronavírus atende aos parâmetros de razoabilidade e proporcionalidade necessários ao enfrentamento de crise sanitária de tal magnitude.

Com o avanço massivo da vacinação gratuita em todas as unidades da federação, observa-se a queda nos índices de casos novos e número de óbitos¹⁶. Esse panorama, por sua vez, também permitiu o desafogamento dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de hospitais públicos e privados, além da retomada de outras ações e serviços de saúde que foram impactados pelo coronavírus.

Apesar de a obrigatoriedade da vacinação interferir diretamente no campo de escolhas individuais, os resultados alcançados, especialmente diante de um contexto de grave crise sanitária, revestem-se claramente de razoabilidade e proporcionalidade entre meios e fins.

Assim, a proteção e a segurança da saúde individual e coletiva, por meio da vacinação obrigatória, são a expressão da ação estatal voltada a garantir e promover o direito à saúde.

Colaboradores

Delduque MC (0000-0002-5351-3534)*, Alves SMC (0000-0001-6171-4558)*, Montagner MI (0000-0003-0871-7826)* e Montagner MA (0000-0001-9901-0871)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1931, de 17 de setembro de 2009. Institui o Código de Ética Médica. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>.
2. Brasil. Lei Federal nº 13.979, de 13 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/about/submissions>.
3. Pinto Jr VL. Anti-vacinação, um movimento com várias faces e consequências. *Cad. Ibero-Am. Direito Sanit.* 2019; 8(2):116-122.
4. Brasil. Lei nº 1.261, de 31 de outubro de 1904. Torna obrigatórias, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html>.
5. Benchimol JL, coordenador. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Bio-Manguinhos; 2001.
6. Lessa SC, Schramm FR. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(1):115-124.
7. Iriart JAB. Autonomia individual vs. proteção coletiva: a não-vacinação infantil entre camadas de maior renda/escolaridade como desafio para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(2).
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 2022.
9. Bobbio NA. A Era dos Direitos. São Paulo: Editora Gen. LTC; 2004.
10. Pontes CAA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cad. Saúde Pública.* 2004 [acesso em 2022 ago 2]; 20(5):1319-1327. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Z7TbPS3dZncsdVsSrmVpYzv/?lang=pt>.
11. Brasil. Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm.
12. Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist. Ciênc. Saúde Mang.* 2003; 10(supl2):601-17.
13. Macaray M. People making decisions about their health deserve honesty from their leaders. *Washington Post.* 2021 set 15. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/09/15/natural-immunity-vaccine-mandate/>.
14. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI nº 6.586. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6033038>.
15. Bonavides P. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Malheiros; 2013.
16. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário. 2021 out 6. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-outubro-06.pdf.

Recebido em 22/02/2022

Aprovado em 12/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Sindemia: tautologia e dicotomia em um novo-velho conceito

Syndemic: tautology and dichotomy in a new-old concept

Diego de Oliveira Souza¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213421

RESUMO No bojo da mais grave pandemia em décadas, o termo ‘sindemia’ ressurgiu como uma alternativa para melhor denominar o caráter assumido pela Covid-19. Os autores que defendem esse conceito argumentam que ele confere maior amplitude analítica, o que permite apreender as interações sinérgicas entre doenças e as suas origens sociais. O objetivo deste ensaio consistiu em analisar esse conceito à luz do materialismo histórico-dialético. Para tal, dialoga-se, sobretudo, com a corrente da saúde coletiva que se desenvolveu sob influência do marxismo. Assim, a categoria determinação social do processo saúde-doença é chamada ao debate quando se revela a sua maior amplitude ante o conceito de sindemia. Constatou-se que o conceito ora em análise é tautológico e reproduz velhas dicotomias do modelo biomédico, mesmo querendo criticá-lo.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Processo saúde-doença. Pandemias. Sindemia.

ABSTRACT *In the wake of the decade's most severe pandemic, the term 'syndemic' reemerged as an alternative to better designate the nature assumed by COVID-19. The authors who advocate for this concept argue that it gives greater analytical breadth, which allows an understanding of the synergistic interactions between diseases and their social origins. This essay aims to analyze this concept in the light of historical-dialectical materialism. In particular, it dialogues with the Collective Health current developed under the influence of Marxism. Thus, the category of social determination of the health-disease process is called to the debate when its greater breadth is revealed before the syndemic concept. We found that the concept under analysis is tautological and reproduces old dichotomies of the biomedical model while criticizing it.*

KEYWORDS COVID-19. Health-disease process. Pandemics. Syndemic.

¹Universidade Federal de Alagoas (Ufal) – Arapiraca (AL), Brasil.
enf_ufal_diego@hotmail.com



Prólogo de uma reflexão

Os termos epidemia e pandemia são insuficientes para explicar a interação que certas doenças estabelecem na sociedade? Esses termos dão conta de apreender o caráter interativo dos vários eventos de saúde, a exemplo do acúmulo da carga de doenças, com os fatores sociais, políticos, econômicos etc.? O termo sindemia é, então, uma alternativa mais adequada? Casos como o da Covid-19 não são, portanto, uma pandemia e, sim, uma sindemia?

Diante dessas questões, este ensaio possui o objetivo de analisar o conceito de sindemia, submetendo-o ao crivo teórico do materialismo histórico-dialético e, desse modo, confrontando-o com o universo categorial e conceitual da saúde coletiva. Com isso, buscamos pôr à prova a pertinência desse conceito diante de conceitos já utilizados. É ocioso dizer que, enquanto ensaio, trata-se de uma reflexão teórica preliminar, não exaustiva, mas que mantém o rigor no que diz respeito a ideias, categorias, conceitos e bibliografia evocados no debate.

Antes de seguirmos à análise, é preciso deixar claro em que consiste o conceito de sindemia. Introduzido no debate da saúde pública, na década de 1990, pelo antropólogo médico Merrill Singer, o conceito buscou atingir uma dimensão analítica mais ampla da epidemia de HIV/Aids que assolava os Estados Unidos da América (EUA) desde a década de 1980, até então negligenciada pela saúde pública hegemônica, porque centrada na ideia preconceituosa de grupos de riscos ou apenas em aspectos biológicos.

A discussão veio a público pela primeira vez, de forma mais sistematizada, no artigo 'Aids and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology'¹, no qual Singer, de forma acertada, identifica que a epidemia de HIV/Aids se mostrava uma crise sanitária que não poderia ser explicada pelo velho viés biologicista da saúde pública. O debate sobre as características do vírus e o que ele provoca no organismo humano era e é imprescindível, mas insuficiente. Para o

autor¹, insuficientes também eram as formas de descrever e enfrentar a crise no âmbito populacional, pois as noções de endemia, epidemia e pandemia (que também estavam sendo aplicadas para o caso do HIV/Aids) não implicavam o instrumental necessário para alcançar a efetiva dinâmica social da crise.

Essa dinâmica peculiar, consoante Singer¹, soergue-se da interação sinérgica que o HIV/Aids estabelece com os vários elementos do caos de algumas cidades dos EUA. Essa interação está marcada por um mosaico de condições endêmicas já estabelecidas, desde doenças até um amplo conjunto de questões político-econômicas e fatores sociais, incluindo desemprego, pobreza, problemas habitacionais, desnutrição, problemas ambientais e de mobilidade, falta de acesso a serviços de saúde, uso de álcool e drogas, além de outros problemas ligados à juventude¹.

O autor¹ exemplifica como pode ocorrer o comportamento sindêmico do HIV/Aids: a pobreza predispõe à desnutrição; esta, por sua vez, pode se associar ao estresse crônico e a doenças previamente estabelecidas, comprometendo o sistema imunológico. Some-se a isso uma série de fatores socioeconômicos que aumentam a probabilidade de abuso de drogas e exposição ao HIV. Substâncias de abuso contribuem para o aumento do risco de exposição à Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que podem, por sua vez, ser um cofator de infecção pelo HIV. Desenvolvendo-se a Aids, danifica-se ainda mais o sistema imunológico, aumentando a suscetibilidade a doenças oportunistas, como a tuberculose, com maiores chances de óbito.

Constitui-se uma dinâmica interativa que, ainda segundo Singer¹, escapa aos conceitos de endemia, epidemia e pandemia. O autor¹, então, argumenta que inaugura uma nova perspectiva epidemiológica, capaz de chegar ao âmago das doenças e condições sociais que constituem as sindemias no interior das cidades.

Recentemente, com o caso da pandemia de Covid-19, diversos autores²⁻⁶ lançaram mão desse conceito na tentativa de realizar uma

abordagem mais ampla da crise sanitária. Estabelecemos um diálogo crítico com esses autores, inclusive Singer¹, exibido em mais três seções. Na primeira, apresentamos uma breve descrição do debate sobre o suposto caráter sindêmico da Covid-19. Na segunda, argumentamos que esse entendimento é uma tautologia. Na última seção, demonstramos seu caráter dicotômico. Para tal, nas últimas duas seções, trazemos à tona a perspectiva da determinação social da saúde (ou determinação social do processo saúde-doença), construída pela saúde coletiva em diálogo com as ciências sociais e humanas, em especial, com o materialismo histórico-dialético⁷.

Covid-19: pandemia ou sindemia?

Certamente, após a discussão inicial desenvolvida no contexto da epidemia de HIV/Aids, o momento de maior visibilidade do conceito de sindemia ocorreu em face da pandemia de Covid-19. Foi Horton² quem reacendeu o debate por meio de um comentário publicado na revista ‘The Lancet’, no qual defende que a Covid-19 não se constituiu como uma pandemia, mas como uma sindemia. Para o autor², há duas categorias diferentes de doenças interagindo dentro de populações específicas: de um lado, a Covid-19 de natureza infecciosa e, de outro, as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) que predis põem os indivíduos às formas graves de Covid-19 ou que se agravam por causa dela.

Horton² prossegue destacando que essas condições estão se acumulando dentro de grupos sociais, provocando um aumento da carga de doenças determinadas pelos padrões de desigualdade previamente estabelecidos na sociedade. Isto é, a agregação dessas doenças sobre um fundo de disparidades sociais e econômicas exacerbam os efeitos adversos de cada doença isoladamente. Devido a isso, o autor² é taxativo ao dizer que a Covid-19 não é uma pandemia e, sim, uma sindemia.

O comentário de Horton² repercutiu no debate acadêmico, passando a fundamentar algumas análises e reflexões. Vale a pena destacar a ponderação de Mendenhall³ que, mesmo reconhecendo a pertinência do debate de Horton², faz algumas ressalvas, porquanto argumenta que não se pode considerar a Covid-19 como sendo sindêmica em qualquer país. Para esse autor³, de fato, a Covid-19 é uma sindemia no contexto analisado por Horton², considerando as condições sociais dos EUA e as fragilidades das medidas de enfrentamento da doença adotadas pelo governo daquele país. Contudo, em países com outras condições sociais e que tiveram medidas mais rígidas de combate à Covid-19, obtendo êxito no controle da crise sanitária, não se pode falar em sindemia.

Mendenhall³ cita o exemplo da Nova Zelândia, onde os números de casos e óbitos foram controlados de forma rápida com medidas rígidas de isolamento social que, combinadas a um contexto de substantiva proteção social (incluída a saúde), resultaram em um cenário sanitário e social mais ameno do que a maioria dos países. A África Subsaariana também é citada como exemplo, pois a Covid-19, similarmente, mostrou-se, à época, com números mais brandos nessa região, creditados às medidas sociais e sanitárias adotadas localmente, mais efetivas do que em outros países, até mesmo de capitalismo avançado, como EUA e Reino Unido. Por esse motivo, Mendenhall³ argumenta que a Covid-19 não é uma sindemia global, mas apenas se revela assim em alguns países, naqueles nos quais o contexto social, cultural, político e econômico resultou em medidas ineficazes de enfrentamento da doença, atuando negativa e reciprocamente com ela.

Outros autores procuraram fortalecer o entendimento da Covid-19 como sindemia, buscando evidências. Para Fronteira et al.⁴, três dimensões definem o *status* de sindemia: a concentração de doenças; a interação entre as doenças; e as forças sociais em larga escala que as originam. A partir disso, esses autores⁴ investigaram se

essas dimensões estão presentes no contexto da Covid-19, chegando à conclusão de que, realmente, trata-se de uma sindemia.

Com efeito, Fronteira et al.⁴ destacam que a Covid-19 tem provocado uma carga maior de doenças em vários países, a exemplo daqueles que enfrentam epidemias sazonais de dengue ou que possuem altos indicadores de Dant. A sobreposição entre as doenças faz com que, por exemplo, a dengue seja negligenciada, o que pode produzir um número maior de casos e óbitos por essa doença. Apontam, ainda, a influência que o medo em se infectar tem exercido na saúde mental ou na diminuição da procura por assistência de saúde para outros problemas, agravando-os. Outras situações sinérgicas são exemplificadas por meio da relação entre isolamento social e violência doméstica, ou, ainda, entre a infodemia (a propagação exacerbada de desinformação) e o número de casos e óbitos de Covid-19⁴.

Outra forma por meio da qual se buscou evidenciar a existência do caráter sindêmico foi pela investigação de casos particulares. Para Ribeiro et al.⁵, o caso de Manaus, Brasil, revela a sinergia entre condições sanitárias precárias preexistentes, relaxamento do isolamento social, novas variantes do Sars-CoV-2 e ausência de medidas de enfrentamento que deveriam ter sido tomadas no curso do que eles chamam de sindemia. Esses autores⁵ comparam o caso da Covid-19 em Manaus com a 'gripe espanhola' provocada pelo H1N1 em 1918, quando condições semelhantes interagiram para provocar um cenário crítico, inclusive com uma segunda onda ainda mais letal. Com isso, analogamente, a análise também pode retroagir, no sentido de classificar essa gripe, naquela ocasião, como sindêmica.

O tipo de interação analisada por Cunha et al.⁶ é mais específica, pois se dirige à interferência da Covid-19 nos serviços de atendimento odontológico, no Brasil. Os autores⁶ argumentam que o número de atendimentos básicos e especializados caíram mais de 40% em 2020 quando comparado a 2019. Os atendimentos não urgentes foram reduzidos em

mais de 90%, sob efeitos das medidas de isolamento social. Assim, criou-se uma dinâmica prejudicial ao âmbito odontológico capaz de gerar uma carga de problemas de saúde bucal que se somam à Covid-19.

Convém destacar que, considerando os dois estudos mais específicos, tanto Ribeiro et al.⁵ quanto Cunha et al.⁶ não colocam pandemia e sindemia como condições excludentes uma da outra. Em diversos momentos da investigação, reconhecem que existe uma pandemia; porém, destacam a dinâmica de interação entre o panorama social, doenças preexistentes e a Covid-19, destacando uma espécie de caráter sindêmico contido na pandemia. Esse entendimento se distingue da reflexão de Horton², para quem não há uma pandemia, mas apenas uma sindemia; ou do argumento de Mendenhall³, que corrobora o pensamento de Horton² sobre a existência de uma sindemia de Covid-19, todavia, salientando que ela não possui caráter global.

Em comum a todos esses autores, há o fato de eles se proporem a entender a Covid-19 para além do vírus ou de seus aspectos biológicos. Ao incorporarem o conceito de sindemia, revelam a preocupação com as origens sociais das doenças e como, ao mesmo tempo, elas criam outras contingências sociais. Sem dúvida, essa preocupação é legítima e contribui para a ampliação das perspectivas de enfrentamento. Contudo, questionamos se, realmente, é necessário um novo conceito para tal ampliação ou se a elaboração/aplicação desse conceito cai em uma redundância em face de um entendimento amplo de saúde outrora instituído. Sobre isso, versamos na seção seguinte.

A tautológica invenção do velho ou a reinvenção do novo

O cerne do conceito ora em análise, supostamente novo, está no entendimento da dinâmica social (sinérgica) que as doenças assumem no interior das populações específicas¹. Ao

trazer esse conceito para explicar a Covid-19, Horton² não deixa dúvidas: a consequência mais importante em entender essa doença como uma sindemia é para apreender as suas origens sociais, bem como o pouco alcance que medidas puramente biomédicas possuem ante grupos mais vulneráveis, a exemplo dos idosos, negros e minorias étnicas, bem como perante a situação dos trabalhadores essenciais, comumente mal remunerados e precarizados².

Fronteira et al.⁴ corroboram a dimensão social que se abre com esse conceito e afirmam que, a partir dele, há uma nova perspectiva de debate. Para esses autores⁴, a década de 1990 viu a introdução de uma abordagem inovadora para compreender a saúde como parte de uma síntese biocultural que abrange, com eminência, as forças sociais, políticas e econômicas relevantes em jogo, bem como as condições ambientais que podem levar ao desenvolvimento da saúde ou da doença.

Ora, o que para Singer¹ e Fronteiras et al.⁴ é uma perspectiva inovadora, consiste, na verdade, em uma dimensão já debatida (com amplitude) desde a década de 1960, inicialmente, pela medicina social latino-americana e, posteriormente, pela saúde coletiva. Referimo-nos, sobretudo, à importância dada às forças sociais, políticas e econômicas como as responsáveis por criar uma dinâmica interativa capaz de produzir fenômenos de saúde, nesse caso, conforme os autores citados, uma sindemia.

A diferença é que a perspectiva da saúde coletiva observa essa dinâmica na totalidade do processo saúde-doença, não apenas em situações que configurariam uma sindemia. Um texto decisivo para entender o contra-argumento que estamos apresentando é o artigo de Asa Cristina Laurell⁸, 'La salud-enfermedad como proceso social', de 1982. Isso porque Laurell⁸ consegue demonstrar, de forma sistemática, como as doenças fazem parte de um processo mais amplo cuja raiz é de caráter social. Inclusive, a autora⁸ parte de perfis epidemiológicos em três países com relações sociais muito distintas, EUA, México e Cuba, a fim de demonstrar como

esses perfis são reflexos de dinâmicas sociais específicas, com diferentes forças econômicas, políticas etc.

Na discussão de Laurell⁸ e, também, em vários outros autores dessa corrente/movimento, embora com diferenças entre eles, nunca se concebe a doença como fenômeno isolado, mas como componente de um processo saúde-doença. Este, por sua vez, embora possa se manifestar individual e biologicamente, é sempre determinado socialmente. Ou seja, em qualquer evento de saúde, do caso individual às pandemias, há sempre um caráter processual (logo, de múltiplas interações sinérgicas) no qual a pedra de toque é social (o que inclui a economia, a política, a cultura etc.)⁷.

Breilh⁹ aprofunda o debate desse caráter processual consagrando a expressão 'determinação social da saúde'. Ao explicar esse processo de determinação, Breilh⁹ enfatiza a inseparabilidade das dimensões individual e coletiva (assim como o natural e o social), com destaque para a complexidade de movimentos (logo, interações) que se estabelecem entre os diversos elementos que estão implicados nessas dimensões (sejam doenças que se acumulam, sejam condições sociais, processos políticos etc.). Para o autor⁹, as diversas partes que compõem o processo se movimentam e interagem em uma relação dialética entre universal, particular e singular. Nessa interação, a tendência central não é a de equilíbrio ou adaptação (seja do indivíduo, seja da população), mas a de transformações mútuas entre os agentes e os elementos implicados.

Por ser uma teoria materialista histórico-dialética, o ponto fulcral da determinação social da saúde não poderia ser outro senão a contradição entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção⁸. Nas palavras de Breilh⁹⁽²¹⁾

[...] el paradigma de la determinación social [...] se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los

geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social.

Desse modo, a possibilidade de interações sinérgicas e de outras interações mutuamente transformadoras entre os elementos envolvidos já está pressuposta na compreensão de saúde como processo. Além disso, ao se reconhecer que esse processo é determinando socialmente, também fica presumido que diversas forças participam da origem das doenças, embora sejam determinadas reciprocamente por elas.

Vale ressaltar que a pandemia de Covid-19 foi analisada pelo prisma da determinação social, tendo sido demonstrado, por exemplo, o papel do agronegócio na destruição da natureza e, conseqüentemente, na alteração do ciclo de algumas doenças que só circulavam entre animais silvestres, mas que, a partir das transformações ambientais, passaram a deslocar-se entre os humanos¹⁰. Ou ainda, sobre a velocidade e alcance global do Sars-CoV-2 como reflexo da mundialização do capital, provocando acelerações e interconexões sociais que sejam compatíveis à rotação acelerada do capital, a exemplo do rápido trânsito de pessoas, objetos, ideias e costumes¹¹.

A esses processos, somem-se as questões de gênero, etnia, desigualdades sociais etc. que os próprios autores²⁻⁶ que adotam o conceito de sindemia apontam e, nesse ponto, com bastante razão. A questão é que essa condição não consiste em novidade e, portanto, não demandaria a invenção de um novo conceito para que seja depreendida da realidade. Ao contrário disso, o debate da saúde coletiva (aquela que se desdobrou da medicina social latino-americana) já apontava esse caráter, pois cunhou uma concepção ampla de saúde. Mesmo para fenômenos comumente analisados pela epidemiologia tradicional (para a qual a saúde coletiva coloca ressalvas), como as epidemias e as pandemias, a problematização da determinação social é cabível e capaz de

desvelar sua processualidade heterogênea, inclusive repleta de interações sinérgicas.

A nosso ver, o conceito de sindemia acaba sendo até mais restritivo, pois apenas confere destaque às forças sociais, políticas, econômicas etc., assim como às diversas interações possíveis entre doenças, quando se trata de um contexto sindêmico. Ora, onde estariam essas forças e essas interações quando a situação não é sindêmica? Qualquer evento de saúde não seria resultado e, ao mesmo tempo, corresponsável por algum tipo de interação sinérgica?

O conceito assume um alcance ainda mais restrito quando é utilizado no sentido de mero sinergismo entre doenças, como já empregado por alguns autores^{12,13}. Nesses casos, destituiu-se até mesmo a boa intenção da formulação original de Singer¹, uma vez que, nela, a ideia consiste em ir além dos parâmetros biomédicos, portanto, não sendo cabível essa centralidade nas doenças. Reduzir a sindemia a um sinergismo de doenças é uma apreensão parcial da proposta original, porque diminui o papel das interações sociais que estão nas origens dos eventos sanitários.

Apesar da boa intenção e da pertinência da contestação ao modelo biomédico, entendemos que sindemia é um novo-velho conceito se confrontado com o debate latino-americano; é uma tautologia que implica, inclusive, a restrição de uma concepção ampla de saúde.

A sindemia como dicotomia do processo saúde-doença: o biológico fora do social

A tentativa de cunhar um conceito para situações em que há uma sinergia capaz de imputar origens sociais às doenças representa uma dicotomia entre o biológico e o social. Isso porque essas origens sociais não são exclusividade das situações enquadradas como sindêmicas, mas um caráter ineliminável de qualquer fenômeno de saúde. A ideia de processo saúde-doença⁸ pressupõe a indissociabilidade entre social

e biológico e, portanto, entende que saúde e doença são dois momentos de um mesmo processo¹⁴⁻¹⁶.

Quando Singer¹ defende que seu conceito é capaz de revelar como o social interage com as doenças, escapa ao seu entendimento o fato de a doença, enquanto parte de um processo, ser ela mesma um fenômeno social. O social, na concepção singeriana, é uma dimensão capaz de interagir sinergicamente com a doença, mas que lhe é externa. Em outra perspectiva, defendemos que, embora existam particularidades sociais que são exteriores ao processo saúde-doença, ele carrega consigo, internamente, o caráter social.

Vejam os que a Covid-19 não é meramente o vírus ou a fisiopatologia do indivíduo infectado, mas é isso somado à história social que lhe subjaz; isto é, as suas origens sociais, as repercussões econômicas que provoca ou as alterações nas relações pessoais que promove, entre diversas outras particularidades. Esses não são elementos externos que atuam sinergicamente com a doença, mas fazem parte da história da doença, são a doença em si, concebida como processo e para além da biologia.

Embora os defensores do conceito (sindemia) critiquem e tentem superar o modelo biomédico, acabam caindo na mesma dicotomia desse modelo, mesmo que avancem na apreensão de múltiplos aspectos interativos. Isso porque continuam entendendo o social de um lado e a doença (como fenômeno biológico) de outro. Eles tomam como ponto de partida uma separação existente *a priori* (social e biológico) que, finalmente, resolver-se-ia com o conceito sindêmico.

Trata-se de uma tendência que reproduz o viés positivista, pois nela primeiro se fragmenta para depois unir os pedaços no interior de teorias sofisticadamente pensadas, mas com pouco lastro na totalidade social. Revestidas pelo subterfúgio da interação, essas teorias passam a ser concebidas como a antítese do positivismo (na saúde, muito bem representado pelo modelo biomédico); porém, assumem essa posição sem se darem conta de

que reproduzem um ponto de partida muito similar ao do modelo biomédico.

A nosso ver, o ponto de partida deve ser outro. Social e biológico não precisam ser unidos porque não estão separados na realidade. Como demonstra Lukács¹⁷, o ser social é, ao mesmo tempo, ser natural (biológico), visto que, por intermédio da transformação da natureza não humana, o ser humano consegue transformar a si mesmo, individual e coletivamente, dando um salto ontológico rumo a uma nova esfera de ser. Trata-se de um contínuo processo de complexificação que se inicia com o ser inorgânico e o salto ontológico (a ruptura da estrutura qualitativa do ser, rumo a uma estrutura superior) que abre o caminho para a existência do ser orgânico (natureza). Do âmago desse ser (orgânico), a espécie humana se descola (ocorre um novo salto), graças à sua capacidade teleológica de transformar a natureza de forma direcionada a um fim. Daí o novo salto capaz de originar o ser social, sem fazer com que ele deixe de ser, concomitantemente, inorgânico e orgânico.

Essa complexificação dá origem a patamares superiores de existência, mas que sempre pressupõem a existência dos níveis inferiores. Assim, não existe ser social sem natureza; e, ao mesmo tempo, a existência do ser social significa uma ruptura dialética (ruptura-continuidade) de parte da natureza em relação ao seu *modus operandi stricto*, alçada a um novo *modus operandi* (social)¹⁷.

Aqui entendemos a saúde humana como particularidade do ser social; e, como tal, ela carrega consigo a indissociabilidade entre natureza e sociedade que é peculiar a essa esfera de ser. Ainda que a saúde se expresse biológica e individualmente, ela se desenvolve dentro de um âmbito que já não é mais pura biologia. Portanto, o biológico (presente em estado puro na natureza) está imbricado com o social desde as origens deste último. Por sua vez, o processo saúde-doença é, sempre, uma articulação orgânica entre social e biológico⁷¹⁶.

Se o nosso ponto de partida é outro, o ponto de chegada também passa a ser outro.

Como não partimos de um entendimento que separa biológico e social para uni-los em uma relação sinérgica (sindêmica), o nosso ponto de chegada consiste na possibilidade de reconstruir a processualidade entre universal-particular-singular em nível de concreto pensado e, com isso, abrir caminhos para intervenções transformadoras. Isso implica entender como a universalidade do modo de produção capitalista produz relações particulares de classe, gênero, étnicas etc.; como essas relações reverberam nas condições materiais de vida dos indivíduos (singularmente); por quais mediações essa processualidade se dá no tempo e nos diferentes espaços etc.

Obviamente, os mesmos princípios são válidos quando a particularidade analisada/enfrentada é uma pandemia ou uma doença que acomete o bairro, a fábrica ou o indivíduo. Ser capaz de fazer as conexões (deprender as interações) entre o singular, o particular e o universal é condição dada quando se trata de saúde ou de qualquer outra particularidade do ser social, entendendo este último como resultado de um salto ontológico desde o ser natural. Aí reside a chave heurística (e praxica) para intervir na saúde para além do instrumental biomédico, escapando de suas dicotomias.

Um breve epílogo ou um prólogo de reflexões ulteriores

Constatamos que a ideia de pandemia pode ser suficiente para explicar a história da Covid-19

em 2020/2021, desde que seja entendida para além de seus aspectos biológicos, como um processo determinado socialmente. Por isso, o conceito de sindemia é redundante em face das possibilidades que o debate sobre a determinação social do processo saúde-doença gerou há, no mínimo, 50 anos. Além disso, trata-se de conceito que restringe as possibilidades de entender a saúde em toda sua amplitude, porquanto confere eminência às forças sociais em situações particulares, quando elas, na verdade, estão presentes universalmente, inclusive de forma indissociável ante a dimensão biológica.

Por que, então, novos conceitos são forçados fora da América Latina para explicar processos que nós, latinos, já conseguimos explicar há tempos? Nessas reflexões finais, levantamos a hipótese de que essa condição se deve à posição periférica que ocupamos socialmente, envolvendo, inclusive, a colonização intelectual do debate. Isso implica que, por um lado, na Europa e nos EUA, o debate da saúde coletiva não reverbere de forma consistente e que, por outro, incorporem aqui conceitos heterônimos a despeito dos conceitos elaborados pelas diversas correntes teóricas soerguidas do 'solo' latino-americano. Obviamente, a validade dessa hipótese e de outras possíveis razões para o problema apontado deve ser posta à prova em reflexões ulteriores.

Colaborador

Souza DO (0000-0002-1103-5474)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Singer M. Aids and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Sm. Sci. Med.* 1994 [acesso em 2022 jul 24]; 39(7):931-948. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90205-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90205-4).
2. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet.* 2020 [acesso em 2022 jul 24]; 396(10255):874. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
3. Mendenhall E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *Lancet.* 2020 [acesso em 2022 jul 24]; 396(10264):1731. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32218-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32218-2).
4. Fronteira I, Sidat M, Magalhães JP, et al. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. *One health.* 2021 [acesso em 2022 jul 24]; (12):100228. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100228>.
5. Ribeiro SP, Reis AB, Dáttilo W, et al. From Spanish Flu to Syndemic COVID-19: longstanding sanitarian vulnerability of Manaus, warnings from the Brazilian rainforest gateway. *An. Acad. Bras. Cienc.* 2021 [acesso em 2022 jul 24]; 93(supl3):e20210431. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0001-3765202120210431>.
6. Cunha AR, Velasco SFM, Hugo FN, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2021 [acesso em 2022 jul 24]; (24):e210028. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210028>.
7. Souza DO. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv. Soc.* 2020 [acesso em 2022 jul 24]; (137):174-191. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.207>.
8. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev. Latinoam. Salud.* 1982; (2):7-25.
9. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2013; 31(1):13-27.
10. Souza DO. A pandemia de Covid-19 para além das ciências da saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Cienc. Saúde. Colet.* 2020 [acesso em 2022 jul 24]; 25 (supl1):2.469-2.477. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>.
11. Wallace R. *Pandemia e agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência.* São Paulo: Editora Elefante; 2020.
12. Novotny T, Hendrickson E, Soares ECC, et al. HIV/AIDS, tuberculose e tabagismo no Brasil: uma sindemia que exige intervenções integradas. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2022 jul 2024]; 33(supl3):e00124215. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124215>.
13. Cruz JPS, Tovilla-Zárate CA, González-Morales DL, et al. Risk of a syndemic between COVID-19 and dengue fever in southern Mexico. *Gac. Med. Mex.* 2020 [acesso em 2022 jul 24]; 156(5):460-464. Disponível em: <https://doi.org/10.24875/GMM.M20000449>.
14. Rezende ALM. *Saúde: dialética do pensar e do fazer.* 2. ed. São Paulo: Cortez; 1989.
15. Ferrara FA, Acebal E, Paganini JM. *Medicina de la comunidad: medicina preventiva social y alternativa.* Buenos Aires: Intermedica; 1976.
16. Souza DO. A saúde na perspectiva da 'Ontologia do ser social'. *Trab. Educ. Saúde.* 2016 [acesso em 2022 jul 24]; 14(2):337-354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00009>.
17. Lukács G. *Para uma ontologia do ser social II.* São Paulo: Boitempo; 2013.

Recebido em 22/01/2022

Aprovado em 25/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Pharmaceutical policies for gaining access to high-priced medicines: a comparative analysis between England and Brazil

Políticas farmacêuticas para acesso a medicamentos de alto preço: uma análise comparativa entre Inglaterra e Brasil

Geison Vicente¹, Michael Calnan², Norberto Rech¹, Silvana Leite¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213422

ABSTRACT Although the National Health Service (NHS) and the Unified Health System (SUS) are systems with similar universal principles, they can show different political measure patterns in the pharmaceutical field. This paper aimed to provide a comparative analysis of pharmaceutical policies highlighting strategies to guarantee access and sustainability to High-Price Medicines (HPMs) in Brazil and England. We performed an integrative literature review in electronic databases, supplemented by grey literature searched on governmental platforms (laws, decrees, ordinances, and resolutions). A total of Forty-seven articles and seven policies were selected and categorized for analysis. The results showed that both countries apply distinct policies to ensure access to HPMs, among them, policies to define price and reimbursement and actions to regulate the use inside the system. Also, these countries apply distinct policies to their sustainability as local partnerships for product development in Brazil and confidential managed agreements with multinational industries in the England. In conclusion, despite similarities in principles, these countries have been proposing and applying distinct pharmaceutical policies to maintain access and ensure the sustainability of their health systems.

KEYWORDS Health policy. Technology, High-Cost. Public health.

RESUMO Embora o National Health Service (NHS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) sejam sistemas com princípios universais semelhantes, diferentes políticas no campo farmacêutico podem coexistir. O objetivo deste artigo foi fornecer uma análise comparativa destacando estratégias para garantir o acesso e a sustentabilidade a Medicamentos de Alto Preço (MAP) no Brasil e na Inglaterra. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura em bases de dados eletrônicas, complementada por literatura cinzenta pesquisada em plataformas governamentais (leis, decretos, portarias e resoluções). Um total de 47 artigos e 7 políticas foram selecionados e categorizadas para análise. Os resultados demonstraram que ambos os países aplicam distintas políticas para garantir o acesso aos MAP, entre elas, políticas para definição de preço e reembolso ações para regular a utilização destes medicamentos dentro do sistema. Além disso, os países aplicam políticas distintas à sua própria sustentabilidade como as parcerias para o desenvolvimento produtivo local no Brasil e acordos confidenciais com indústrias multinacionais na Inglaterra. Em conclusão, apesar das semelhanças nos princípios, estes países têm proposto e aplicado políticas farmacêuticas distintas para manter o acesso e a sustentabilidade de seus sistemas de saúde.

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brazil. geison2890@gmail.com

²University of Kent - Canterbury, England.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Tecnologia de alto custo. Saúde pública.



Introduction

Improving the provision of medicines is a critical component of any health service policy and one of the main priorities of governments that require comprehensive national strategies¹. The Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) showed that medicines account for 20 to 60% of health spending in Low Middle-Income Countries (LMIC), compared with 18% in High-Income Countries (HIC)². The increase in health care spending can be associated with several determinants, such as population growth, population aging, service prices, disease prevalence or incidence, and service utilization³.

The most comprehensive picture of recent spending on medicines in England's National Health Service (NHS) shows that costs rose from around £13.0 billion in 2010/11 to £17.4 billion in 2016/17 – a mean yearly growth of around 5 percent and a total of 32.1% in this period. Consequently, spending on hospital medicines nearly doubled, from around £4.2 billion to £8.3 billion – representing a mean yearly growth of 12.1%⁴. The spending amount has also increased in Brazil. From 2010 to 2016, the spending allocated to High-Price Medicines (HPMs) in the Brazilian Unified Health System (SUS) hiked from R\$ 4.9 to 6.6 billion, with a mean yearly increase of around 5 percent and a total of 34.7% in this period, excluding the spending on medicines for oncological diseases⁵.

'High-cost', 'high-priced', or 'premium price' medicines definitions have not yet been defined internationally and can vary in the same country according to who defines them and how they are defined⁶. In most cases, HPMs are mostly new specialized medicines for complex conditions such as cancers and inflammatory diseases⁷. These medicines include biological agents, which selectively target specific molecular sites and are, therefore, effective with fewer side effects⁸. Sometimes, they are the only treatment options for diseases with a profound social impact or a high risk of mortality (e.g., Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

or those used to treat conditions affecting only a minute portion of the population, such as for rare diseases⁹. The high price itself might not be the decisive criterion. Other determining factors may include the use of or demand for the product⁶. Nevertheless, the more contemporary definition was illustrated in a 2015 report by the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, which defines medicine as high-priced if the therapy exceeds €10,000 per patient per year to be reimbursed by a public payer¹⁰.

Due to lack of a universal definition, all these elements – cost, exclusivity, novelty, and type of disease – converge to form the characteristics of these types of medicines leading to severe challenges to HPMs access and the definition of health policies⁹. Different patterns to access them between countries are interrelated, such as a health system level, regional/hospital, and patient-level⁸. While comparative studies about pharmaceutical policies have been conducted between European countries, the literature lacks analyses between low-middle income countries and high-income countries, such as Brazil and England, respectively. Although NHS and SUS are health systems with similar universal principles, analyzing their differences and similarities is essential for understanding the process of shaping policies in different contexts to help address the challenges and maintain sustainable systems. A similarity is that both systems face funding challenges. However, although the NHS has not had structural changes in its fiscal financing, incorporating precepts based on competition, originally from the market field, resulted in changes in the outpatient and hospital levels¹¹. In the Brazilian case, SUS has faced systematic changes in legal frameworks, with reduced funding entailing lower provision of health services¹². This backdrop supported the need for comparative studies assessing their pharmaceutical sectors and policies.

Thus, this study aims to provide a comparative analysis of pharmaceutical policies in the Brazilian and the English health systems,

highlighting strategies to guarantee sustainability and access to HPMS.

Methodology

An integrative review approach was adopted¹³ and considered two types of literature:

scientific reports (articles published in peer-reviewed journals) and grey literature, prioritizing laws, rules, or instructions by governmental authorities in Brazil and England from January 1, 2009, to December 31, 2019. The eligible inclusion and exclusion criteria adopted to select the studies and policies are described in *table 1*.

Table 1. Selection and sorting of inclusion and exclusion criteria

No.	Inclusion criteria
1.	2009 - 2019
2.	Brazil and England
3.	a. Scientific reports and b. Grey literature
4.	English, Portuguese, and Spanish
5.	Describing issues related to legislations, regulations, policies or mechanism to access, usage or mechanism to sustain the access to expensive medicines such as reimbursement, payment, management in the system and policy makers' aim
Exclusion criteria	
1.	Not describing any specific health legislations, regulations, policies or mechanism to access/sustainability related to expensive medicines in Brazil and England

Source: Elaborated by the authors.

Information sources and search strategies

The databases included Embase, PubMed, Scopus, Lilacs, Web of Science, and SciELO, selecting keywords in English, Portuguese or Spanish by the 'Boolean Operator' rules and terms 'AND' and 'OR'. The keywords were combined and adapted to search individual

databases. Also, web pages of relevant governmental platforms were searched to support the analysis (*table 2*). Databases and governmental platforms were selected based on regulatory themes to encompass different subjects in the health and policy areas. At the same time, due to the comparative analysis, national and international bases most used in both countries were included in the search strategy.

Table 2. Search strategy and syntax by database

Database and keywords
Embase: ("health care policy":ti,ab,kw OR policy:ti,ab,kw) AND england:ti,ab,kw OR brazil:ti,ab,kw) AND medicine:ti,ab,kw OR drugs:ti,ab,kw OR pharmaceuticals:ti,ab,kw) AND access:ti,ab,kw OR accessibility:ti,ab,kw) AND reimbursement:ti,ab,kw AND pricing:ti,ab,kw AND funding:ti,ab,kw AND [2008-2018]/py
PubMed: ("High-cost" medicine*/drug* OR "High-price" medicine*/drug* OR "High-priced" medicine*/drug* OR Expensive medicine*/drug* OR Premium price medicine*/drug* AND England [MeSH Terms] OR Brazil [MeSH Terms]) AND 'health care policy' AND 'management'

Table 2. (cont.)

Database and keywords
<p>Scopus: ("High cost" medicine*/drug*) OR ("High price" medicine*/drug*) OR ("High priced" medicine*/drug*) OR (Expensive medicine*/drug*) AND ("England") OR ("Brazil") AND ("Policy*") OR ("Health Policy*")</p> <p>LILACS: Policy OR Health Policy OR Política de saúde OR Políticas de saúde OR Política nacional de saúde OR Políticas nacionais de saúde OR Política de salud OR Políticas de salud OR Política nacional de salud OR Políticas nacionales de salud AND medicamento* OR medicine* AND custo OR preço OR precio OR costo OR precio AND Brazil OR Brasil OR England OR Inglaterra</p> <p>Web of Science: ("High cost" medicine*/drug*) OR ("High price" medicine*/drug*) OR ("High priced" medicine*/drug*) AND ("England") OR ("Brazil") AND ("Policy*") OR ("Health Policy*")</p> <p>SciELO: Policy OR Health Policy OR Política de saúde OR Políticas de saúde OR Política nacional de saúde OR Políticas nacionais de saúde OR Política de salud OR Políticas de salud OR Política nacional de salud OR Políticas nacionales de salud AND medicamento* OR medicine* AND custo OR preço OR precio OR costo OR precio</p> <p>Documentary sources - grey literature</p> <p>Public Health platforms Brazil: https://www.gov.br/saude/pt-br; England: https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england</p> <p>Executive and Legislative platforms: Brazil: https://legislacao.presidencia.gov.br/; https://www.camara.leg.br/; England: https://www.parliament.uk/site-information/glossary/government/; https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/main-executive-and-legislative-bodies-93_en</p>

Source: Elaborated by the authors.

Study selection, data extraction, and analysis

A framework was adopted to categorize and define the studies and governmental reports selected. This conceptual framework guided the uptake of crucial measures implemented in these countries and effects on at least one relevant outcome classified into three categories: pre-launch, peri-launch, and post-launch activities. This framework considers the 'lifecycle' of a pharmaceutical product and the different regulatory levels and policy interventions over its course, from research and development to

disinvestment¹⁰. The results from articles were summarized using content analysis in narrative synthesis examining the current evidence base across Brazil and England, supplemented by an interpretative analysis of policies between these two countries per categories defined in the framework (*table 3*). Data were extracted by a bibliometric framework. The extracted information was the author's name and year of the publication, design, aims/objectives, methods, results, and conclusion findings. Two researchers extracted and compared these data and discussed any discrepancies with other researchers as necessary.

Table 3. Categories of analyses based on WHO guidelines

Category	Definition	Categories example
Pre-launch	Includes policies to anticipate budget impact in the health system due to new medicines development (preclinical phase)	Horizon scanning activities
Peri-launch	Includes policies to manage the entry of new medicines in the market reflecting their clinical and therapeutic value for the system or the society	Prices regulatory setting Reimbursement or financing methods
Post-launch	Includes policy measures required to ensure access to and use of medicines in the health system	Guidelines and formularies for treatment management and cooperation agreements

Source: Elaborated by the authors.

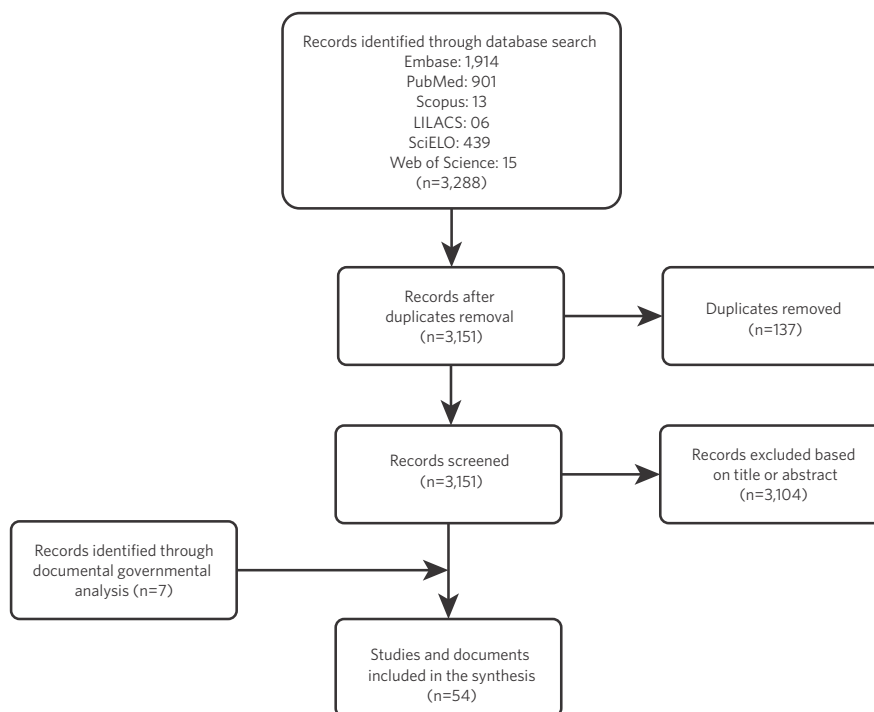
Results

Search results and studies included

The search across all databases identified 3,288 papers. The selection process is shown in *figure 1*, totaling 47 articles. The documentary

policy analysis also included seven normative instruments (laws, decrees, ordinances, and resolutions). As presented in *figure 1*, 54 documents were considered for review. The articles or normative documents were categorized into: Pre-launch: 4 (four); Peri-launch: 25 (twenty-five); Post-launch: 25 (twenty-five) per the WHO categories¹⁰ (*table 4*).

Figure 1. Flowchart of study and policy selection stages



Source: Elaborated by the authors.

Table 4. Overview of current pharmaceutical policies applied in Brazil and England

Policies	Strategies	Definition	Brazil	England
3.2 Pre-launch	3.2.1 Horizon Scanning Activities 15-18	Activity-making to identify new emerging health technologies with potential use to predict possible impacts on the health system	Yes	Yes
3.3 Peri-launch	3.3.1 Profit limitation 19	Rate-of-return regulation for companies and an overall limit spending on branded medicines over the lifetime of the agreement	No current activities	Yes
	3.3.2 External price referencing 20-22	Practice of using the price(s) of a medicine in several countries in order to derive a benchmark to set or negotiate the price of a medicine in a given country	Yes	No current activities
	3.3.3 Health technology assessment 14,23-28	A tool employed to assess the use of new medicines to consider the safety, efficacy, effectiveness, organizational variables, economic implications, the social consequences, and the legal and ethical aspects	Yes	Yes
	3.3.4 Pharmacoeconomic analyses including health economic threshold 23,29-31	Most frequent analysis is cost-utility or cost-effectiveness defining a tool and the limit between costs and benefits by incremental cost-effectiveness ratios per quality-adjusted life year	Under development	Yes
	3.3.5 Value-based in pricing 32-36	Process whereby pricing of medicine is regulated per its therapeutic value aggregate, depending heavily on the context of the country and economic and cultural needs. Value based on price has been proposed as a logical and fair policy to promote access and reward useful innovation	No current activities	Yes
	3.3.6 Multiple Criteria Decision Analysis 37,38	Extension of decision theory that supports decision-makers with multiple (possibly conflicting) objectives by decomposing the decision objectives into key criteria	No current activities	Under development
	3.3.7 Managed entry agreements 39-43	Contract of funding and/or sharing risk between government and manufacturers to manage entry in the health system with possible decrease of the high budget impact and uncertainty of effectiveness. MEAs have a common denominator, increasing access to new medicines in a context of uncertainty and higher price. These Managed entry agreements exist in two formats: outcome-based and financial agreement	Under development	Yes
3.4 Post-launch	3.4.1 Guidelines and formularies rules 20,44-46	Support which should be recommended within clinical practice guidelines with strong methodological competencies necessary, considering both clinical expertise and skills in the systematic assessment of the available evidence	Yes	Yes
	3.4.2 National policies or plan for Rare Diseases 47-54	Policy or regulatory initiatives, programs, or other established mechanisms that influence and facilitate patient access to orphans	Yes	Yes
	3.4.3 National policies or plan for oncological diseases 55-61	Policy or plan that may be influence regulatory framework for access to treatment, including medicines for oncological diseases	Yes	Yes
	3.4.4 Compulsory licensing and productive development policy 62-66	Transfer of intellectual property formalized during specific years to develop the medicine in public industries	Yes	No current activities
	3.4.5 Accelerated or fast-track access 67	An intersectoral (industry, public sector, academia, patients) articulation to identify key priorities and develop a sustainable framework for the adoption of innovation, simplifying the development and approval process, pricing, assessment, and commercial regulation	No current activities	Yes

Source: Elaborated by the authors.

Pre-launch category policies

HORIZON SCANNING ACTIVITIES

England has more than a decade of experience in Horizon Scanning (HS) through the English National Horizon Scanning Centre (NHSC). NHSC aims to supply timely information to key policy and decision-makers and research funders to the NHS about emerging health technologies (medicines and devices) that may significantly impact patients or the provision of health services in the future. A retrospective review used the NHSC information system and the list of National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) technology appraisals, estimating the false positive rate for NHSC identification in 10 years. The study showed a positive predictive value in terms of sensitivity over the past decade, meaning that almost 40% of topics reported to NICE were later selected for technology appraisal, and 60% were not. This data indicated that the filtration criteria used could be tightened for increased efficiency in the appraisal of NICE England^{15,16}.

Brazil implemented HS in 2008. Currently, the legal attribution of HS activities at the federal level is incumbent on the National Committee for Health Technology Incorporation (CONITEC), and the methodological approach adopted is described by the EuroScan International Network¹⁷. Gomes et al.¹⁸, examined the significant repercussions generated by HS in Brazil, showing the developed outputs (internal/external) objectives range from helping build defense arguments in cases of judicialization. One of the internal reports on HPMs (metreleptin) for a rare disease was shared with other countries such as Argentina. CONITEC's HS system has been structured, and its role as a tool to inform health managers has been relevant.

Peri-launch policies category

REGULATORY PRICE SETTING

In England, medicines' prices are regulated by regulatory approaches vs. market force. The set of medicines' prices is defined freely. However, a voluntary scheme – Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access – occurs in cooperation with the Secretary of State for Health, ABPI (Association of the British Pharmaceutical Industry), and NHS England. Most large companies participate, and mainly two mechanisms are helpful to control spending: rate-of-return regulation for companies and an overall cap for NHS spending on branded medicines (2% per year in any of the next five years). The Voluntary Scheme commits the government to maintain the NICE cost-effectiveness threshold at between £20,000 and £30,000 per Quality-Adjusted Life Years (QALY) until 2025. If profits exceed a percentage agreed on after negotiations, the companies must reduce prices, delay price increases, or repay the excess to the Department of Health¹⁹.

In Brazil, an inter-ministerial federal entity is responsible for direct control over medicines prices in the market. The Medicine Market Regulation Chamber is responsible for regulating three market segments: factory price, maximum consumer price, and public sector price. The policy adopted is External Referencing Pricing (ERP) following the low price defined in countries such as Australia, Canada, Spain, the United States, France, Greece, Italy, New Zealand, and Portugal²⁰. Furthermore, the government approves annually a metric to increase the price of medicines, including inflation and the competition level for each product, defining the price of medicines in each category²¹.

Recently, a study conducted by Vogler et al. across European Union Member States showed that some medicines are launched at different points in time, with delays of up to 3-5 years, between countries. Launch delays

occur particularly in LMICs or small markets. The study finds that pharmaceutical companies have been applying this strategy in light of the widespread use of the EPR policy. If policymakers aim to apply the pricing policy of ERP for cost-containment purposes, as in Brazil, they are recommended to undertake continuous price revisions over the years²².

REIMBURSEMENT - AGENCIES AND THEIR WORK PROCESSES

The NICE was established in 1999 as an independent body applying different methodological approaches depending on the type of medicine evaluated (e.g., the program to appraise highly specialized technologies)²³. Overall, a study conducted by Cowell et al.²⁴, shows that it is difficult to determine whether the differences in appraisal programs/methodologies are likely to impact the efficiency of NHS spending significantly. However, they could lead to inefficient resource allocation. A study by Allen et al.²⁵, comparing England's national Health Technology Assessment (HTA) recommendations with other European HTA bodies shows how several factors can influence the HTA decision-making process and result in conflicting recommendations. The bodies share some similarities, focusing on clinical efficacy and Cost-Effectiveness (CE). The differences in recommendations could be due to an organizational approach to risk perception and the selected comparator. Harmful recommendations are linked to uncertainties surrounding factors such as CE, choice of comparator, clinical benefit, safety, trial design, and timing of submission. Chabot & Rocchi²⁶ reviewed and compared England's HTA oncological recommendation records and showed an extensive variation in the rate of positive recommendations (around 48 %). Data on survival was not mandatory for a favorable recommendation, and progression-free survival was found acceptable in some cases for a recommendation. Given that most medicines provided acceptable clinical benefits, CE was

left as the most common criterion for a negative recommendation.

In Brazil, the principles and related operational mechanisms in evaluating new innovative health technologies fall within CONITEC. The country has shown a Brazilian HTA system weakness, with some factors such as insufficient resources, the impact of court rulings, heavy dependence on foreign technologies, and incipient regional HTA processes and planning that make the backdrop complex and fragmented with different levels of maturity²⁷. A study performed by the Ministry of Health (MoH) showed the spending per capita on HPMs was substantially higher compared with the overall per-capita spending on health care and associated with different access between region, age, and sex in Brazil, showing a substantial unbalanced resource distribution¹⁴. Therefore, Kuchenbecker and Polanczyk²⁸ propose measures related to governance to foster Brazilian HTA's institutionalization. It is necessary to promote broader policy-making approaches to assess the governance complexity, increasing the institutionalization in Brazil to contribute to HTA to provide better decision-making.

PHARMACOECONOMIC AND THRESHOLDS SETTING

Health Economic Evaluation (HEE) has a vital role in the HTA recommendations by NICE²⁹. In a comparison performed by Schwarzer et al.³⁰, evidence suggests the existence of an explicitly spending threshold known in England – ranging from £20,000 to £30,000 per QALY. The appraisal of end-of-life medicines entails a higher Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) of up to £50,000 per QALY. However, for rare diseases, recently, the ICER of £100,000-300,000/QALY can be accepted for these medicines²³. Again, due to agreements with industries for most HPMs, the patient access schemes have disclosed price reductions, allowing the NHS to deny a few technologies based on cost-effectiveness in recent years³⁰.

Brazil has not shown tradition in the production and use of HEE³⁰. There are implicit thresholds identified representing gross domestic product per capita lower than 1 and 3 × (US\$11,000–25,000). The science, technology, and innovation policy and the pharmaceutical sector economic market regulation – Law n° 10.742 deserve fostering applied research to encourage the application of methods that employ economic analyses. Although some advances were observed in the Brazilian HTA system, there is still room for improvement concerning the prioritization criteria and a more explicit and transparent process for how the HEE addresses the uncertainty parameters of technologies³¹.

VALUE-BASED PRICING

The introduction of Value-Based Pricing (VBP) in England was planned for the beginning of 2014, defined as ‘the price’ that ensures that the expected health benefits (of new technology) exceed the health predicted to be displaced elsewhere in the NHS due to its additional cost. However, implementing the VBP has been challenging, especially in therapeutic areas with no alternative treatment for a life-threatening and debilitating disease, such as oncology or rare diseases³². Managed-entry agreements are increasingly used for these high-priced medicines. The VBP is used in England to influence pricing decisions besides England assessing similar types of evidence from other European countries (although this is done only indirectly) as it will impact the ICER³³.

In LMICs, such as Brazil, the value evaluation trend is primarily linked to the federal sphere. The body is responsible for defining the value of new medicines and clinical and economic evaluation to set limits on CE. Approaches designed for regulatory agencies include reimbursement based on economic evaluations, international reference pricing, significant volume discounts, rebates, or tax incentives³⁴. A new way to define the value of new technologies has been discussed, such as

implementing risk-sharing to increase responsibilities to the pharmaceutical industry. A new model for health care professionals and organizations in Brazil, the pay-for-performance (P4P) has shown promising results, shown by the private sector, where doctors receive extra financial incentives for each additional patient with controlled chronic disease. Brazil is headed to P4P by promoting prevention, updating guidelines, and engaging professionals, industry, and health institutions. That will be the key to genuinely improving viral liver disease-induced morbimortality in Brazil³⁵. However, a study by Mathes et al.³⁶, describes that it is uncertain whether payment for performance (P4P) – in England, compared to capitation-based payments without P4P for hospitals – in Brazil impacts patient outcomes, quality of care, equity, or resource sustainability. The effects on patient outcomes of P4P in hospitals were negligible, regardless of design factors and context/setting. It seems that only minor short-term but unsustainable effects can be achieved with additional payments.

MULTIPLE CRITERIA DECISION ANALYSIS

NICE is already using some approaches derived from Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA). The degree of unmet clinical need is a formal criterion in healthcare decision-making for rare diseases. The severity and unmet need of the disease (i.e., the burden of illness), the clinical novelty and convenience to patients (i.e., innovative nature of technology), or the broader benefits to society (i.e., non-health objectives to the NHS) have often been perceived as essential considerations of value to decision-makers and have contributed to the debate on efficient resource allocation transparency in England³⁷.

Brazil has not explicitly adopted an MCDA model. Consequently, no related studies have been found. However, a case conducted by Campolina et al.³⁸, suggested applying the methodology in the CONITEC to clarify which criteria are relevant in decision-making, the importance

attributed to each criterion, and how to use this information in a structure to evaluate the available alternatives. In doing so, even if the conclusion of a recommendation does not change, the method can increase the transparency and legitimacy of decisions in Brazil.

MANAGED ENTRY AGREEMENTS - MEAS

For several HPMs, arrangements designed as Managed Entry Agreements (MEAs) or Patient Access Schemes (PAS) have been conducted in England. The number of MEAs could be underestimated (around 210 PAS) because many contracts, especially the financial-based ones, are not public³⁹. Ferrario et al.⁴⁰, highlighted that MEA applications are increasing and have been heterogeneous across some countries, including England, which uses mainly discounts and free doses to influence prices. The health system-specific features relating to governance (the scope of the MEA policy and the mandate of the agency assessing medicines) explain some identified variations between European countries. In an analysis performed by Pauwels et al.⁴¹, the results showed that the application of MEA across European countries differs between the same indications. MEA is a common policy tool employed by public payers in European countries to ensure early access to high-price oncology medicines. Discounts and free stocks prevail in England. Nevertheless, according to Jarosławski & Toumi⁴², these schemes are driven by NICE and address uncertainty around HPMs. The study concluded that a more transparent process might be necessary to protect against a perverse impact of PAS on international reference pricing that uses list prices rather than the actual cost of purchasing medicines that the NHS incurs.

In 2019, Brazil discussed a hypothetical case of a high-cost assessment for a rare disease to identify critical considerations required to implement MEAs in Brazil. The primary considerations for enabling the use of MEAs were identified by the groups and classified into four dimensions: (i) economic; (ii) epidemiological;

(iii) ethical; (iv) legal. There is a need to create a new regulation for the agreements in Brazil. However, the incorporation of nusinersen was implemented in the health system. The nusinersen is the most expensive medicine ever incorporated into the SUS. The incorporation has been described as a milestone in decision-making on new technologies, enabled through a risk-sharing agreement. However, due to two recommendations with divergent decisions (2018/2019), without any addition of new evidence or price reduction, the incorporation faced problems of transparency, accountability, and risks in the HTA institutionalization process in Brazil⁴³.

Post-launch policies category

ORGANIZATIONAL POLICIES - GUIDELINES AND CLINICAL FORMULARIES

In England, the secondary specialist care services designed by Clinical Commission Groups (CCG) are the critical setting for the use of HPMs. Among the most important policy initiatives implemented support actions linked to the government's plans was introducing Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN), linked to rationalizing HPMs to define priorities per NICE guidelines and improving value for money procurement, reducing the unwarranted variation of HPMs spends⁴⁴.

In contrast, Brazil developed the National Pharmaceutical Policy, implementing a solid expansion and regulation of access to HPMs mostly by actions for financing and guaranteeing access through Authorization to High Complexity Procedures Cost (AHCP)^{20,45}. However, some problems are cognized, such as the determinants of the use of health services and the bureaucracy that limits access, which increases the demand, exceeding the capacity of the healthcare services network. These assumptions generated the search for other means of access, such as the judicialization of health^{45,46}.

ORPHAN DISEASES POLICIES

The European Medicines Agency (EMA) orphan designation – Regulation (EC) n° 141/2000 of the European Parliament and Council – has helped to approve in the market upwards new therapies for rare diseases⁴⁷. However, the authorization does not reflect more significant access to these medicines that are still variable in Europe despite all implementing similar standards for approving medicines⁴⁸. Nevertheless, in England, more patients can access medicines for rare diseases in less time than other European countries. In the organizational settings, the CCGs are responsible for diseases with an incidence of fewer than 400 cases, providing at a regional level specific services designed for Specialized Commissioning Groups. Very few highly specialized services are provided in units across England, and the medicines are most commonly dispensed from hospital pharmacies⁴⁹. A study conducted by Gammi et al.⁵⁰, identified six broad categories of regulation and policy instruments to enable patient access, including England. High prices and insufficient evidence often limit orphan medicines from meeting the traditional HTA, especially CE, influencing access. England had the highest number of MEAs for orphan medicines in European countries.

In Brazil, the Rare Diseases Comprehensive Care Policy for the SUS was introduced in 2014⁵¹. The MoH has defined the annual plan of action and procurement and financing of medicines. Currently, 46 protocols covered by the SUS have the care and medicines dispensation guaranteed in 19 specialized units (hospital) or via ministerial order programs⁵². However, some treatments are not officially covered by the Brazilian government, and patients can receive treatment after recourse to the courts⁵³. Thus, Brazil also struggles in establishing a health policy for each rare disease, especially new rational models to address this growing challenge on the role of HTA in decision-making for integrated approaches

that combine aspects of (bio) ethics, law, the health sciences, and economics⁵⁴.

POLICIES FOR ONCOLOGICAL MEDICINES

Among European countries with the lowest reimbursement rate for licensed cancer medicines, England appears with 38% of 48 medicines licensed in a study conducted by Cheema et al.⁵⁵, and the argument most accepted in the cause of rejection is lack of CE⁵⁵. In 2011, to overcome this precept and increase access to innovative medicines, the Cancer Drugs Fund (CDF) was established as a financing source for HPMs without CE. Many MEAs have been performed between companies and the NHS to guarantee cost-effective prices during other data collection. A total of 783 recommendations were published from March 2000 to October 2017. The overall rate of approval for all technologies was 81% (513 of 634 recommendations), and the cancer treatment rate was 64% (119 of 185 recommendations)⁵⁶. However, Aggarwal et al. affirm that there is no indication that substantial funds allocated to this program have brought significant benefits to patients. In 2016, a clear reform of the CDF was proposed, which will soon impact access and spending on HPMs⁵⁷. Furthermore, a Long-Term Plan, published in 2019, is a consonance policy related to improving cancer outcomes and services in England over the next ten years. The Cancer Vanguard was an alliance derived from the plan resulting in the introduction of biosimilars into the NHS. We observe the growing use of biosimilars across England, and significant policy changes are related to more effective access to treatment options determined by pharmacogenetics⁵⁸.

In Brazil, access to oncological medicines occurs only in high-complexity care. The MoH is responsible for the oncological network and financial policy established. The centers denominated High-Complexity Oncology Centers (CACON) and High-Complexity Oncology Units (UNACON) are responsible for comprehensive care, including patient's

access to oncological medicines⁵⁹. Besides legislation creating comprehensive insurance systems, a study by Barrios and Werutsky⁶⁰ highlights that access to innovative oncological HPMs is low in Brazil and, in general, is lagging many years behind concerning the date approval in developed countries. Recently, expanding on this discrepancy, the Brazilian Clinical Oncology Society reported that there were 37 therapeutic indications available in the private but not the public health system. A study by Lopes and Barrios⁶¹ showed how LMICs use multiple mechanisms to increase access to cancer medicines. They highlight the need to expand generic and biosimilar policies for oncological medicines, participate in clinical trials, compulsory licensing schemes, and increase multiple-stakeholder public-private partnerships.

COMPULSORY LICENSING AND LOCAL PRODUCT DEVELOPMENT POLICY

In Brazil, the Industrial Property Law n° 9.279 was approved in 1996, becoming compliant with the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS). All members of the World Trade Organization had to adapt their industrial property to comply with the new legal framework, which meant granting patents in the pharmaceutical sector. However, the agreement had negative reverberations, with fertile ground for HPMs created by changes in medicine lifecycle dynamics⁶². Adopting compulsory licenses was one of the strategies to increase access to HPMs in LMICs as Brazil⁶³.

In 2007, using the safeguards defined in the TRIPS Agreement and the Doha Declaration, the Brazilian government adopted the compulsory license to produce the antiretroviral Efavirenz. The license was established by Presidential Decree n° 6.108/2007 and stemmed from the unsuccessful negotiations to reduce the price, which was consumed by about 40% of people living with HIV in Brazil. After the successful experience of

the national production of the Efavirenz, the Partnerships for Productive Development (PDP) established, the instrument was implemented within the health policy to stimulate to the Health Industrial-Economic Complex (HEIC) and generate positive impacts against SUS demands⁶⁴. In this regard, the Brazilian experience was the launch of the PDP in 2008, which placed the HEIC on the priorities of the new Brazilian industrial policy. The tool designed was that of the PDP as a specific action coordinated by the MoH. The basic PDP model involves central procurement of products (usually of high cost and greater technological complexity) purchased in the market (with a significant share of imports) to stimulate local production, involving technology transfer. In this context, the Bio-Manguinhos and Farmanguinhos Institutes (FIOCRUZ/MH) and Butantan were the prominent institutions involved in the technology transfer processes of interest to SUS⁶⁵. However, from a global health viewpoint, this topic is widely discussed since, like the World Trade Organization member countries, the Brazilian government must enact legislation that facilitates compulsory licensing to meet legitimate public health needs, public funding of research, and disciplining investments in innovation, which always returns to a confrontation between health and trade that is increasingly evident and polarized⁶⁶.

ACCELERATED ACCESS COLLABORATIVE POLICY (AAC)

In 2016, Accelerated Access Collaborative (AAC) was created as an initiative to select and simplify the development and approval process, set pricing, NICE assessment, and commercial negotiation, bringing forward access to innovative medicines. The aim was to allow the NHS to work positively and collaboratively and provide reassurance that system-wide, innovation-led changes will have significant benefits in streamlining clinical pathways, improving patient outcomes, and generating

efficiencies in the system. Initially, England invested around £2 million, which is still being implemented and has covered 50,000 patients in seven strategic technology areas⁶⁷.

Discussion

This integrative review summarizes pharmaceutical policies and practices and how similar health systems have adopted different ways to guarantee HPMs access and sustainability in each country. As mentioned in The High-Level Panel, access to medicines is not limited to LMICs, but this issue similarly affects rich countries⁶⁷. In this way, countries must learn from each other to address the difficulties to define the best pharmaceutical policies to access these medicines and maintain the system's sustainability. In literature, some policies such as patent reform legislation, reference pricing, outcome-based pricing, and incentivizing physicians to prescribe low-cost medicines are among the most promising short-term policy options brought to addressing the challenge of access to HPMs^{16,62}. A study conducted in OECD member states showed that the policies most often evaluated and used in these countries were payment reforms, managed care, and cost-sharing. However, despite the importance of this topic to the countries, for many widely-used policies, especially in LMICs, minimal evidence is available on their effectiveness in containing healthcare costs⁶⁸.

Remarkable differences are observed between the policies applied in Brazil and England. Among them, the Brazilian government has adopted the ERP to define medicines prices, while England has increased the agreements with industries (e.g., a voluntary scheme for branded medicines), showing different systems-price that ideally form a part of other policy control options. We cannot confirm that different mechanisms lead to different outcomes due to the lack of direct comparison of these systems' price results. However, some

results suggest that prices adopted in Brazil are higher than international benchmark prices²¹. The problem with ERP is the undisclosed rebates that most purchasers currently adopt for HPMs. Furthermore, the delay in launching the medicines in LMICs suggests that this system fails from the viewpoint of sustainability^{40,22}. Likewise, England's system agreement also fails to address the underlying factors, such as the lack of transparency in negotiations and several other negative repercussions of the current research and development model^{69,70}.

As illustrated in the peri-launch category, both countries draw similar HTA criteria for selecting medicines for reimbursement. However, the use of HTA in Brazil can also be limited due to the need for high-level HTA skills (pharmacoeconomic approaches and definition of thresholds) and the involvement of different stakeholders, their roles and responsibilities, and also transparency in evaluation results^{27,28,30,31}. Notwithstanding, a recent study identified that both HTA agencies (CONITEC and NICE) operate in a context of uncertainty in evaluating these medicines, which is expressed in the lack of critical assessment criteria in the final report published for their reimbursement (or not)⁷¹.

A new mechanism has been introduced in the field of HTA in the last few years. The MEAs in England to approve a new medicine for reimbursement are growing, and NICE has been adopting a work process that includes uncertainty in decision-making⁷². Negotiated discounts or confidential price sharing costs can provide the most efficient approach to achieving the right price and access to HPMs. However, these private arrangements can lead to acceptable uncertainty regarding a medicine's efficacy, effectiveness, and safety. Because of the confidential discounts, a fair process that aids the assessment of these schemes is also required^{44,56}. The lack of adequate evidence, unrealistic expectations, and pressure on stakeholders represent an appropriate backdrop for funding medicines

without clear sustainability criteria in health care. As a result, Brazil introduced the first MEAs for nusinersen⁴³. However, there is no evidence that the Brazilian health network is ready to evaluate the health outcomes independently to provide the outcome evidence. Therefore, the risk is likely to be only for the SUS, not the industry. Also, a new risk agreement may drastically affect the SUS principles, resulting in ineffective medicine payments that could adversely affect investments in preventive actions, especially those aimed at reducing prevalent health inequalities. This policy change points out to Brazil a new model that no longer gives priority to the development of national technology itself, in favor of using strategies like England, aiming only at market negotiation with industries. This Brazilian policy change has been aligned with significant economic policy changes involving decreased public investment.

Lastly, in post-launch policies, from a broader policy viewpoint, the CDF launch in 2010 gave the government in England the opportunity to build political capital, although it might also be described as a deregulation policy due to the very limited negative impact^{56,57}. This review suggests that the judicialization of health in Brazil is similar to the CDF context that considers it acceptable for the courts to incorporate these uncertainties into available medicines. One Brazilian primary policy measure, which is different from the approach taken in England, is the local production and development capacity by HEIC^{64,65}. A broader policy, 'Medicines for the Many: Public Health before Private Profit', has been discussed by the current English government, which addresses the issue of HPMS and recognizes that the current innovation system in the UK is bankrupt. It considers Brazil as an example to be analyzed about the use of flexibilities of the TRIPS agreement and a new local technology development model to bring economic opportunity and sustainability to the NHS⁶⁹. However, the policy applied nowadays in England is the AAC, which has

been implemented to accelerate innovative medicines access. Meanwhile, it has not yet been measured how much access this plan has produced – from uptake, clinical outcomes, and return on investment for this plan⁶⁷.

Conclusions

Based on a variety of pharmaceutical policies related to this review, both governments have proposed different measures to ensure access to HPMS sustainably. Among the key differences between these countries, the Brazilian government has adopted the ERP policy, which can be seen as problematic, coupled with a weak HTA system without limit to reimburse for HPMS. These results suggest a long-term commitment by recessive policies adopted in the economic policy that will, for sure, impact the pharmaceutical field and people's access to medicines. On the other hand, Brazil has a favorable policy, facing the barriers to access, with partnership proposals by intellectual property for public-private agreements. England has an apparent influence on the market with increasing managed agreements with industries, rate-of-return regulation for companies, and an overall limit for NHS spending, combined with a capital policy. Besides these differences, they are facing low success in controlling national pharmaceutical expenditure with considerable implications for the system's overall sustainability. The fact is that access and sustainability to medicines is no longer just a problem for LMICs but has become a global problem. A comprehensive approach appears necessary to secure policy initiatives, reconsidering regulatory assessment requirements to address the paucity of true innovation observed among newly approved medicines. Contextualizing evaluations in each health system, culture, and society is a factor that may be evaluated, valued, and encouraged to balance global consensus and local needs to define what pharmaceutical policies can be helpful in each country.

Collaborators

Vicente G (0000-0002-2758-4320)*, contributed to conception and planning, acquisition, data analysis and interpretation, structuring and final revision of the paper. Calnan M (0000-0002-7239-6898)* contributed to

data analysis and interpretation of the paper and critical review of important intellectual content. Rech N (0000-0003-4808-4277)* contributed to critical review of important intellectual content. Leite S (0000-0002-5258-9684)* contributed to the structuring and review of draft and final versions of the paper. ■

References

1. Correa CM, Hilty RM, editors. Access to Medicines and Vaccines. Cham: Springer International Publishing; 2022.
2. World Health Organization. WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies [access in 2019 Feb 4]. Available in: <https://www.who.int/publications/item/9789240011878>.
3. Dieleman JL, Squires E, Bui AL, et al. Factors associated with increases in US health care spending, 1996-2013. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2017 [access in 2019 Jan 2]; 318(17):1668-78. Available in: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2661579>.
4. Ewbank L, Omojomolo D, Sullivan K, et al. The Kings Fund. The rising cost of medicines to the NHS What's the story? 2018. [access in 2019 Jun 23]. Available in: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-04/Rising-cost-of-medicines.pdf>.
5. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. Rio Janeiro. 2018. [access in 2019 Mar 23]; 7-10. Available in: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/180117_td_2356.pdf.
6. Hasan SS, Lu CY. Chapter 1 – Access to High-Cost Medicines: An Overview. In: Equitable Access to High-Cost Pharmaceuticals. Amsterdam: Elsevier; 2018. p. 1-10.
7. Hasan SS, Kow CS, Babar Z-U-D. High-Cost Medicines: Access, Affordability, and Prices. *Enc. Pharm. Pract. Clin. Pharm*. 2019 [access in 2019 Jul 25]; (2):20-6. Available in: <https://pure.hud.ac.uk/en/publications/high-cost-medicines-access-affordability-and-prices>.
8. Wahlster P, Scahill S, Lu CY, et al. Barriers to access and use of high-cost medicines: A review. *Health Policy and Technology*. 2015 [access in 2019 mar 23]; 4(3):191-214. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2211883715000465>.
9. Pan American Health Organization. Access to High-Cost Medicines in the Americas: Situation, Challenges and Perspectives. In: Pan American Health Organization. Technical Series - Essential Medicine, Access, and Innovation. Washington, D.C.: PAHO; 2010. p. 81. [access in 2019 Apr 24]. Available in: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/High-cost-Med-Tech-Series-No-1-Sep-15-10.pdf>.
10. World Health Organization. Access to new medicines in Europe: technical review of policy initiatives and opportunities for collaboration and research. 2015. [access in 2019 Apr 24]. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500000>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ble in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/159405/WHO-EURO-2015-3211-42969-60044-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
11. Ferreira MRJ, Mendes AN. Commodification in the reforms of the German, French and British health systems. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [access in 2019 Apr 24]; 23(7):2159-70. Available in: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/commodification-in-the-reforms-of-the-german-french-and-british-health-systems/16838?id=16838>.
 12. De Souza LEPF, Paim JS, Teixeira CF, et al. The current challenges of the fight for a universal right to health in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019 [access in 2020 Jul 28]; 24(8):2783-92. Available in: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCbkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=en>.
 13. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.* 2005 [access in 2020 Jul 28]; 52(5):546-53. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
 14. Brandão CMR, Guerra Júnior AA, Cherchiglia ML, et al. Gastos do Ministério da Saúde do Brasil com Medicamentos de Alto Custo: Uma Análise Centrada no Paciente. *Value in Health.* 2011 [access in 2020 Jul 28]; 14(5):S71-7. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301511014446>.
 15. Packer C, Fung M, Stevens A. Analysing 10 years of early awareness and alert activity in the United Kingdom. *Int J Technol Assess Health Care.* 2012 [access in 2019 Nov 24]; 28(3):308-14. Available in: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/abs/analyzing-10-years-of-early-awareness-and-alert-activity-in-the-united-kingdom/88741A540C44A141530B5EA32AFAD73E>.
 16. Godman B, Bucsics A, Vella Bonnano P, et al. Barriers for Access to New Medicines: Searching for the balance between rising costs and limited budgets. *Front Public Heal.* 2018 [access 2019 Nov 24]; (6):328. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6290038/>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Monitoramento do Horizonte Tecnológico no Brasil: Avanços e Desafios. Ministério da Saúde: Brasília-DF; 2018. [access in 2022 Aug 24]. Available in: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_horizonte_tecnologico_brasil.pdf.
 18. Gomes PTC, Mata VE, Borges TC, et al. Horizon scanning in Brazil: Outputs and repercussions. *Rev Saude Publica.* 2019 [access in 2020 Jul 24]; 53(111):1-10. Available in: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102019000100295&script=sci_arttext&tlng=en.
 19. England. Department of Health & Social Care. The 2019 Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access. [access in 2019 Dec 10]. Available in: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/761834/voluntary-scheme-for-branded-medicines-pricing-and-access-chapters-and-glossary.pdf.
 20. Luiza VL, Oliveira MA, Chaves GC, et al. Pharmaceutical Policy in Brazil. In: Babar ZD, Editor. Pharmaceutical policy in countries with developing health-care systems. Rio de Janeiro. Springer International Publishing; 2017. p. 23-149.
 21. Bangalee V, Suleman F. A Comparative Study on Medicine Pricing in Brazil, Russia, India, China and South Africa (BRICS). *Glob J Health Sci.* 2018 [access in 2019 Jul 26]; 10(10):152. Available in: <https://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/0/36973>.
 22. Vogler S, Schneider P, Zimmermann N. Evolution of Average European Medicine Prices: Implications for the Methodology of External Price Referencing. *Pharm. Econ.* 2019 [access 2019 Jul 24]; 3(3):303-9. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41669-019-0120-9>.
 23. Charlton V. NICE and Fair? Health Technology Assessment Policy Under the UK's National Institute for Health and Care Excellence, 1999-2018. *Health Care Anal.* 2019 [access in 2019 Jul 10]; 28(3):193-227. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10728-019-00381-x>.

24. Cowles E, Marsden G, Cole A, Devlin N. A Review of NICE Methods and Processes Across Health Technology Assessment Programmes: Why the Differences and What is the Impact? *Appl Health Econ Health Pol.* 2017 [access in 2019 Jul 11]; 15(4):469-77. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-017-0309-y>.
25. Allen N, Walker SR, Liberti L, et al. Health Technology Assessment (HTA) - Case Studies: Factors Influencing Divergent HTA Reimbursement Recommendations. *Value Heal.* 2017 [access in 2019 Jul 20]; 20(3):320-8. Available in: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(16\)30019-5/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301516300195%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(16)30019-5/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301516300195%3Fshowall%3Dtrue).
26. Chabot I, Rocchi A. Oncology drug health technology assessment recommendations: Canadian versus UK experiences. *Clin Outcomes Res.* 2014 [access in 2019 Jul 21]; 6(1):357-67. Available in: <https://www.dovepress.com/oncology-drug-health-technology-assessment-recommendations-canadian-ve-peer-reviewed-fulltext-article-CEOR>.
27. Silva HP, Elias FTS. Incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde do Canadá e do Brasil: perspectivas para avanços nos processos de avaliação. *Cad. Saúde Pública.* 2019 [access in 2019 Nov 24]; (35):1-14. Available in: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6swM97RtM3jwggWMQLYVL3S/?lang=pt>.
28. Kuchenbecker R, Polanczyk CA. Institutionalizing Health Technology Assessment in Brazil: Challenges Ahead. *Value Heal Reg Issues.* 2012 [access in 2019 Apr 24]; 1(2):257-61.
29. Raftery J, Powell J. Health Technology Assessment in the UK. *Lancet.* 2013 [access in 2019 Jul 5]; 382(9900):1278-85. Available in: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61724-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61724-9/fulltext).
30. Schwarzer R, Rochau U, Saverno K, et al. Systematic overview of cost-effectiveness thresholds in ten countries across four continents. *J Comp Eff Res.* 2015 [access in 2019 Jul 1]; 4(5):485-504. Available in: <https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/cer.15.38>.
31. Elias FTS, Araújo DV. How health economic evaluation (HEE) contributes to decision-making in public health care: The case of Brazil. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2014 [access in 2019 Jul 1]; 108(7):405-12. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25444299/>.
32. Vogler S, Paris V, Ferrario A, et al. How Can Pricing and Reimbursement Policies Improve Affordable Access to Medicines? Lessons Learned from European Countries. *Appl Health Econ Health Pol.* 2017 [access in 2019 Jul 2]; 15(3):307-21. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-016-0300-z>.
33. Angelis A, Lange A, Kanavos P. Using health technology assessment to assess the value of new medicines: results of a systematic review and expert consultation across eight European countries. *Eur J Heal Econ.* 2018 [access in 2019 Jul 2]; 19(1):123-52. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-017-0871-0>.
34. Mejía A, Gilardino R, Kristensen FB, et al. Value-Based Pricing in Latin America: How Far Away Are We?. *Value Heal Reg Issues.* 2018 [access in 2019 Jul 02]; (7):1-5. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109918303625>.
35. Okumura LM, Rosim M, Riveros BS, et al. A glance in hepatitis C policy in Brazil: Access and performance. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [access in 2019 Jul 3]; 23(2):675-676. Available in: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N8WwyqMmbjmLHQvhBS4dJtw/?lang=pt>.
36. Mathes T, Pieper D, Morche J, et al. Pay for performance for hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019 [access in 2019 Dec 1]; (7). Available in: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011156.pub2/full#:~:text=The%20aim%20of%20this%20Cochrane,care%2C%20resource%20use%20and%20equity>.

37. Angelis A, Kanavos P. Multiple Criteria Decision Analysis (MCDA) for evaluating new medicines in Health Technology Assessment and beyond: The Advance Value Framework. *Soc Sci Med*. 2017 [access in 2019 Jul 6]; (188):137-56. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617303933?via%3Dihub>.
38. Campolina AG, Soárez PC, Amaral FV, et al. Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: Tão longe e tão perto?. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [access in 2019 Aug 24]; 33(10):1-15. Available in: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qgrxx6hCsCqR4JVndQZz3vS/?lang=pt>.
39. Bouvy JC, Sapede C, Garner S. Managed Entry Agreements for Pharmaceuticals in the Context of Adaptive Pathways in Europe. *Front Pharmacol*. 2018 [access in 2019 Jan 24]; 279:280. Available in: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2018.00280/full>.
40. Ferrario A, Kanavos P. Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: A comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Soc Sci Med*. 2015 [access in 2020 Jul 24]; (124):39-47. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614007266?via%3Dihub>.
41. Pauwels K, Huys I, Vogler S, et al. Managed entry agreements for oncology drugs: Lessons from the European experience to inform the future. *Front Pharmacol*. 2017 [access in 2020 Jul 24]; 8:1-8. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5378787/>.
42. Jarosławski S, Toumi M. Design of Patient Access Schemes in the UK: Influence of health technology assessment by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Appl Health Econ Health Pol*. 2011 [access in 2020 Jul 2]; 9(4):209-15. Available in: <https://link.springer.com/article/10.2165/11592960-000000000-00000>.
43. Caetano R, Hauegen RC, Osorio-de-Castro CGS. A incorporação do nusinersena no Sistema Único de Saúde: uma reflexão crítica sobre a institucionalização da avaliação de tecnologias em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [access in 2019 Jul 19]; 35(8):1-15. Available in: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Fv7D7nRF8DfRXFzCvW7KWbN/?lang=pt>.
44. Baines D. Equitable Access to High-Cost Pharmaceuticals. *ScienceDirect*. [access in 2019 Jan 24]. Available in: <https://www.sciencedirect.com/book/9780128119457/equitable-access-to-high-cost-pharmaceuticals> 23-34.
45. Acurcio FA, Brandão CMR, Guerra Júnior AA, et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Estud Popul*. 2009 [access in 2019 Jul 24]; (26):263-82. Available in: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/zDNWnTBNfhTW7GSZB3nMcfs/?lang=pt>.
46. Rover MRM, Vargas-Pelaez CM, Rocha Farias M, et al. Acceso a medicamentos de alto precio en Brasil: La perspectiva de médicos, farmacéuticos y usuarios. *Gac Sanit*. 2016 [access in 2019 Jul 20]; (30):110-6. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115002514>.
47. Europe. European Parliament. Regulation (EC) n° 141/2000 of the European Parliament and the Council. *Off J Eur Communities*. 1999. [access in 2022 Jul 15]. Available in: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000R0141>.
48. Blankart CR, Stargardt T, Schreyögg J. Availability of and Access to Orphan Drugs. *Pharmacoeconomics*. 2011 [access in 2019 Jul 24]; 29(1):63-82. Available in: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140002>.
49. Detiček A, Locatelli I, Kos M. Patient Access to Medicines for Rare Diseases in European Countries. *Value Heal*. 2018 [access in 2020 Jul 24]; 21(5):553-60. Available in: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(18\)30189-X/fulltext?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS109830151830189X%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(18)30189-X/fulltext?returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS109830151830189X%3Fshowall%3Dtrue).

50. Gammie T, Lu CY, Ud-Din Babar Z. Access to orphan drugs: A comprehensive review of legislations, regulations and policies in 35 countries. *PLoS One*. 2015 [access in 2020 Jul 24]; 10(10):1-24. Available in: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0140002>.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde - SUS. 2014. [access in 2020 Jul 10]. Available in: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes_Atencao-DoencasRaras.pdf.
52. Schwartz IVD, Souza MV, Gilberto P, et al. Clinical genetics and public policies: how should rare diseases be managed? *Clin Biomed Res*. 2014 [access in 2020 Jul 24]; 34(2). Available in: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/47988>.
53. Boy R, Schwartz IVD, Krug BC, et al. Ethical issues related to the access to orphan drugs in Brazil: the case of mucopolysaccharidosis type I. *J Med Ethics*. 2011 [access in 2020 Jul 24]; 37(4):233-9. Available in: <https://jme.bmj.com/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=21266385>.
54. Souza MV, Krug BC, Picon PD, et al. Medicamentos de alto custo para doenças raras no Brasil: o exemplo das doenças lisossômicas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010 [access in 2020 Jul 24]; (15):3443-54. Available in: <https://www.scielo.br/j/csc/a/r6Tsb5nQ6fW3HtQCLnHY7Kx/?lang=pt>.
55. Cheema PK, Gavura S, Migus M, et al. International variability in the reimbursement of cancer drugs by publicly funded drug programs. *Curr Oncol*. 2012 [access in 2020 Jul 11]; 19(3):165-76. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364777/>.
56. Dillon A, Landells LJ. NICE, the NHS, and Cancer Drugs. *JAMA*. 2018 [access in 2020 Jul 24]; 319(8):767-768. Available in: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2671713>.
57. Aggarwal A, Fojo T, Chamberlain C, et al. Do patient access schemes for high-cost cancer drugs deliver value to society? lessons from the NHS Cancer Drugs Fund. *Ann Oncol*. 2017 [access in 2020 Jul 24]; 28(8):1738-50. Available in: [https://www.annalsof-oncology.org/article/S0923-7534\(19\)32125-8/fulltext](https://www.annalsof-oncology.org/article/S0923-7534(19)32125-8/fulltext).
58. England. National cancer transformation programme, NHS. Achieving World-Class Cancer Outcomes: A strategy for England 2015-2020. Progress report 2016-17. 2017. [access in 2020 Jun 27]. Available in: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/10/national-cancer-transformation-programme-2016-17-progress.pdf>.
59. Madi MR, Cerri GG. Organisation of the cancer network in SUS: evolution of the care model. *Clinics*. 2018 [access in 2020 Jul 24]; 73(suppl1):e430s. Available in: <https://www.scielo.br/j/clin/a/FscQY4j9nczvnThgZfd8bWC/?lang=en>.
60. Barrios CH, Reinert T, Werutsky G. Access to high-cost drugs for advanced breast cancer in Latin America, particularly trastuzumab. *ecancermedicalscience*. 2019 [access in 2020 Jul 24]; (13):898. Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6372298/>.
61. Lopes GDL, Souza JA, Barrios C. Access to cancer medications in low- and middle-income countries. *Nat Rev Clin Oncol*. 2013 [access in 2020 Jul 24]; 10(6):314-22. Available in: <https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2013.55>.
62. Gronde TV, Uyl-de Groot CA, Pieters T. Addressing the challenge of high-priced prescription drugs in the era of precision medicine: A systematic review of drug life cycles, therapeutic drug markets, and regulatory frameworks. *PLoS One*. 2017 [access in 2020 Jul 24]; 12(8):e0182613. Available in: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182613>.
63. World Trade Organization. Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS). 1994. [access in 2020 Jun 27]. Available in: https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips_01_e.htm.

64. Gadelha CAG, Temporão JG. Development, innovation, and health: The theoretical and political perspective of the health economic-industrial complex. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [access in 2020 Jul 24]; 23(6):1891-902. Available in: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47528>.
65. Chaves GC, Hasenclever L, Osorio-de-Castro CGS, et al. Strategies for price reduction of HIV medicines under a monopoly situation in Brazil. *Rev. Saúde Pública.* 2015 [access in 2020 Jul 24]; 49(0). Available in: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DmLdYsvnyLLdVfXMSj69Bnn/?lang=en>.
66. Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! *Cad. Saúde Pública.* 2017 [access in 2020 Jul 24]; 33(9):e00123117. Available in: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/228/acesso-a-medicamentos-impasse-entre-a-saude-e-o-comercio>.
67. England. Accelerated Access Review: Final Report - Review of innovative medicines and medical Technologies. 2016. [access in 2020 Jul 24]. Available in: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565072/AAR_final.pdf.
68. Stadhouders N, Kruse F, Tanke M, et al. Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy.* 2019 [access in 2020 Jul 24]; 123(1):71-9. Available in: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168-8510\(18\)30634-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168-8510(18)30634-1).
69. England. Public Health before Private Profit. 2020. [access in 2020 Jul 24]. Available in: <https://labour.org.uk/wp-content/uploads/2019/09/Medicines-For-The-Many.pdf>.
70. Abdel Rida N, Mohamed Ibrahim MI, Babar ZUD, et al. A systematic review of pharmaceutical pricing policies in developing countries. *J Pharm Heal Serv Res.* 2017 [access in 2020 Jul 24]; 8(4):213-26. Available in: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jphs.12191>.
71. Vicente G, Cunico C, Leite SN. Transforming uncertainties into legitimate regulation? NICE and CONITEC agencies' decisions on rare diseases. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [access in 2020 Jul 24]; 26(11):5533-5546. Available in: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n9bDQM SzVLcdMZcnRF6Qqhm/?lang=en>.
72. Brown P, Calnan M. NICE technology appraisals: working with multiple levels of uncertainty and the potential for bias. *Med Health Care Philos.* 2013 [access in 2020 Jul 24]; 16(2):281-93. Available in: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-011-9376-2>.

Received on 09/21/2021

Approved on 05/10/2022

Conflict of interests: non-existent

Financial support: This study was financed by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES), Brazil

O acadêmico de Medicina frente à população em situação de rua: Trabalho Colaborativo como ferramenta

The medical student in front of the homeless population: Collaborative Work as a tool

Elisabete D'Oliveira Paula Sousa¹, Magda de Souza Chagas¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213423

RESUMO Trata-se do relato de experiência de uma acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense, bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Interprofissionalidade, atuando integrada ao Consultório na Rua de Niterói (RJ), Brasil entre abril de 2019 e março de 2020. Objetivando-se o reconhecimento de desafios, limites e potencialidades da Educação Interprofissional e do Trabalho Colaborativo, utilizou-se como ferramenta metodológica a narrativa construída por meio de 44 relatórios enviados aos preceptores e tutores do Programa, partilhando-se não apenas o que o campo prático como espaço físico trouxe à luz, mas também o que ganhou vida por meio da intersubjetividade no encontro com diversos personagens. A oportunidade de acompanhar o Consultório na Rua possibilitou à estudante conhecer mais sobre esse serviço essencial para garantia da equidade na saúde da população em situação de rua, levando ao aperfeiçoamento e desenvolvimento de habilidades e ferramentas que irão compor um trabalho centrado na formação de vínculos positivos com usuários do serviço, na oferta do cuidado integral e nas práticas colaborativas em saúde. Concluiu-se que, apesar das inúmeras barreiras, a Educação Interprofissional e o Trabalho Colaborativo constituem importantes instrumentos na formação acadêmica, destacando-se na produção de serviços de saúde de alta qualidade, sobretudo na oferta do cuidado integral às pessoas em vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE Atendimento integral à saúde. Assistência centrada no paciente. Educação Interprofissional. Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT *This is the experience report of a medical academic from Federal University Fluminense, intern of the Education Program for Work for Health/Interprofessionalism, working as part of the Street Clinic of Niterói/RJ, Brazil between April 2019 and March 2020. Aiming at the recognition of challenges, limits and potential of Interprofessional Education and Collaborative Work, the narrative constructed through 44 reports sent to the Program's preceptors and tutors was used as a methodological tool, being shared not only what the practical field as a physical space brought to light, but also what came to life through intersubjectivity in the encounter with different characters. The opportunity to follow the strategy allowed the student to know more about this essential service to ensure equity in the health of the homeless population, leading to the improvement/development of skills/tools that will compose a work centered on the formation of positive bonds with service users, in the provision of comprehensive care and collaborative health practices. It was concluded that, despite the numerous barriers, Interprofessional Education and Collaborative Work are important instruments in academic training, standing out in the production of high quality health services, especially in offering comprehensive care to people in vulnerability.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
edopsousa@id.uff.br

KEYWORDS *Comprehensive health care. Patient-centered care. Interprofessional education. Homeless persons.*



Introdução

Sabe-se que é ainda reduzido o conhecimento que se tem acerca da predisposição dos alunos em aprender sobre a População em Situação de Rua (PSR), mesmo diante de currículos voltados para contextos de vulnerabilidade¹. No entanto, a necessidade de se estar apto para acolher esse grupo é essencial para todos os profissionais, sobretudo para aqueles que atuarão em um sistema de saúde que tem como alguns dos princípios a universalidade e a equidade, como o Sistema Único de Saúde (SUS), onde a Educação Interprofissional (EIP) e o Trabalho Colaborativo (TC) são fundamentais.

Em 23 de julho de 2018, o Ministério da Saúde publicou o edital nº 10 com a finalidade de promover a seleção de projetos para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em sua edição Interprofissionalidade, que fomentassem a “qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o [...] SUS e as instituições de ensino [...]”²⁽⁷⁸⁾, promovendo a “[...] EIP e as Práticas Colaborativas em Saúde”²⁽⁷⁸⁾ e “mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde”²⁽⁷⁸⁾ e que articulassem

suas ações com as de outros projetos que contribuem para fortalecer mudanças na formação de graduação em consonância com as complexas necessidades em saúde requeridas para o SUS²⁽⁷⁸⁾.

O Consultório na Rua (CnaR), que integrou o PET-Saúde/Interprofissionalidade por meio da preceptoria de graduandos, compõe a Rede de Atenção Psicossocial e segue fundamentos e diretrizes definidos pela Política Nacional de Atenção Básica³. Tal serviço é essencial para a garantia do acesso equânime à saúde pela PSR. Tendo como um dos focos a atenção integral, a equipe do CnaR (eCnaR) pode ser composta por: a) enfermeiro, psicólogo, assistente

social e terapeuta ocupacional; b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação; e c) médico. A eCnaR pode ser estruturada em três distintas modalidades: I) constituída minimamente por quatro profissionais e obrigatoriamente formada por dois dentre os trabalhadores citados no item ‘a’ e os demais profissionais citados nos itens ‘a’ e ‘b’; II) constituída por no mínimo seis profissionais, sendo obrigatoriamente três dentre os citados no item ‘a’ e os demais, nos itens ‘a’ e ‘b’; III) formada pela II acrescida do médico⁴.

Com a finalidade de aproximar o acadêmico deste mundo, a realização de atividades voltadas para populações em situação de vulnerabilidade e a partilha de vivências são práticas indispensáveis à formação de futuros profissionais. Desse modo, este relato de experiências da integração de uma aluna de Medicina ao CnaR tem como objetivos produzir reflexões sobre a educação e o TC, destacar desafios e limites no exercício da interprofissionalidade, sobretudo diante de populações em vulnerabilidade, e identificar potencialidades na educação e no trabalho interprofissional.

Metodologia

Este trabalho relata experiências da acadêmica de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) vivenciadas entre abril de 2019 e março de 2020, ao acompanhar o serviço oferecido pela eCnaR de Niterói como estagiária bolsista do PET-Saúde/Interprofissionalidade, sendo assistida por preceptores/profissionais do serviço e por tutores/professores da UFF. O CnaR de Niterói, que tem como público-alvo a PSR daquele município, integrou o Programa por meio dessa preceptoria de graduandos da UFF dos cursos de Medicina, Educação Física e Serviço Social, com um preceptor bolsista e dois voluntários.

O trabalho realizado no CnaR de Niterói desenvolveu-se por intermédio de duas equipes formadas por um coordenador, um médico, um psicólogo, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, três assistentes sociais, um agente redutor de danos, um dentista e dois motoristas responsáveis pelo transporte da equipe e de usuários por meio de duas unidades móveis disponibilizadas ao serviço, importantes para melhor desenvolvimento das ações planejadas. Sendo o trabalho essencialmente itinerante o principal campo de atuação foi o espaço da rua, embora não único, e a interação da acadêmica de Medicina não se restringiu às relações estabelecidas com preceptores e outros discentes; foi também construída com a eCnaR, com diversos usuários dessa estratégia e com trabalhadores de outros serviços.

Utilizaram-se como base para a composição desta narrativa 44 relatórios reflexivos, escritos e enviados semanalmente ao preceptor e aos tutores do Programa. A releitura desses relatos possibilitou a renovação do olhar cada vez que eram contemplados, permitindo o acréscimo de novas ideias acerca das histórias narradas pelos usuários do serviço que, de forma ora delicada, ora brusca, foram também compondo a história da acadêmica.

Para se produzir o cuidado, não basta que o profissional esteja disponível apenas para escutar histórias de adoecimento. Porque não escutar histórias de vida? Conhecer as memórias do paciente é também se deixar envolver por suas narrativas, não somente as de doença, mas também as de superação, conflitos, sonhos... e, assim, ser capaz de compreendê-lo melhor. As narrativas realizam “mediações entre o ‘interior’ e o ‘exterior’ ao ‘eu’ na relação ser-no-mundo”⁵⁽¹⁰⁶⁸⁾, sendo assim, é possível chegar, por meio da escuta, a diagnósticos mais precisos e propor projetos terapêuticos singulares mais eficazes – às vezes, para alguns sujeitos, a escuta é o próprio tratamento, ou pelo menos seu início.

Relato de experiência e reflexões

Começo recordando-me da fala de um aluno de Medicina que dizia que se quisesse cuidar do paciente, seria enfermeiro. Perguntei-me o porquê de tamanho distanciamento do ato de cuidar. Está a condição de ser médico oposta ao cuidado? Essa ação é exclusiva do profissional de enfermagem? O cuidar é ‘função’ de um e não de outro? Pertence a um, mas não ao outro? Quem produz o cuidado? O que ele tinha em mente quando se referia ao cuidado? Qual era, para ele, a definição? Tal visão parecia limitar não apenas o cuidado e toda dimensão que carrega, mas também a atuação dos médicos, além de reduzir a prática dos enfermeiros ao exercício do cuidado em seu sentido mais restrito, excluindo também o paciente desse processo de produção do próprio cuidado.

A Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as DCNs do Curso de Graduação em Medicina, enfatiza a importância da formação de médicos com princípios humanísticos, reflexivos, críticos e éticos que sejam capazes de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, assumindo, dentre outros, o compromisso com a defesa da saúde integral do ser humano e tendo a transversalidade em sua prática⁶. Nesse prisma, o graduando será formado de modo a considerar as diversidades do sujeito, trabalhando interprofissionalmente para a concretização do acesso universal e equânime à saúde, com base na reflexão sobre sua própria prática e na troca de saberes com outros profissionais da área da saúde e de outras áreas do conhecimento⁶.

Um profissional do CnaR certa vez me indagou a respeito do que escrevia em meus relatórios entregues semanalmente ao preceptor e aos tutores do PET-Saúde/ Interprofissionalidade. Disse-lhe que eram reflexões acerca da minha atuação e formação como estudante e futura médica. O profissional perguntou-me, então: “*Como futura médica ou profissional de saúde?*”. Disse-lhe com firmeza

que como profissional de saúde sempre, mas que, diante de situações como a anteriormente apresentada sobre a atuação médica, era esse o profissional, mais do que qualquer outro na minha visão, o que precisava repensar a forma como acolhe a PSR e a qualidade do cuidado que a ela oferece. Situações como essa e tantas outras por mim vividas são algumas das que fortaleceram minha resposta.

Considerando as competências e habilidades necessárias para a formação dos profissionais de saúde, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 569, de 8 de dezembro de 2017, que expressa pressupostos, princípios e diretrizes comuns para as DCNs dos cursos de graduação para a área da saúde, destaca a necessidade de “[...] abordagem do processo de saúde-doença em seus múltiplos aspectos de determinação [...]”⁷ por meio da inserção de estudantes, desde o início da formação, em cenários diversificados de prática do SUS, com base na “[...] perspectiva colaborativa e interprofissional”⁷, levando a mudanças na “[...] lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde”⁷.

Durante o estágio, procurava sempre me aproximar dos usuários e escutar atentamente suas histórias de vida, que traziam muita tristeza, medo, solidão, mas também momentos felizes, construção de novos laços ou restabelecimento dos perdidos e esperanças. Em alguns momentos, quando sentia que já não havia o que ser feito, a escuta, ferramenta valiosa, tornava-se a única que poderia continuar utilizando, ouvi de uma usuária do CnaR: “*Só de a senhora ter me dado atenção já valeu muito! Fez muita coisa!*”. Inicialmente, ela estava agitada e chorava muito. Mas, apesar da extrema dificuldade para se estabelecer a princípio um diálogo, pude oferecer-lhe um pouco do que ela precisava naquele momento, que era ser de fato ouvida. Nesse dia, percebi que pude fazer com que alguém em situação de rua não se sentisse invisível.

O território era dinâmico: moldava-se de acordo com pessoas, horários e acontecimentos diários. As atividades ocorriam

predominantemente no espaço da rua, embora hospitais, abrigos, ocupações, Unidades Básicas de Saúde e outros onde a PSR pudesse ser encontrada também eram locais de atuação da equipe. O público era diversificado, sendo abordados jovens, adultos, idosos, homens, mulheres, gestantes, famílias, usuários ou não de álcool e outras drogas, desempregados e trabalhadores autônomos, pessoas há muitos anos ou poucos dias nas ruas, com e sem educação formal, com e sem religião, dentre tantos outros. Cada um com necessidades ou demandas diferentes – doenças físicas, transtornos mentais, ausência de documentos, procura por trabalho ou abrigo, necessidade de pré-natal etc. – com sentimentos compartilhados ou não e com uma atitude singular frente à sua condição socioeconômica e diante da eCnaR.

Durante esse período, pôde-se perceber a importância de não se desperdiçar o momento em que a própria pessoa ansiava por mudanças em sua vida, pois esse era o cenário mais favorável e dotado de maior potencial para transformações profundas e duradouras no indivíduo. Percebia-se que um dos pontos-chave do serviço era trabalhar na construção da autonomia do usuário. Em diversos momentos, ouvi a frase “*Nós não precisamos de médico. Não estamos doentes!*”. Nesse contexto, outro desafio era despertar nesse sujeito o desejo de autocuidado a partir de ações que envolvessem a promoção e a recuperação da saúde e a prevenção de agravos.

Em alguns momentos, senti-me angustiada quando surgiam demandas que dificilmente poderia ajudar a resolver como estudante e estagiária, ainda sem a autonomia e experiência necessárias para conduzir o caso com a equipe. Creio que aquele sentimento também fazia parte do aprendizado e que a sensação de impotência diante da complexidade de um caso pode estar presente em alguns momentos, até mesmo em profissionais experientes, sendo o TC essencial para a superação dessas adversidades.

Diante dos cenários expostos, sei que, mesmo após formada, nem sempre terei as

ferramentas necessárias para a resolução dos inúmeros e intrincados problemas que se apresentarão. Sei também que essa é uma ansiedade que me convida a refletir sobre esse grupo em situação vulnerável e reforça a profissional que almejo me tornar e a qualidade de serviço que desejo oferecer. Esse modo de pensar e fazer o trabalho médico pautado no cuidado compartilhado acompanhou-me durante toda a formação e embora tenha passado a utilizar o termo TC com maior propriedade após minha participação no PET-Saúde, seu sentido já estava presente em mim e foi crescendo a cada experiência.

Ao conviver com a equipe e os usuários do serviço, pude confirmar algumas ideias que já possuía a respeito dos objetivos da estratégia CnaR e do TC em saúde, sobretudo, pude acrescentar novos e valiosos conhecimentos. Sei que ainda há muito o que ler, conhecer, vivenciar e aprender, mas não há dúvidas de que a experiência foi rica, provocou reflexões críticas e contribuiu profundamente, não apenas para minha formação médica e profissional como também para meu crescimento como indivíduo e ser social.

Mas afinal, quem é essa PSR? Onde pode ser encontrada? Quem são os sujeitos que a compõem? É possível responder, ao menos em parte, a estes questionamentos dando-se visibilidade à PSR mediante diagnósticos, censos, cartografias, mapeamento de área etc. Esses diferentes mecanismos auxiliam a equipe na identificação dessas pessoas, onde costumam ficar, como se relacionam com a comunidade e demais atores que as rodeiam³. Saber quantos indivíduos compõem essa população e onde encontrá-los é fundamental para a aplicação de políticas de saúde pública e criação de estratégias que deem visibilidade a esses sujeitos. Porém, tão importante quanto, é o trabalho realizado no âmbito de cada serviço, à medida que procura resoluções para necessidades e demandas de cada indivíduo e grupo populacional.

Apesar das inúmeras dificuldades para a realização de um censo que reflita adequadamente o número de pessoas vivendo em

situação de rua no país, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada divulgou em 2020 nota técnica que apresenta a estimativa da PSR no Brasil no período de setembro de 2012 a março de 2020. O estudo evidenciou crescimento da PSR no decorrer dos anos analisados e uma aceleração recente desse aumento, além de maior concentração dessa população nos grandes municípios, onde o crescimento foi ainda mais intenso. Constatou-se que o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil era de 221,869 em março de 2020, apresentando características principalmente urbanas e predominância no Sudeste, onde mais da metade dessa população pode ser encontrada⁸.

São diversos os fatores que levam o sujeito a estar em situação de rua e, dentre eles, podem ser destacados conflitos familiares, uso prejudicial de álcool e outras drogas, desemprego e violência doméstica. Saber reconhecer essas particularidades a fim de desenvolver ações singulares, sem dúvida, demanda trabalho, mas, por meio da prática interprofissional vivenciada no próprio serviço produzido pela eCnaR, em conjunto com outros setores e profissionais, os serviços se tornam mais capacitados a alcançar esses indivíduos, e a oferta de uma saúde pública de qualidade torna-se cada vez mais palpável. Santos e Ceccim⁹⁽¹⁰⁴³⁾ destacam que:

[...] a presença do consultório na rua não é simplesmente técnica, trata-se de uma presença política na esfera dos direitos, da equidade e da justiça, assim como intervenção política e cultural, respeitando modos de vida, promoção da saúde e defesa da multiplicidade na cidadania.

Quando se fala em PSR, é preciso ter em mente que, embora as condições socioeconômicas sejam semelhantes, cada território é ímpar, pois é formado de pessoas com histórias e experiências distintas, ou seja, o “território não se reduz à sua dimensão material; ele é um campo de forças, uma teia ou rede de relações”¹⁰⁽⁷⁴⁾, necessitando, portanto, que cada

profissional tenha um olhar diferenciado capaz de compreender integralmente a dinâmica dos processos que ocorrem no território, atuando de forma direcionada, tendo claros os objetivos a serem alcançados e promovendo a equidade; assim, serão maiores as possibilidades de sucesso. Entretanto, deve-se ter em mente que

o enfrentamento desses desafios exige dos sistemas de saúde um grande esforço no sentido de ofertar serviços de saúde coerentes com as demandas sociais e de saúde, assegurando boa resposta e fortalecendo a ideia de saúde como direito de todos, dever do Estado, e orientados pelas diretrizes do nosso Sistema de Saúde – o SUS¹¹⁽¹¹⁾.

Uma pessoa em situação de rua, como qualquer outra que viva regularmente em uma habitação, é atravessada não apenas pelo espaço físico que ocupa, mas também pelo que carrega de aspectos religiosos, culturais, sociais, políticos e tantos outros que vão construindo sua história. Incorporar as diversas dimensões do território e incorporar esse território vivo à dinâmica do cuidado é construir singularidade no encontro com o outro. Sendo assim,

[...] podemos entender o território como um composto formado por pelo menos três dimensões: 1 como espaço físico, constituído por ruas, casas, escolas, empresas, entre outros; 2 como dimensão simbólica, expressa por aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, etc.; 3 como dimensão existencial, que diz respeito aos modos pelos quais o território ganha sentido a partir de cada história pessoal. Essas três dimensões correspondem aquilo que podemos chamar ‘território vivo’ ou o espaço, o tempo, a matéria com que se ‘produz subjetividades’. [...] Para um território vivo, composto pelas três dimensões citadas, é possível traçar o que chamamos de ‘Cartografia’, ou seja, um conjunto sempre dinâmico de ‘mapas psicossociais’¹²⁽⁸⁴⁾.

Tendo-se conhecimento de que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico,

mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”¹³, e que as situações diariamente apresentadas aos profissionais são diversas e complexas, pergunta-se por que ainda há tantos médicos que têm como focos apenas o diagnóstico e o tratamento de doenças.

É importante destacar que, ainda que o ‘diagnóstico clínico’ seja o mesmo, o viver o adoecimento é singular a cada vivente; as marcas, as histórias e os contextos que cada um vivencia interferem nos modos de conduzir suas existências¹⁰⁽⁷⁷⁾.

Para Ferla e Toassi¹⁴⁽⁸⁾, a

[...] superação da lógica queixa-conduta, bem visível na lógica assistencial predominante, incluiu também a identificação de necessidades de saúde singulares de pessoas e coletividades, em situações concretas de vida e trabalho, buscando ações que ampliem a autonomia e qualidade de vida de indivíduos e grupos.

Reconhecer as deficiências que impeçam a oferta de um serviço de qualidade é um dos passos necessários na caminhada em direção à sua superação. É impossível pensar que os mapas psicossociais abordados possam ser trazidos à luz por ações unicamente individualizadas e especializadas, pois cada profissional, atuando no campo da subjetividade, pode contribuir com visão diferenciada acerca do que é apresentado, ou seja, com uma contribuição que vai além de sua formação técnica inicial. “[...] O trabalho em saúde, para favorecer a produção do cuidado, precisa ser construído de modo coletivo e compartilhado [...]”¹⁰⁽⁷⁴⁾. Portanto,

[...] torna-se central o debate sobre as competências necessárias para atuar em consonância com as necessidades de cuidado a esta população e a habilidade de trabalho colaborativo e em rede¹⁵⁽⁴⁾.

Infelizmente, é grande o despreparo de inúmeros profissionais, sobretudo dos recém-formados, ao lidarem com situações e populações para as quais não foram preparados durante sua formação, como as populações em situação de vulnerabilidade. Embora algumas disciplinas tenham a proposta de aproximar o acadêmico desse mundo, percebe-se que são insuficientes. Os conteúdos humanísticos médicos – aqueles voltados para relações humanas no campo da intersubjetividade – são frequentemente disponibilizados aos alunos como disciplinas eletivas ou atividades complementares¹⁶.

Machado e Rabello¹⁵ sugerem que uma formação profissional com lacunas resultaria em ausência de competências necessárias para a sistematização do trabalho e afastaria os profissionais da realização de um trabalho que considera a construção de uma história com a PSR. Assim, quando se pensa em estratégias para fortalecimento do sistema de saúde, deve-se pensar também em formação profissional adequada à obtenção de tal finalidade. Nesse cenário, fazem-se necessárias reflexões acerca de quais seriam os modelos educacionais capazes de conduzir ao desenvolvimento dessas novas práticas profissionais¹⁷.

Para a materialização desse modo de produzir saúde, é essencial que o profissional e o aluno ampliem seu olhar e enxerguem o indivíduo integralmente, compreendendo-o em suas diversas dimensões, pois esse sujeito não é apenas um ‘paciente do CnaR’ é uma pessoa com um nome, uma família, quer seja essa formada por laços sanguíneos ou não, que é ou não usuária de álcool e outras drogas, que é pai ou mãe, que é trabalhador ou desempregado, com ou sem transtorno mental, que sofreu preconceitos, que está longe de sua terra natal etc. Essa forma de ver o paciente em sua totalidade teve origem com o surgimento do modelo de atenção biopsicossocial, realçando uma atenção à saúde que tem a visão do sujeito em sua subjetividade, enxergando-o além de um organismo doente¹⁶.

Quando se tem como focos o conceito ampliado de saúde e seu acesso universal e

equânime pela PSR, a formação de vínculos com toda a equipe é essencial para que os resultados planejados em conjunto com o usuário sejam alcançados. No entanto, essa aproximação com o serviço pode, inicialmente, ocorrer por meio da criação de laços apenas com determinado profissional, podendo ser o médico, o assistente social, o redutor de danos, o motorista ou qualquer outro que tenha clara sua participação na promoção de cuidado partilhado e que, portanto, seja capaz de enxergar essa possibilidade de trazer mais para perto de toda a equipe e do serviço esse indivíduo.

Permitir que as multiplicidades do plano do cuidado sejam experimentadas e agenciadas pelos múltiplos sujeitos em produção, remete ao entendimento de que cada sujeito é multidão e que nos constituímos na multiplicidade¹⁸⁽³¹⁸⁾.

Dessa maneira, segundo Ceccim¹⁹⁽⁵²⁻⁵³⁾,

[...] não faz sentido, no mundo do cuidado e da cura, que mais importante que as necessidades dos usuários das ações de saúde, estejam as necessidades de manutenção do modo corporativo de atuar ou a primazia de preservação de fronteiras profissionais que resultem em desenhos de profissão, não de atenção integral à saúde.

O convívio com os usuários do CnaR e suas demandas exige que o trabalho seja realizado colaborativamente pelos profissionais e que esses tenham a capacidade de perceber as reais demandas e necessidades do sujeito, ainda que não sejam verbalmente exteriorizadas. Mas, infelizmente, há ainda um “[...] descompasso entre as ofertas de qualificação acadêmica e as reais demandas das ruas que se apresentam aos trabalhadores”¹⁵⁽²¹⁾. Segundo Merhy²⁰⁽¹¹¹⁾,

[...] quanto maior a composição das caixas de ferramentas (aqui entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde) utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores

de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho.

O estudo realizado por Feldman et al.¹ sobre as necessidades de um currículo que incluísse pessoas em situação de rua destacou a importância da exposição a esses sujeitos como estratégia para que os alunos compreendam as iniquidades e os determinantes sociais em saúde, sendo a aprendizagem baseada na experiência com foco nesse grupo específico valiosa para a aquisição de conhecimentos que poderão ser utilizados diante de outros grupos em situação de vulnerabilidade. O estudo também ressaltou que os alunos sentem medo e ansiedade diante da perspectiva do trabalho no ambiente da rua e que a aprendizagem baseada em experiência, além de possibilitar o desenvolvimento de novas habilidades, também seria uma oportunidade para que os estudantes trabalhassem com uma variedade de profissionais de saúde e fossem expostos a outros ambientes de prática, preenchendo, dessa forma, a lacuna existente entre sala de aula e realidade¹.

Observando-se o campo de atuação da eCnaR e as necessidades de saúde de seu público, abre-se um vasto leque que conduz o estudante de Medicina, antes habituado apenas aos ambientes de salas de aula, enfermarias e consultórios, a mergulhar no universo da interprofissionalidade em diferentes espaços. O aluno pode, por meio da participação em reuniões de equipe, dos trabalhos em campo, das visitas feitas aos abrigos e hospitais, dos projetos realizados com determinados grupos, como de gestantes, da conversa com os usuários etc., desenvolver de forma crescente o sentimento de que a responsabilização pelo paciente deve partir de todos aqueles que atuam no serviço, de modo que cada um contribua com a formação do projeto terapêutico que atenda às reais demandas e necessidades do

cidadão. Porém, a realização de um trabalho compartilhado requer o empenho de cada profissional envolvido.

Considerações finais

Infelizmente, são inúmeras as barreiras a serem transpostas quando se fala em acesso equânime e universal aos serviços de saúde e na oferta de um serviço dotado de alta qualidade, sobretudo quando o sujeito em destaque é aquele em situação de maior vulnerabilidade, como as pessoas em situação de rua. Essas limitações têm início na formação acadêmica e se estendem para a atuação profissional, já que, durante o processo de formação, são poucas as oportunidades disponibilizadas ao estudante de Medicina que tenham por objetivo a familiarização com grupos como a PSR.

Além desse despreparo frente aos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade decorrente da falta de visibilidade dada a essas pessoas durante o curso de Medicina, a ausência de uma visão do sujeito em sua integralidade reduz o cuidado e propõe, em diversos momentos, ações pouco resolutivas em relação às complexas e diversas necessidades e demandas de um grupo tão heterogêneo como o composto pelas pessoas em situação de rua. Reconhecer que essas pessoas existem e que são sujeitos dotados de singularidade, embora dividam o mesmo espaço – a rua –, são pontos-chave para a construção de estratégias orientadas para a superação dessa realidade.

Dentre algumas das estratégias para a adequada remoção desses obstáculos que se impõem diariamente estão a interprofissionalidade e o TC em saúde, uma vez que esses constituem importantes meios para a aquisição de novas habilidades e ferramentas no cuidado e na formação de vínculos positivos com os usuários dos serviços. Esse ato de cuidar, pertencente – ou que deveria pertencer – à ação de todo profissional da saúde, sem dúvida será

melhor desenvolvido durante os processos de troca com alunos de diferentes cursos e no convívio com profissionais de diversas formações.

Certamente, são inúmeros os desafios a serem enfrentados para a adoção de uma EIP pelas universidades, como os orçamentários e políticos, a falta de espaços para acomodação dos alunos, o grande número de discentes por turma, o pouco interesse em lidar com populações em situação de maior vulnerabilidade, o despreparo de professores diante dessa nova forma de ensino-aprendizagem etc., e saber identificá-los é o primeiro passo para o início desse enfrentamento. Pensar em futuros médicos que valorizam outras profissões, que estejam abertos ao processo de troca com outros trabalhadores, que atuem além de sua formação técnica preestabelecida ou, em outras palavras, que promovam um

Trabalho Colaborativo, é, antes, pensar em estudantes sendo preparados na imersão da lógica interprofissional.

Colaboradoras

Informamos que o material apresentado é fruto do trabalho de conclusão de curso de Medicina de Elisabete D'Oliveira Paula Sousa, cuja orientadora foi Magda de Souza Chagas. Sousa EOP (0000-0002-0474-5806)* contribuiu para a concepção, a construção metodológica do relato, o desenho da estrutura do texto, a discussão, a estrutura final e para a produção textual. Chagas MS (0000-0002-3616-6745)* contribuiu para a concepção, a construção metodológica do relato, o desenho da estrutura do texto, a discussão e para a estrutura final. ■

Referências

1. Feldman CT, Stevens GD, Lowe E, et al. Inclusion of the homeless in health equity curricula: a needs assessment study. *Med Educ Online*. 2020 [acesso em 2021 maio 6]; 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10872981.2020.1777061>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 10, 23 de julho 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade - 2018/2019. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 24 Jul 2019. (ed. 141, seção 3, página: 78). [acesso em 2022 jul 4]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/33889041/doi3-2018-07-24-edital-n-10-23-de-julho-2018-selecao-para-o-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude-interprofissionalidade-2018-2019-33889037.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2021 fev 14]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Diário oficial da União. 21 Maio 2014.
5. Castellanos MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2021 maio 16]; 9(4):1065-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=pt&tlng=pt.
6. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014. [acesso em 2022 jul 4]. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 26 Fev 2018. [acesso em 2022 ago 4]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>.
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Nota Técnica nº 73 (Disoc): Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). Brasília, DF: IPEA; 2020. [acesso em 2021 maio 16]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35812.
9. Santos CF, Ceccim RB. Encounters on the street: Possibilities of health in a street health care center. *Interf. Commun Heal Educ.* 2018 [acesso em 2021 maio 16]; 22(67):1043-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0228>.
10. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde debate.* 2019 [acesso em 2021 maio 16]; 43(esp6):70-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S606>.
11. Costa MV, Peduzzi M, Freire Filho JR, et al. Educação Interprofissional em Saúde. *Rede Unida.* 2018 [acesso em 2021 mar 19]; 1(1):85. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Caminhos do Cuidado: caderno do tutor. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2021 mar 19]. Disponível em: <http://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/574>.
13. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946. [acesso em 2021 mar 19]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>.
14. Ferla AA, Toassi RFC. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. In: Toassi RFC. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 7-13. (Série Vivência em Educação na Saúde). [acesso em 2021 mar 19]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>.
15. Machado MPM, Rabello ET. Skill for the work in the street offices. *Physis.* 2018 [acesso em 2021 mar 19]; 28(4):1-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280413>.
16. Rios IC. Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2016 [acesso em 2021 maio 6]; 40(1):21-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01032015>.
17. Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colabora-

- tivas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 14-27. (Série Vivência em Educação na Saúde). [acesso em 2021 mar 1]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>.
18. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface - Comun Saúde, Educ. 2014 [acesso em 2021 maio 24]; 18(49):313-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200313&lng=pt&tlng=pt.
19. Ceccim RB. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi RFC. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 49-67. (Série Vivência em Educação na Saúde). [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>.
20. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-137. [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CadernoVER_SUS.pdf.

Recebido em 24/10/2021

Aprovado em 06/04/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde/Interprofissionalidade 2019-2021 (Edital nº 10 de 23 de julho de 2018, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde)

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: (vacância)
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos
Ronaldo Teodoro dos Santos (Ad hoc)

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo

Suplentes | Substitutes

Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
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

SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

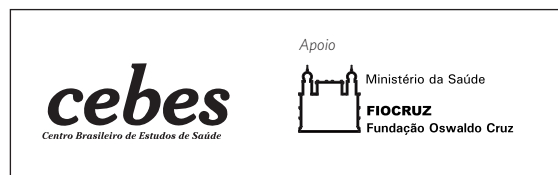
Xico Teixeira
Tiago Maranhão
Francisco Barbosa

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. 134; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br