



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 46, NÚMERO 135  
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 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](mailto: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](mailto:dotorana@gmail.com))

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

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

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

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

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

### EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

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

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br> – [rita.loureiro@apoioacultura.com.br](mailto:rita.loureiro@apoioacultura.com.br))

### DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Karina Fuginelli (inglês/english)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)

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

Carina Munhoz (normalização/normalization)

Carla de Paula (português/portuguese)

Jean Pierre Barakat (inglês/english)

Jefferson José Neto Júnior (português/portuguese)

Joachim Lépine (inglês/english)

Katia Muller (inglês/english)

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

Maria Bandeira de Carvalho (inglês/english)

Marília Daniele Soares Vieira (português/portuguese)

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

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

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

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

Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias

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

Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)

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

el Caribe, España y Portugal (Latindex)

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 46, NÚMERO 135  
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2022

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

921 **Lula Presidente: a herança e os desafios para o campo democrático**

*Lula for President: the heritage and the challenges for the democratic field*

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

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

931 **Avaliação da qualidade da informação de saúde na internet: indicadores de acurácia baseados em evidência para tuberculose**

*Assessment of the quality of health information on the Internet: evidence-based accuracy indicators for tuberculosis*

Rodolfo Paolucci, André Pereira Neto, Paulo Nadanovsky

974 **O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro**

*The SUS in vulnerable territories: reflection about violence, mental suffering and invisibilities in the favelas of Rio de Janeiro*

Viviani Cristina Costa, Tatiana Wargas de Faria Baptista, Marize Bastos da Cunha

987 **Humanization of birth, women's empowerment, and midwives' actions and knowledge: experiences from Quebec and Chile**

*A humanização do nascimento, o empoderamento das mulheres e a reapropriação de ações e conhecimentos das parteiras: experiências do Québec e do Chile*

Raymonde Gagnon, Paulina López Orellana

999 **Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um Estudo de Avaliabilidade**

*Hospital care during childbirth: an Evaluability Assessment*

Célia Adriana Nicolotti, Josimari Telino de Lacerda

1015 **Diálogos interinstitucionais na judicialização da saúde como estratégia de sustentabilidade do SUS**

*Inter-institutional dialogues in the judicialization of health as a sustainability strategy for the SUS*

Fabiana Calixto, Ana Paula Almeida, Luiz Henrique França

1030 **Prevenção e controle do câncer bucal: contribuição da Comissão Intergestores Bipartite no estado do Rio de Janeiro**

*Prevention and control of oral cancer: contribution of the Bipartite Inter-Managers Commission in the state of Rio de Janeiro*

Fernando Lopes Tavares de Lima, Gisele O'Dwyer

1045 **Adequação dos serviços odontológicos do Paraná no enfrentamento da Covid-19: um estudo transversal**

*Adequacy of dental services in Paraná during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study*

Elis Carolina Pacheco, Renata Cristina Soares, Vitória Mendes dos Santos, Giovana Daniela Pecharki Vianna, Rafael Gomes Ditterich, Manoelito Ferreira Silva-Junior, Márcia Helena Baldani

1063 **O Caps como espaço potencial: diálogos com a teoria winnicottiana**

*The Caps as a potential space: dialogues with Winnicottian theory*

André Brazão dos Santos, Sidnei José Casetto

- 
- 1077** **Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial**  
*Work and practices of nursing in Primary Health Care in the state of Paraíba – Brazil: professional profile and care practices in the care dimension*  
José da Paz Oliveira Alvarenga, Maria Fátima de Sousa
- 1093** **O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia?**  
*What does the diagnosis of HIV/AIDS represent after four decades of epidemic?*  
Carolina Gonçalves Muniz, Cláudia Brito
- 1107** **Reconectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids**  
*Reconnecting lives: health care practices from the perspective of People Living With HIV/AIDS*  
Rose Ferraz Carmo, Heliana Conceição de Moura, Rafael Sann Ribeiro, Larissa Cecília dos Santos, Carlos Magno Silva Fonseca, Zélia Maria Profeta da Luz
- 1123** **Mapas corporais narrados: estudo de caso sobre cuidado e viver de mulheres com HIV**  
*Body-map storytelling: case study on the living and care of women with HIV*  
Adriana Rosa Spader, Fabiana Schneider Pires, Natali Morais da Silva
- ENSAIO | ESSAY**
- 1139** **Saúde coletiva e psicologia social da práxis: um caminho interdisciplinar como metaformação na pós-graduação**  
*Collective health and social psychology of praxis: an interdisciplinary path for meta-formation in graduate studies*  
Ianni Regia Scarcelli, Mariana Fagundes de Almeida Rivera, Ana Carolina Martins de Souza Felipe Valentim, Nayara Portilho Lima, Aline Almeida Martins
- 1151** **Educação física e a formação em saúde coletiva: deslocamentos necessários para a atuação no Sistema Único de Saúde**  
*Physical education and training in public health: necessary displacements to act in the Brazilian Unified Health System*  
Vania Susana Brassea Galleguillos, Leonardo Carnut, Lúcia Dias da Silva Guerra
- 1164** **Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva**  
*Continuing Health Education: an interprofessional and affective policy*  
Eluana Borges Leitão de Figueiredo, Ândrea Cardoso de Souza, Ana Abrahão, Gitonam Lucas Tavares Honorato, Eliane Oliveira de Andrade Paquiela
- 1174** **Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares**  
*Quality of care and patient safety: the role of patients and families*  
Vanessa Cristina Felipe Lopes Villar, Mônica Martins, Elaine Teixeira Rabello

## REVISÃO | REVIEW

**1187** **Aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna: revisão integrativa**

*Applicability of the Three Delays Model in the context of maternal mortality: integrative review*

Paula Suene Pereira dos Santos, Jameson Moreira Belém, Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz, Cinthia Gondim Pereira Calou, Dayanne Rakelly de Oliveira

**1202** **Big Data e Inteligência Artificial para pesquisa translacional na Covid-19: revisão rápida**

*Big Data and artificial intelligence for translational research in COVID-19: a rapid review*

Maíra Catharina Ramos, Dalila Fernandes Gomes, Nicole Freitas de Mello, Everton Nunes da Silva, Jorge Otávio Maia Barreto, Helena Eri Shimizu

**1215** **Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde no Brasil: avanços e desafios**

*Planning and Sizing of the Health Workforce in Brazil: advances and challenges*

Desirée dos Santos Carvalho, Elisabet Pereira Lelo Nascimento, Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona, Vânia Maria Corrêa Barthmann, Maria Helena Pereira Lopes, Júlio César de Moraes

## RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

**1238** **Experiências pedagógicas para a construção da interdisciplinaridade em saúde coletiva**

*Pedagogical experiences for the construction of interdisciplinary in public health*

Glaciene Mary da Silva Gonçalves, Mariana Olívia Santana dos Santos, Aline do Monte Gurgel, André Monteiro Costa, José Erivaldo Gonçalves, Idê Gomes Dantas Gurgel, Lia Giraldo da Silva Augusto

**1249** **Construção do Plano Municipal de Saúde na perspectiva distrital: experiências e desafios no contexto pandêmico**

*Construction of the Municipal Health Plan from the district perspective: experiences and challenges in the pandemic context*

Allana Carmo, Letícia Souza, Ellen Santos, Mariluce Souza, Ana Rita Conceição

# Lula Presidente: a herança e os desafios para o campo democrático

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

DOI: 10.1590/0103-1104202213500

**HÁ SEIS ANOS, A DEMOCRACIA DO BRASIL VEM SE CONFRONTANDO** com o fascismo que aqui se instalou juntamente com graves crises política, econômica, sanitária, cultural e social. A pandemia da Covid-19 matou, até setembro de 2022, 685.677 pessoas, proporcionalmente uma das maiores mortalidades do planeta (14º lugar) e a segunda das Américas com 3.214 milhão de habitantes, ficando atrás apenas do Peru<sup>1</sup>.

Análises epidemiológicas mostram que a metade dessas mortes poderia ter sido evitada se o governo federal tivesse adotado orientações e medidas fundamentadas no conhecimento científico e adquirido as vacinas em tempo oportuno, uma vez que, na vigência de uma pandemia, a variável tempo é fundamental<sup>2</sup>.

Isso revela a péssima gestão sanitária do governo Bolsonaro, que deve ser caracterizada como omissa, equivocada, corrupta, na qual a compra e a aplicação de vacinas somente ocorreram mediante uma ampla mobilização da sociedade, incluindo o apoio dos Poderes Legislativo e Judiciário. Sem realizar campanhas efetivas de imunização ao longo do período, a cobertura vacinal está abaixo do que historicamente o Brasil sempre teve. Atualmente, apenas 55,7% da população tomou a dose de reforço (terceira dose) da vacina da Covid-19<sup>3</sup>, o que constitui um dos desafios imediatos para o controle da doença que, no momento, já se apresenta na variante do grupo Ômicron de elevadíssima transmissibilidade, com aumento exponencial de diagnósticos e internações hospitalares.

Lula, preso injustamente por 580 dias (de 7 de abril de 2018 a 8 de novembro de 2019), venceu as eleições em 30 de outubro de 2022 a despeito de tudo e de todos que golpearam a democracia. O presidente Bolsonaro questionou em vários momentos a lisura do processo eleitoral, e a extrema-direita do País segue sem acolher os resultados. Ao se eleger, Lula amplia sua potência política e desponta como um dos maiores líderes políticos da atualidade, de um lado, aclamado por ter barrado a continuidade no poder de um dos esteios da ultradireita mundial e, de outro, por emergir como redentor de um país destruído pelo fascismo e pelo retorno ao mapa da fome. Um de seus grandes desafios será o de unificar o País, dividido ideologicamente.

O bolsonarismo, por sua vez, acumulou vitórias e conseguiu eleger lideranças para governos estaduais e diversos cargos nos Legislativos estaduais e federal, mostrando que a extrema-direita e a ultradireita fascista cresceram dentro da política nacional de forma orgânica.

A esperança de mudanças que retome as bases da Constituição Federal de 1988 se volta para o terceiro mandato de Lula na Presidência do Brasil, após o processo eleitoral mais importante e duro da história da democracia brasileira, no qual o povo que vive no Nordeste, as mulheres e a juventude tiveram peso importante na escolha do futuro do País.

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



Após a proclamação dos resultados das eleições presidenciais em 30 de outubro de 2022, a base mais fanatizada da extrema-direita de Bolsonaro saiu às ruas, bloqueando estradas e criando vigílias e vandalismos em várias localidades do País. Passado um mês do término do pleito, grupos seguem acampados nas proximidades de quartéis militares e em estradas dos estados da federação, em geral onde impera o agronegócio, nos quais Bolsonaro teve maior votação. Tais fatos constituem fortes indícios de que a extrema-direita brasileira tentará, tal como ocorreu em outros países da América Latina, desestabilizar a ordem democrática e as condições de governabilidade de Lula, que tomará posse em 1º de janeiro de 2023.

Pode-se afirmar que o Brasil está sob o domínio da intolerância e do ódio. Não se trata de uma ideologia conservadora que defende sua pauta moral, mas mantém a fidelidade aos princípios democráticos e costuma respeitar a democracia, suas instituições e os que pensam de forma diferente. Trata-se do confronto à democracia em um franco ensaio ao totalitarismo que elogia o autoritarismo, a misoginia, a homofobia e que cultua o genocídio. Um dos principais focos do ódio é o feminismo, cuja luta desloca o papel e a participação das mulheres na sociedade. É por isso que combatem o que, de modo bizarro, inventaram chamar de ‘ideologia de gênero’, termo esvaziado de significado, mas com poder na geração de pânico moral, sobretudo nas comunidades religiosas pentecostais e nas pessoas comuns alimentadas por mensagens mentirosas, divulgadas cotidianamente por WhatsApp e outras redes sociais.

Provavelmente, nos próximos meses e anos, Bolsonaro tratará de se manter na liderança da ultradireita com o capital político acumulado; para isso, escolherá o caminho do caos que lhe conferirá maior visibilidade. No entanto, os crimes que cometeu no exercício de seu mandato precisam ser investigados, e o ex-presidente, julgado. O campo democrático deve ser incansável na exigência de que essas medidas sejam adotadas, os crimes apurados e punidos.

As eleições ocorreram sob um mar de corrupção, compra de votos por parte do governo assim como o uso de recursos e da máquina pública, sendo esta, certamente, a causa da pequena diferença de votos entre os dois candidatos. Servindo-se de forma abusiva das redes sociais, mais uma vez a ultradireita espalhou *fake news* absurdas para a sustentação da realidade paralela que está na base do fanatismo e da desconstrução da política enquanto prática de debates acerca dos interesses comuns da sociedade.

O campo progressista, popular e democrático, bastante mobilizado no processo eleitoral, esboça seus movimentos para se reestruturar no País. Sua primeira convocatória é pela criação de um poderoso clima para a posse de Lula com a ‘tomada simbólica de Brasília’ pelas forças democrático-populares. Para além de caravanas, circulam propostas e debates apontando para a necessidade de avançar para algo mais orgânico, orientado, coeso, cujo simbolismo da ‘tomada de Brasília’ desencadeie um engajamento social permanente que esteja à altura, conscientemente, dos desafios a serem enfrentados a partir de então.

Lula se elegeu com base em amplo arco de aliança de democratas de diversas matizes políticas. Nesse processo que também escolheu um novo parlamento federal e para os estados, o destaque deve ser dado aos movimentos sociais que elegeram lideranças populares importantes, oriundos do Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), do Movimento Negro, Indígena e LGBTQIA+, ocupando diversas vagas das casas parlamentares federais e estaduais. Entretanto, no seu conjunto, as forças de esquerda e de centro-esquerda não conquistaram numericamente uma bancada federal com maioria suficiente para tranquilizar e garantir a governabilidade de Lula.

A movimentação que Lula e seus aliados deverão operar com a maestria necessária para garantir a governabilidade é da rotina virtuosa da política. Entra e sai governo, sucessivas legislaturas, e o País segue com um conjunto de partidos sem base ideológica que agrega um volume significativo



de parlamentares que pendem a um lado ou outro de acordo com interesses individuais e atendimento de suas demandas e exigências, nem sempre indolores para o governo. Esse grupo conhecido como ‘centrão’ esteve na base política de Bolsonaro, mas outrora também apoiou os governos populares com negociações de alto custo político para o Partido dos Trabalhadores (PT), incluindo o *impeachment* de Dilma Rousseff em 2016. A enorme e persistente campanha midiática de destruição de Lula e do PT, colocada em prática ao longo do tempo, agrega-se ao desgaste dessas relações, sendo responsáveis importantes – não exclusivas – pela rejeição ao partido e ao próprio Lula, pelo antipetismo e o antilulismo vigentes no Brasil.

No contexto de uma sociedade dividida e inundada pelo ódio, a grande tarefa para Lula será reconstruir o País, a democracia, a unidade e a esperança, implementando, ao mesmo tempo, políticas sociais que reduzam as enormes desigualdades herdadas, particularmente a fome que hoje atinge 33 milhões de brasileiros.

Há grande expectativa quanto ao fortalecimento do setor da saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) que ganhou visibilidade e certa valorização popular na pandemia, mas que, ao mesmo tempo, é um setor em forte disputa com o mercado privado. O convite às lideranças do Conselho Nacional de Saúde e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), para compor a Comissão de Transição do governo na área da saúde, sinalizam sobre o papel que as organizações e as entidades da saúde coletiva e do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) podem desempenhar no futuro governo como atores com capacidade e poder de influenciar os rumos da saúde. Entretanto, longe de conquistarmos hegemonia na Comissão de Transição, em que o setor privado também está alojado e, sob os holofotes da grande mídia, insinua-se para garantir espaço a seus interesses buscando um papel central nas políticas de saúde do novo governo.

O conjunto de pautas prioritárias para a saúde tem sido objeto de debate no cenário nacional; e, para o MRS, algumas ganham destaque por serem consideradas estruturantes para o setor. Coerente com o conceito da determinação social da saúde fundante para o pensamento da saúde coletiva e da medicina social latino-americana, em primeiro plano, deve estar a defesa de um projeto de desenvolvimento nacional mais justo e inclusivo, focado na redução das desigualdades regionais, raciais, de gênero e de classe social. Aqui estão incluídas, além do conjunto das políticas sociais universais, todas as lutas feministas, antirracistas, em defesa dos povos originários, da população LGBTQIA+ e dos movimentos anticapacitistas e da luta antimanicomial.

A recomposição do orçamento da saúde é uma medida urgente e necessária para permitir a sobrevivência, a ampliação e a qualificação do SUS cronicamente subfinanciado, mas que, nos últimos quatro anos, acumulou uma perda real de R\$ 37 bilhões<sup>4</sup>. Para se concretizar como um sistema universal e de qualidade, o SUS, tal como manda a Constituição, necessita que, no mínimo, 6% do Produto Interno Bruto (PIB) seja investido em saúde. Esses recursos são imprescindíveis para que se consolidem as redes de atenção à saúde capazes de operar a integralidade da atenção e do cuidado por meio da oferta de serviços de distintas complexidades, ordenados pela atenção básica que, por sua vez, precisa ter maiores investimentos.

Há muito tempo, o País vem sendo alertado sobre a importância de investir no Complexo Econômico e Industrial da Saúde produzindo autossuficiência, segurança e autonomia sanitária, ou seja, reduzindo o grau de dependência externa de insumos e tecnologias. A trágica experiência da falta de insumos básicos durante a pandemia não pode se repetir. É importante lembrar que o setor da saúde pode contribuir efetivamente para o crescimento econômico e o desenvolvimento social a partir de incentivos que também irão incidir sobre a criação de empregos de alta qualidade.

Outro tema estratégico para o SUS é a questão da força de trabalho, e o debate inclui o desafio de criação de carreiras públicas para seus trabalhadores. Não menos importante é o

fortalecimento dos mecanismos de gestão participativa, de participação e do controle social previstos na legislação do setor e desenvolvidos na prática das instituições do SUS e que acumulam enorme experiência no aperfeiçoamento da gestão do sistema.

Nesse panorama complexo, no qual vão se explicitando tensões e interesses, cada vez fica mais claro que, para a esquerda brasileira, resta reconstruir suas bases sociais com ampliação da consciência política do povo, pautando a valorização dos princípios da solidariedade social e da democracia. Essa tarefa gigantesca envolve o desafio de incluir todos os territórios em redes de comitês locais que não apenas informem e formem cidadãos, mas que mobilizem e organizem essa base. A ampla aliança de democratas que garantiu a vitória de Lula traz no seu bojo as dificuldades de que os interesses populares sejam plenamente atendidos caso o povo não esteja nas ruas exercendo o direito de se organizar e se mobilizar para reivindicar e garantir seus direitos. Para isso, algumas iniciativas parecem urgentes, como a de estabelecer um canal de informação correta sobre as ações governamentais e a conjuntura política objetivando aumentar a organização de base da sociedade civil e mantê-la mobilizada e preparada para enfrentar a reação da extrema-direita brasileira. Tal tarefa urgente sugere a criação de diversas redes com alta capilaridade e dinamicidade, que envolva lideranças sociais, a base militante e setores simpatizantes das teses progressistas em todo o território nacional, superando a perplexidade e o medo que o fascismo tenta disseminar na sociedade.

Logo após o resultado da eleição, Lula vinha ocupando a mídia convencional de forma positiva, mas, passado o primeiro momento de matérias favoráveis, o fantasma do mercado já se insinua e confronta os compromissos eleitorais inadiáveis da redução das desigualdades sociais e eliminação da fome no País. Mesmo os apoiadores de última hora, que não carregaram nenhum voto, provocam o governo eleito com críticas e ‘avisos’ extraídos dos manuais da economia neoliberal contextualizados na austeridade fiscal e na redução do gasto público. No entanto, diversos grupos e frentes que apoiam Lula alertam para que a posse seja um momento-chave para a disseminação de informações que orientem e mobilizem essa base social a fim de garantir a governabilidade e que o projeto vitorioso seja, de fato, colocado em prática. Convergindo com estas análises, é necessário pontuar que, para além dessa mobilização e desses enfrentamentos, é imprescindível pensar estratégias mais orgânicas e mais bem orientadas, cujo simbolismo da ‘tomada de Brasília’ seja o ponto de partida para o engajamento social que esteja à altura, conscientemente, dos desafios que enfrentaremos nos próximos quatro anos.

## Colaboradoras

As editoras da ‘Saúde em Debate’ Costa AM (0000-0002-1931-3969)\*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)\* e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Poder360. Brasil é 14º em ranking de mortes proporcionais pela covid. 2022 set 23. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/brasil-e-12o-em-ranking-de-mortes-proporcionais-pela-covid/>.
2. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 'Radis' aborda estudos diferentes com idêntica conclusão: a maior parte das mortes por Covid-19 no país poderia ter sido evitada. Boletim Epidemiológico. 2021 jul 28. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51870>.
3. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. MonitoraCovid-19. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>.
4. Partido dos Trabalhadores. Arthur Chioro: Brasil precisa recuperar capacidade de financiamento do SUS. 2022 jul 26. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://pt.org.br/arthur-chioro-brasil-precisa-recuperar-capacidade-de-financiamento-do-sus/>.

# Lula for President: the heritage and the challenges for the democratic field

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

DOI: 10.1590/0103-11042022135001

**FOR THE PAST SIX YEARS, DEMOCRACY IN BRAZIL HAS BEEN CONFRONTED** with the fascism that has settled here along with serious political, economic, health, cultural, and social crises. Until September 2022, the COVID-19 pandemic had killed 685,677 people, proportionately one of the highest mortality rates on the planet (14<sup>th</sup> place), and the second in the Americas, with 3,214 million inhabitants, lagging behind only Peru<sup>1</sup>.

Epidemiological analyses show that half of those deaths could have been avoided had the Federal Government adopted guidelines and measures based on scientific knowledge and acquired vaccines in a timely manner, since, during a pandemic, the time variable is a fundamental one<sup>2</sup>.

This reveals the poor health management of the Bolsonaro administration, which should be characterized as silent, mistaken, corrupt, in which the purchase and distribution of vaccines only took place through a broad mobilization of society, including the support of the Legislative and Judiciary Powers. Without carrying out effective immunization campaigns over the period, vaccination coverage is below what Brazil has historically always had. Currently, only 55.7% of the population has taken the booster dose (third dose) of the COVID-19<sup>3</sup> vaccine, which constitutes one of the immediate challenges for the control of the disease which, at the moment, already presents itself in the variant of the Omicron group of extremely high transmissibility, with an exponential increase in diagnoses and hospital admissions.

Lula, unjustly imprisoned for 580 days (from April 7, 2018 to November 8, 2019), won the elections on October 30, 2022, in spite of everything and everyone who struck democracy. President Bolsonaro questioned on several occasions the integrity of the electoral process, and the country's far-right continues to refuse to accept the results. Upon being elected, Lula expands his political power and emerges as one of the greatest political leaders of our time, on the one hand, acclaimed for having barred the continuity in power of one of the mainstays of the world's ultra-right and, on the other, for emerging as the redeemer of a country destroyed by fascism and by the return to the hunger map. One of his great challenges will be to unify the country, which is ideologically divided.

Bolsonarism, in turn, accumulated victories and managed to elect leaders to state governments and various positions in state and federal legislatures, showing that the far-right and the fascist ultra-right have grown organically within national politics.

The hope for changes that resume the foundations of the Federal Constitution of 1988 turns to Lula's third term in the Presidency of Brazil, after the most important and toughest electoral process in the history of Brazilian democracy, in which the people who live in the Northeast, the women, and the youth played an important role in choosing the country's future.

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



After the proclamation of the results of the presidential elections on October 30, 2022, the most fanatical base of Bolsonaro's far-right took to the streets, blocking roads and creating vigils and vandalism in various locations across the country. A month after the end of the election, groups are still camped near military barracks and on roads in the states of the federation, in general where agribusiness prevails, in which Bolsonaro had the most votes. These facts constitute strong indications that the Brazilian far-right will try, as in other Latin American countries, to destabilize the democratic order and the conditions of governance for Lula, who will take office on January 1, 2023.

It can be said that Brazil is under the domination of intolerance and hatred. It is not a conservative ideology that defends its moral agenda, but maintains fidelity to democratic principles and usually respects democracy, its institutions, and those who think differently. It is a confrontation with democracy in a frank rehearsal for totalitarianism that praises authoritarianism, misogyny, homophobia, and worships genocide. One of the main foci of hatred is feminism, whose struggle displaces the role and participation of women in society. That's why they fight what, bizarrely, they decided to call 'gender ideology', a term emptied of meaning, but with power in generating moral panic, especially in Pentecostal religious communities and in ordinary people fed by untrue messages, disseminated daily by WhatsApp and other social networks.

In the coming months and years, Bolsonaro will probably try to maintain himself in the leadership of the ultra-right with the accumulated political capital; for that, he will choose the path of chaos that gives him greater visibility. However, the crimes he committed in the exercise of his term must be investigated and as the former president, go to trial. The democratic field must be tireless in demanding that these measures be adopted, for the crimes to be investigated and punished.

The elections took place under a sea of corruption, purchase of votes by the government, as well as the use of resources and the public machine, which is certainly the cause of the small difference in votes between the two candidates. Abusing social media, once again the ultra-right spread absurd fake news to support the parallel reality that underlies fanaticism and the deconstruction of politics as a practice of debates about the common interests of society.

The progressive, popular, and democratic field, highly mobilized in the electoral process, outlines its movements to restructure the country. Its first call is for the creation of a powerful atmosphere for Lula's inauguration with the 'symbolic takeover of Brasília' by the democratic-popular forces. In addition to caravans, proposals and debates are circulating, pointing to the need to move towards something more organic, oriented, cohesive, whose symbolism of the 'taking of Brasília' triggers a permanent social engagement that is consciously up to the challenges to be faced from then on.

Lula was elected based on a broad alliance of democrats of different political hues. In this process, which also chose a new federal parliament and for the states, the emphasis should be given to the social movements that elected important popular leaders, coming from the Homeless Workers Movement (MTST), the Landless Workers Movement (MST), the Black, Indigenous, and LGBTQIA+ Movements, occupying several seats in federal and state parliamentary houses. However, as a whole, the left and center-left forces did not numerically conquer a federal bench with a sufficient majority to reassure and guarantee Lula's governability.

The movement that Lula and his allies must operate with the necessary mastery to guarantee governability is part of the virtuous routine of politics. Government comes and goes, successive legislatures, and the country continues with a set of parties with no ideological base that adds a significant volume of parliamentarians who lean to one side or the other according to individual interests and meeting their demands, not always painless to the government. This

group known as the *'centrão'* ('the big center') was in Bolsonaro's political base, but has once also supported popular governments with high political cost negotiations for the Workers' Party (PT), including the impeachment of Dilma Rousseff, in 2016. The huge and persistent mediatic campaign to destroy Lula and the PT, put into practice over time, adds to the erosion of those relationships, having an important responsibility – though not exclusively – for the rejection of the party and Lula himself, for the anti-PT and anti-Lula feelings prevailing in Brazil.

In the context of a society divided and flooded by hatred, Lula's great task will be to rebuild the country, democracy, unity, and hope, while implementing social policies that reduce the enormous inherited inequalities, particularly the hunger that today reaches 33 million Brazilians.

There is great expectation regarding the strengthening of the health sector and the Unified Health System (SUS), which gained visibility and certain popular appreciation in the pandemic, but which, at the same time, is a sector in strong dispute with the private market. The invitation to the leaders of the National Health Council and the Brazilian Center for Health Studies (CEBES) to compose the government's Transition Commission in the field of health signals the role that organizations and entities of collective health and the Health Reform Movement (MRS) can play in the future government as actors with the capacity and power to influence the direction of health. However, far from conquering hegemony in the Transition Commission, in which the private sector is also housed and, under the spotlight of the mainstream media, insinuates itself to guarantee space for its interests, seeking a central role in the health policies of the new government.

The set of priority guidelines for health has been the subject of debate on the national scene; and, for the MRS, some stand out as they are considered structuring for the sector. Consistent with the concept of the social determination of health, which is the foundation for Latin American collective health thinking and social medicine, in the foreground there should be the defense of a fairer and more inclusive national development project, focused on reducing regional, racial, gender, and social class inequalities. This includes, in addition to the set of universal social policies, all feminist and anti-racist struggles, in defense of native peoples, the LGBTQIA+ population and anti-capacitist movements, and the anti-asylum struggle.

The recomposition of the health budget is an urgent and necessary measure to allow the survival, expansion and qualification of the SUS, which is chronically underfunded, but which, in the last four years, has accumulated a real loss of R\$ 37 billion<sup>4</sup>. To become a universal and quality system, the SUS, as mandated by the Constitution, requires that at least 6% of the Gross Domestic Product (GDP) be invested in health. These resources are essential for consolidating health care networks capable of operating comprehensive care and care through the provision of services of different complexities, ordered by Primary Care, which, in turn, needs to have greater investments.

For a long time, the country has been warned about the importance of investing in the Health Economic and Industrial Complex, producing self-sufficiency, safety and health autonomy, that is, reducing the degree of external dependence on inputs and technologies. The tragic experience of the lack of basic supplies during the pandemic cannot be repeated. It is important to remember that the health sector can effectively contribute to economic growth and social development through incentives that will also focus on the creation of high-quality jobs.

Another strategic topic for the SUS is the issue of the workforce, and the debate includes the challenge of creating public careers for its workers. No less important is the strengthening of participatory management, participation, and social control mechanisms provided for in the sector's legislation and developed in the practice of SUS institutions, which accumulate enormous experience in improving the management of the system.

In this complex panorama, in which tensions and interests are becoming explicit, it is increasingly clear that, for the Brazilian left, it remains to rebuild its social bases with the expansion of the political consciousness of the people, guiding the appreciation of the principles of social solidarity and democracy. This gigantic task involves the challenge of including all territories in networks of local committees that not only inform and train citizens, but also mobilize and organize this base. The broad alliance of democrats that guaranteed Lula's victory brings with it the difficulties of ensuring that popular interests are fully met if the people are not on the streets exercising their right to organize and mobilize to claim and guarantee their rights. For that, some initiatives seem urgent, such as establishing a channel of correct information about government actions and the political situation, aiming to increase the base organization of civil society and keep it mobilized and prepared to face the reaction of the Brazilian far-right. Such an urgent task suggests the creation of several networks with high capillarity and dynamism, involving social leaders, the militant base, and sympathizing sectors of progressive theses throughout the national territory, overcoming the perplexity and fear that fascism tries to spread in society.

Shortly after the election results, Lula was occupying the conventional media in a positive way, but, after the first moment of favorable articles, the specter of the market already insinuates and confronts the unavoidable electoral commitments of reducing social inequalities and eliminating hunger in the country. Even the last-minute supporters, who did not get any votes, provoke the elected government with criticisms and 'warnings' extracted from neoliberal economics manuals contextualized in fiscal austerity and the reduction of public spending. However, several groups and fronts that support Lula warn that the inauguration is a key moment for the dissemination of information that guides and mobilizes this social base in order to guarantee governability and that the winning project is, in fact, put into practice. Converging with these analyses, it is necessary to point out that, in addition to this mobilization and confrontations, it is essential to think of more organic and better oriented strategies, whose symbolism of the 'taking of Brasília' is the starting point for social engagement that is up to par, consciously, of the challenges that we will face in the next four years.

## Collaborators

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

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## References

1. Poder360. Brasil é 14º em ranking de mortes proporcionais pela covid. 2022 set 23. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/brasil-e-12o-em-ranking-de-mortes-proporcionais-pela-covid/>.
2. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 'Radis' aborda estudos diferentes com idêntica conclusão: a maior parte das mortes por Covid-19 no país poderia ter sido evitada. Boletim Epidemiológico. 2021 jul 28. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/51870>.
3. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. MonitoraCovid-19. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>.
4. Partido dos Trabalhadores. Arthur Chioro: Brasil precisa recuperar capacidade de financiamento do SUS. 2022 jul 26. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://pt.org.br/arthur-chioro-brasil-precisa-recuperar-capacidade-de-financiamento-do-sus/>.



# Avaliação da qualidade da informação de saúde na internet: indicadores de acurácia baseados em evidência para tuberculose

*Assessment of the quality of health information on the Internet: evidence-based accuracy indicators for tuberculosis*

Rodolfo Paolucci<sup>1</sup>, André Pereira Neto<sup>2</sup>, Paulo Nadanovsky<sup>2,3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213501

**RESUMO** Pouco tempo atrás, para alguém obter informação, era preciso comprar um jornal, um livro, uma revista ou ir até uma biblioteca. Hoje, a internet disponibiliza uma miríade de informação rapidamente. Entretanto, as informações veiculadas podem estar desatualizadas, incompletas, incorretas ou deliberadamente mentirosas: as *fakenews*. Na saúde, essas informações podem afetar o bem-estar ou causar dano ao indivíduo e à sociedade. Para enfrentar esse problema, avaliações da qualidade da informação de sites de saúde têm sido realizadas por profissionais, pesquisadores e instituições. As avaliações verificam frequentemente a exatidão da informação oferecida. Contudo, os indicadores de acurácia da informação não têm sido construídos a partir da Medicina Baseada em Evidências (MBE). O objetivo desse artigo é construir indicadores a partir das práticas da MBE, analisando o caso da tuberculose. O artigo propõe 43 indicadores de acurácia da informação. Com eles, foi avaliada a informação disponível sobre tuberculose no site do Ministério da Saúde do Brasil. Os resultados indicam que falta muita informação e há informação incorreta. Essa avaliação reitera a importância da construção de indicadores de acurácia da informação a partir da MBE. Este trabalho pretende incentivar a realização de novos estudos sobre avaliação da qualidade da informação de saúde na internet.

**PALAVRAS-CHAVE** Medicina baseada em evidências. Internet. Acesso à informação. Indicadores (estatística). Tuberculose.

**ABSTRACT** *Not long ago, someone had to buy a newspaper, a book, or a magazine or go to a library to obtain information. Today, the Internet quickly facilitates a myriad of information. However, the information provided may be obsolete, incomplete, incorrect, or deliberately false: fake news. In the health field, this information can affect well-being or harm individuals and society. Thus, professionals, researchers, and institutions have assessed the quality of information on health websites to address this issue. Evaluations often verify the accuracy of the information provided. However, the information accuracy indicators have yet to be constructed from Evidence-Based Medicine (EBM). This article aims to build indicators from EBM practices, analyzing the case of tuberculosis. This manuscript proposes 43 information accuracy indicators that evaluated the tuberculosis information available on the Brazilian Ministry of Health. The results indicate that much information needs to be included, and some data must be corrected. This evaluation reiterates the importance of building EBM accuracy indicators. This work intends to encourage new studies about assessing the quality of health information on the Internet.*

**KEYWORDS** *Evidence-based medicine. Internet. Access to information. Indicators (statistics). Tuberculosis.*

<sup>1</sup>Fundação de Apoio às Escolas Técnicas do Estado do Rio de Janeiro (Faetec) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [rprijbr@gmail.com](mailto:rprijbr@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

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



## Introdução

Pouco tempo atrás, para alguém obter informação, geralmente, era preciso comprar um jornal, um livro, uma revista ou ir até uma biblioteca distante e pouco acessível. As cartas eram enviadas pelo correio e demandavam certo tempo até chegar ao destino final. Hoje, a internet oferece novas oportunidades tanto para o acesso como para a produção de informação<sup>1</sup>. É possível que qualquer pessoa consiga acessar, produzir e compartilhar informação anteriormente restrita a determinados grupos socioculturais<sup>2</sup>. Para tanto, é necessário adquirir um dispositivo eletrônico de comunicação, ter condições tecnológicas de acesso à rede e possuir habilidade para manipular essas ferramentas. A informação pode ser acessada, produzida e compartilhada, por exemplo, em um *site*, um *blog* ou um perfil no Facebook. O volume de informação disponível na internet é incontável e abrange qualquer assunto<sup>3</sup>. Os cidadãos têm todo tipo de informação à disposição, que pode ser obtida rapidamente. Sem a internet, muita informação não seria acessada com a mesma velocidade<sup>4</sup>. As mídias digitais estão cada vez mais pervasivas e ubíquas, chegando a construir ‘cidades inteligentes’ e a estar presentes em todas as coisas que nos circundam e servem<sup>5</sup>.

A saúde se destaca como uma das áreas com cada vez mais informação disponível para um número cada vez maior de pessoas interessadas. A pesquisa nacional coordenada pelo Comitê Gestor de Internet no Brasil (CGI.br) indica que 45% dos usuários de internet buscaram por informação relacionada à saúde ou aos serviços de saúde<sup>6</sup>. Esse tipo de informação tem se mantido como a segunda maior atividade de busca por informação dos brasileiros, atrás apenas da busca por informação sobre produtos e serviços. Em 2020, o total de brasileiros usuários de internet que buscou informação desse tipo chegou a 53%<sup>7</sup>.

O acesso à informação de saúde de qualidade na internet pode ter consequências positivas tanto para os gestores de sistemas de saúde<sup>8,9</sup> como para os cidadãos<sup>10</sup>. Informação de qualidade propicia a promoção da saúde, pois facilita o desenvolvimento de habilidades que conferem ao

cidadão maior poder de decisão sobre sua saúde e seu autocuidado<sup>11,12</sup>. Ela pode também interferir na tradicional relação assimétrica existente entre médico e paciente<sup>13</sup>. Por outro lado, informação incorreta, incompreensível ou desatualizada pode desencadear a tomada de decisão prejudicial à saúde. Portanto, o acesso à informação de baixa qualidade pode ter consequências negativas para a saúde dos cidadãos.

Nesse contexto, Lemos<sup>14</sup> faz uma distinção entre mídia massiva e pós-massiva. A primeira possui um fluxo centralizado de informação. Nela, as empresas controlam as informações para atender a seus agentes financiadores. Elas cumprem um importante papel social e político na formação da opinião pública. As informações são dirigidas às pessoas de forma indiferenciada, que tem pouca possibilidade de interagir. As mídias de função pós-massiva, por sua vez, funcionam a partir de redes, em que qualquer um pode produzir informação. Não há nesse caso um polo produtor de conteúdo nem a dependência de verba publicitária. O produto é personalizável e multidirecional, voltado para determinados nichos que traduzem interesses específicos. Essas condições facilitam o florescimento de postagens desatualizadas, incompletas, incorretas ou deliberadamente mentirosas: as *fakenews*.

Oliveira<sup>15</sup> admite que existam três possibilidades para o enfrentamento à desinformação. A seu ver, uma pode ser realizada por meio das ferramentas de checagem de fatos. A autora entende ainda que os cidadãos possuem competências para tomar decisões racionais a partir de suas próprias buscas por informação. Ela sugere o letramento midiático e informacional. Para nós, diante da quantidade de informação difundida em larga escala nas mídias digitais, a avaliação da qualidade pode ser considerada mais uma possibilidade de enfrentamento às *fakenews*. Ela nos parece imperiosa em relação aos *sites* vinculados a instituições públicas.

Na última década, pesquisadores do campo de avaliação da qualidade da informação de saúde na internet avançaram na produção de conhecimento sobre as formas de lidar com esse problema.

Em revisão sistemática<sup>16</sup> sobre métodos de avaliação, nenhum estudo empregou práticas da Medicina Baseada em Evidências (MBE) para o desenvolvimento de indicadores para o critério de acurácia da informação: “critério para avaliar a conformidade da informação com a melhor e a mais atual evidência científica disponível”<sup>16(159)</sup>. Nesses estudos, assim como nos estudos analisados em duas revisões anteriores<sup>17,18</sup>, os indicadores de acurácia da informação foram construídos por meio do consenso de especialistas, manuais técnicos científicos, diretrizes médicas, livros didáticos ou literatura. Para preencher essa lacuna, Paolucci, Pereira Neto e Nadanovsky<sup>19</sup> desenvolveram um conjunto de métodos.

O objetivo deste artigo é construir indicadores baseados em evidências, abordando o caso específico da tuberculose. A tuberculose foi escolhida devido à alta incidência e mortalidade no Brasil, sobretudo dentre a população pobre que reside em aglomerados urbanos<sup>20</sup>.

## Material e métodos

Para construirmos indicadores, empregamos os métodos desenvolvidos por Paolucci, Pereira Neto e Nadanovsky<sup>19</sup>. Eles propõem que os indicadores de acurácia da informação sejam baseados nas melhores evidências científicas disponíveis. Este artigo seguiu o conjunto de métodos de sete etapas: estratégia de busca, seleção da fonte de informação baseada em evidência, coleta e seleção de tópicos, desenvolvimento da primeira versão de indicadores, análises dos grupos, análise dos tópicos e análise dos indicadores.

### Desenvolvimento de indicadores de acurácia da informação

Na primeira etapa, realizada em 17 de abril de 2019, aplicamos a estratégia de busca utilizando a palavra “tuberculosis” no serviço de *meta-search* ACCESS<sup>21</sup>. Encontramos 140 resultados no quarto nível de organização das evidências distribuídos em três fontes de informação.

Na segunda etapa, selecionamos o DynaMed Plus<sup>22</sup> como fonte de informação para desenvolver os indicadores dado que oferece orientações baseadas em evidências atualmente<sup>19</sup>. Ao realizarmos essa opção, não deixamos de considerar outras plataformas semelhantes existentes e disponíveis para a coleta de informações adequadas para a construção dos indicadores de acurácia. Uma comparação entre fontes de informação semelhantes ao DynaMed Plus foi realizada em estudo recente<sup>19</sup>. Neste estudo, utilizamos o DynaMed Plus por ser uma plataforma que disponibiliza sumários sintetizados para referência clínica. Ela se destaca por sua qualidade e forma de apresentação dos resultados<sup>19</sup>. Com o uso do Dynamed Plus, circunscrevemos o resultado da busca para 40 resultados.

Na terceira etapa, realizamos a coleta e seleção dos tópicos relacionados ao assunto tuberculose. Aplicamos os critérios de exclusão propostos pelos autores do método sobre tópicos que tratam de drogas e testes específicos, de meta tópicos ou tópicos sem informação<sup>19</sup>. Assim, chegamos ao total de 20 tópicos incluídos em nossa amostra.

Na quarta etapa, realizamos a leitura dos tópicos e redigimos a versão inicial de indicadores. Em seguida, classificamos os indicadores em grupos que representam assuntos pertinentes à tuberculose. Com isso, desenvolvemos a primeira versão de 180 indicadores de acurácia da informação (*anexo 1*). Contudo, consideramos esse número de indicadores demasiadamente extenso para ser aplicado na avaliação de *sites* de saúde destinados aos usuários.

Na quinta etapa, a análise de grupos permitiu o agrupamento de todos os indicadores em pelo menos uma das dimensões que especificamos para a tuberculose: prevenção, transmissão, sintomas, diagnóstico e tratamento. Nessa análise, identificamos 27 indicadores que precisavam ser agrupados. O total de indicadores por dimensão ficou assim: prevenção (30), transmissão (22), sintomas (22), diagnóstico (54) e tratamento (60). Há indicadores classificados em duas dimensões simultaneamente. Essa visão geral da quantidade de indicadores em cada grupo e possíveis cruzamentos entre

eles permitiu refletir sobre como a amostra poderia ser circunscrita para atender aos objetivos da pesquisa. É necessário reduzir o total de indicadores para um conjunto que seja viável e contenha informação essencial para avaliar *sites* sobre tuberculose destinados aos usuários. Além disso, o objetivo de avaliações de *sites* de saúde não é reunir todas as evidências disponíveis sobre tuberculose. Nesse sentido, tomamos a decisão de circunscrever a amostra selecionada de tópicos encontrados no DynaMed Plus. Voltamos, portanto, para reflexão sobre os tópicos incluídos.

Na sexta etapa, aplicamos um critério de exclusão na análise de tópicos seguindo as ideias propostas pelos autores do método<sup>19</sup>. O critério está relacionado à incidência dos diferentes tipos de tuberculose. Essa informação foi encontrada nas próprias páginas do serviço. Podemos compreender os tipos de tuberculose nos grupos pulmonar e extrapulmonar.

Existe a estimativa de que a tuberculose pulmonar tenha atingido dez milhões de pessoas e causado a morte de 1,6 milhão no mundo somente no ano de 2017<sup>23</sup>. Em relação às tuberculoses extrapulmonares, dispomos dos seguintes dados: tuberculose abdominal é responsável por 5% dos casos de tuberculose extrapulmonar; óssea e articular, por 10% dos casos; disseminada ou miliar, por 20% dos casos; geniturinária, por cerca de 5% a 6% dos casos; e linfadenite tuberculose, por 35% dos casos<sup>24</sup>. Diante da maior incidência da tuberculose pulmonar em relação às outras formas da doença, excluímos 99 indicadores que continham informações específicas sobre tuberculoses extrapulmonares. Chegamos a total de 81 indicadores.

Na sétima e última etapa, realizamos a análise dos indicadores incluídos. Avaliamos as redações da versão inicial, pois foram redigidas quase como traduções dos textos clínicos originais encontrados no DynaMed Plus. É importante que a redação do indicador seja de fácil compreensão tanto por profissionais de saúde como por usuários. Assim, eles poderão observar sua presença ou não nos *sites* de saúde<sup>19</sup>. Nessa análise, aplicamos três métodos de reformulação, união e exclusão de indicadores, conforme orientam Paolucci, Pereira Neto e Nadanovsky<sup>19</sup>.

Primeiro, foram empregados os três critérios de exclusão propostos pelos autores: informação técnicas; ponderações sobre diagnósticos ou tratamentos; e informações destinadas aos profissionais ou gestores de sistemas de saúde. A aplicação desses critérios excluiu 26 indicadores, reduzindo o total para 55.

Em seguida, realizamos a união de indicadores com conteúdos semelhantes ou complementares. A união foi feita de duas formas: informações contempladas em mais de um indicador; e desenvolvimento de nova redação de indicador baseada em informação proveniente de dois ou três indicadores. A aplicação desses métodos reduziu o total de indicadores em doze, totalizando 43 indicadores de acurácia da informação na amostra final (*quadro 1*).

Finalmente, unimos conteúdos de forma diferente. No entanto, tal forma não reduziu o total, porque nossa análise identificou que os indicadores envolvidos ficaram melhor redigidos com a transferência de um trecho da evidência de um indicador para o outro. Esse procedimento foi realizado somente em um caso.

Quadro 1. Versão final de 43 indicadores de 'acurácia' para tuberculose

Id	Indicadores
<b>Dimensão Prevenção e Grupo BCG</b>	
23	<p>[ <b>Indicador</b> ] A vacina BCG deve ser aplicada logo após o nascimento em países com alta prevalência de tuberculose. Ela também deve ser aplicada caso não haja informação sobre a mãe ter HIV, pois os benefícios superam os riscos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) BCG vaccination as soon as possible after birth in countries with a high tuberculosis (TB) prevalence revaccination not recommended. 2) benefits outweigh risks in infants born to women of unknown HIV status and should be immunized</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>
26	<p>[ <b>Indicador</b> ] Bebês não devem ser vacinados com a BCG nos dois casos seguintes: suspeita de infecção pelo HIV; ou nascerem de mulheres com HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] risks usually outweigh benefits for infants and should not be immunized if HIV infection is suspected or if born to woman with HIV infection</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>
29	<p>[ <b>Indicador</b> ] Em países com baixa prevalência da tuberculose, a vacina BCG deve ser considerada somente para crianças nas seguintes condições: teste cutâneo negativo para tuberculose; exposição contínua à tuberculose; e não podem receber tratamento preventivo primário a longo prazo. Além dessas condições, a vacina deve ser considerada se as crianças não puderem ser separadas de adultos nas seguintes condições: inefetivamente tratados para tuberculose; não receberam tratamento; ou têm cepas de tuberculose resistentes a isoniazida e rifampicina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommendations - consider BCG vaccination only in children - with negative TB skin test - with continual exposure - who cannot be separated from adults who - are ineffectively treated or untreated for TB and child cannot be given long-term primary preventive treatment for TB infection - have TB strains resistant to isoniazid and rifampin</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>
41	<p>[ <b>Indicador</b> ] A revacinação da vacina BCG como reforço não é recomendada. Além disso, a vacina não é confiável contra tuberculose pulmonar para adultos e crianças mais velhas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) revaccination not recommended 2) BCG is unreliable against adult forms of pulmonary tuberculosis. - efficacy variable (0% to &gt;80%) in older children and adults, with some reports of net harm ( JAMA 2004 May 5;291(17):2127)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Efficacy">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Efficacy</a></p>
<b>Dimensão Prevenção e Grupo HIV</b>	
20	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes com HIV que viajam ou trabalham em regiões endêmicas de tuberculose devem ser aconselhados sobre os riscos da doença e sobre a necessidade de realizar testes para infecção latente de tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] counsel patients with HIV who travel or work in tuberculosis (TB)-endemic regions about the risks of TB and need for testing for latent TB infection (LTBI) upon return.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening</a></p>
21	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes com HIV e infecção latente por tuberculose, sem nenhum tratamento prévio, devem receber terapia preventiva com isoniazida.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] patients with HIV and LTBI, no evidence of active TB, and no previous treatment for active or latent TB should receive isoniazid preventative therapy (IPT) (CDC/NIH/IDSA Grade A-I)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening</a></p>
22	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia anti retroviral pode reduzir a incidência de tuberculose em pacientes com infecção pelo HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] antiretroviral therapy may reduce incidence of tuberculosis in patients with HIV infection regardless of baseline CD4 T-cell count (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening</a></p>
102	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia preventiva com isoniazida para crianças com infecção pelo HIV está associada à redução da mortalidade e da incidência de tuberculose, mas somente se elas não recebem a terapia anti retroviral. No entanto, se os bebês foram imunizadas com a vacina BCG, essa terapia preventiva pode não melhorar a sobrevivência livre da tuberculose, independente de terem ou não HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] efficacy of IPT in children with HIV infection IPT may not reduce mortality or active TB in children with HIV infection receiving ART (level 2 [mid-level] evidence) IPT in children with HIV infection not receiving ART associated with reduced mortality and incidence of TB (level 2 [mid-level] evidence) IPT may not improve TB-disease-free survival in infants with or without HIV infection immunized with Bacille Calmette-Guerin (BCG) vaccine (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Isoniazid-preventative-therapy--IPT">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Isoniazid-preventative-therapy--IPT</a></p>
<b>Dimensão Prevenção e Grupo Responsável pela Criança</b>	
28	<p>[ <b>Indicador</b> ] Caso a mãe tenha baciloscopia positiva (exame de escarro) para tuberculose, o bebê deve receber 6 meses de terapia preventiva com isoniazida, seguida de imunização com a vacina BCG. Uma alternativa é realizar teste cutâneo tuberculínico após 3 meses de isoniazida. Se o teste der negativo, a isoniazida deve ser interrompida e a vacina BCG aplicada. Se der positivo, a isoniazida deve ser continuada por mais 3 meses antes da vacina BCG.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] breastfeeding infant - has high risk of infection from mother with smear-positive pulmonary TB and high risk of developing TB - should receive 6 months of isoniazid preventive therapy, followed by BCG immunization alternative policy is to give 3 months of isoniazid, then perform tuberculin skin test (TST) - if TST negative, isoniazid should be stopped and BCG vaccination given - if TST positive, isoniazid should be continued for another 3 months, after which it should be stopped and BCG given</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Recommendations">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Recommendations</a></p>
160	<p>[ <b>Indicador</b> ] Quando algum responsável pela criança tiver resultado positivo para tuberculose e radiografia torácica normal, as recomendações são: não é necessário separar a mãe do bebê; nem avaliação especial ou terapia para o bebê; outros familiares devem ser avaliados para tuberculose; e a mãe pode amamentar o bebê.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] if mother (or household contact) has positive tuberculin skin test or IGRA and normal chest x-ray(8) no separation of mother and infant required no special evaluation or therapy required for infant other household members should be evaluated for tuberculosis as positive test may represent unrecognized case of contagious tuberculosis mother can breastfeed infant</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis</a></p>

Quadro 1. (cont.)

Id	Indicadores
161	<p>[ <b>Indicador</b> ] Quando algum responsável pela criança apresenta sintomas clínicos ou anormalidades no raio-X compatíveis com a tuberculose, algumas medidas devem ser tomadas. Primeiro, avaliar bebê por tuberculose congênita e separar o responsável da criança até ser realizada uma avaliação completa. Se a tuberculose congênita for excluída, a terapia preventiva com isoniazida deve ser utilizada de 3 a 4 meses. Quando a criança receber isoniazida, a separação não é mais necessária, exceto nas seguintes condições sobre os responsáveis: suspeita de infecção por tuberculose resistente a medicamentos; baixa adesão à terapia; e a terapia diretamente observada não é possível. Se a mãe tiver tuberculose não resistente e for tratada adequadamente por mais de 2 semanas, é permitido amamentar o bebê.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] if mother (or household contact) has clinical signs and symptoms or abnormal findings on x-ray consistent with tuberculosis disease(8) immediately report to local health department evaluate infant for congenital tuberculosis separate mother (or household contact) from infant until full evaluation can be done, and if tuberculosis suspected, until mother found not to have tuberculosis mother and child both receive appropriate therapy mother understands and is willing to adhere to infection-control measures once infant receives isoniazid, separation not required unless mother (or household contact) has suspected drug resistant tuberculosis infection has poor adherence to therapy and directly observed therapy not possible women with drug-susceptible infection treated appropriately for ≥ 2 weeks may breastfeed if congenital tuberculosis excluded, give isoniazid for 3-4 months and perform skin test if skin test is positive reassess for tuberculosis disease if tuberculosis disease excluded, continue isoniazid for total of 9 months evaluate infants for signs of tuberculosis monthly during treatment if skin test is negative, and mother has good treatment adherence, discontinue isoniazid</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis</a></p>
162	<p>[ <b>Indicador</b> ] Quando algum responsável pela criança tem resultado positivo para tuberculose, resultados anormais na radiografia torácica e nenhuma evidência de doença tuberculosa, as seguintes medidas devem ser tomadas: a criança pode ser considerada de baixo risco de doença e a separação não é necessária; a mãe deve ser tratada por infecção latente por tuberculose; e outros familiares devem ser avaliados.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] if mother (or household contact) has positive skin test or IGRA and abnormal findings on chest x-ray but no evidence of tuberculosis disease(8) infant can be assumed to be at low risk of disease, and separation not necessary treat mother for latent tuberculosis infection evaluate other household members</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis</a></p>
<b>Dimensão Prevenção e Grupo Criança</b>	
153	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia preventiva com isoniazida é considerada para todos os bebês e as crianças com tuberculose latente e sem histórico de tratamento prévio para tuberculose. A terapia consiste no uso da isoniazida por 6 meses para crianças menores de 5 anos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) consider isoniazid preventative therapy for all infants and children with latent tuberculosis infection who have no evidence of active disease or history of previous tuberculosis treatment 2) both the World Health Organization (WHO) and American Academy of Pediatrics (AAP) recommend preventative therapy for children with latent tuberculosis infection (LTBI)(6, 8) WHO recommends isoniazid preventative therapy (10 mg/kg/day, maximum 300 mg/day) for 6 months to children aged &lt; 5 years who are household or close contacts of people with tuberculosis but do not have active disease (WHO Strong recommendation, High-quality evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>
154	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia preventiva deve ser iniciada em todas as crianças menores de 4 anos com imunidade diminuída que estão expostas a pacientes com tuberculose contagiosa, independentemente dos resultados dos testes de diagnóstico.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] initiate preventative therapy in all children &lt; 4 years old with impaired immunity exposed to patients with contagious tuberculosis regardless of diagnostic testing results</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>
157	<p>[ <b>Indicador</b> ] Na prevenção da tuberculose em crianças com infecção latente, a rifampina e a isoniazida diretamente observadas uma vez por semana durante 3 meses parecem tão eficazes quanto a isoniazida uma vez ao dia por 9 meses.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] directly observed rifampine plus isoniazid once weekly for 3 months appears as effective as isoniazid once daily for 9 months in preventing tuberculosis in children with LTBI (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>
158	<p>[ <b>Indicador</b> ] A rifampina de 4 meses pode ser tão eficaz quanto a isoniazida de 9 meses em crianças com infecção latente por tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 4-month rifampin may be as effective as 9-month isoniazid in children with LTBI (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Geral</b>	
131	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose é transmitida pelo ar de uma pessoa para outra quando as bactérias são expelidas na forma de aerossol por uma pessoa com tuberculose pulmonar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] M. tuberculosis is spread through the air from one person to another when bacteria are aerosolized from a person with pulmonary TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background</a></p>
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco gerais</b>	
132	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco da tuberculose pulmonar são: (1) contato próximo de uma pessoa com tuberculose infecciosa; (2) crianças menores de 5 anos com teste cutâneo tuberculínico positivo; (3) pessoas que emigraram de regiões do mundo com altas taxas de tuberculose; (4) grupos com altas taxas de transmissão de tuberculose, incluindo pessoas com infecção por HIV, usuários de drogas injetáveis e pessoas em situação de rua; (5) trabalhar ou residir com pessoas com alto risco de tuberculose em instalações ou instituições; (6) condições médicas que enfraquecem o sistema imunológico como o tratamento com medicamentos imunossupressores, diabetes, malignidade, transplante de órgãos, silicose, transtorno de abuso de substâncias, doença renal grave ou baixo peso corporal.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Risk factors for developing TB include: Close contacts of a person with infectious TB disease. Children &lt; 5 years old who have a positive tuberculin skin test. Persons who have immigrated from regions of the world with high rates of TB. Groups with high rates of TB transmission including persons with HIV infection, injection drug users, and homeless persons. Working or residing with people at high risk for TB in facilities or institutions. Medical conditions that weaken the immune system such as HIV infection, treatment with immunosuppressive medications, diabetes, malignancy, organ transplantation, silicosis, substance abuse disorder, severe kidney disease, or low body weight.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background</a></p>

Quadro 1. (cont.)

Id	Indicadores
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco e HIV</b>	
93	<p>[ <b>Indicador</b> ] O HIV é o fator de risco mais importante para a tuberculose. As pessoas com HIV têm 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver a tuberculose do que as pessoas HIV negativas. Fatores de risco incluem: (1) residência em regiões endêmicas de tuberculose, (2) contato próximo com pacientes com tuberculose, (3) alojamento lotado (incluindo encarceramento), (4) ventilação deficiente em ambientes de moradia ou trabalho, (5) má nutrição e (6) acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] About 32% of patients with TB are co-infected with HIV. HIV is the single most important risk factor for TB and persons with HIV are 20-30 times more likely to develop TB than HIV-negative persons. Additional risk factors include residence in TB-endemic regions, close contact with patients with TB, crowded housing (including incarceration), poor ventilation in living or working quarters, poor nutrition, and limited access to quality health care.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Background</a></p>
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco e Crianças</b>	
27	<p>[ <b>Indicador</b> ] Há alto risco de infecção e desenvolvimento da tuberculose durante a amamentação se as mães tiverem resultados positivos no exame de baciloscopia (exame de escarro).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] breastfeeding infant - has high risk of infection from mother with smear-positive pulmonary TB and high risk of developing TB</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>
139	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores associados ao aumento do risco de desenvolvimento da tuberculose em crianças incluem aquisição recente de infecção, idade mais jovem, comprometimento da imunidade (particularmente infecção pelo HIV) e comorbidades crônicas como diabetes mellitus.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Major risk factors for acquisition of infection include birth or residence in an endemic area, exposure to adults with active TB, and exposure to second hand smoke. Factors associated with increased risk of progressing from latent infection to active disease include recent acquisition of infection, younger age, immunocompromise, particularly HIV infection, and chronic comorbidities such as diabetes mellitus.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background</a></p>
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco e Tuberculoses resistentes</b>	
52	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco para as tuberculoses resistentes são: (1) tratamento prévio superior a um mês; (2) histórico de falha no tratamento ou recaída da tuberculose; (3) baixa adesão ou não conclusão de medicamentos durante tratamento anterior; (4) exposição à pessoas com esse tipo da doença; (5) ou à pessoas em que o tratamento padrão esteja falhando ou falhou; (6) tratamento atrasado; (7) baciloscopia (exame de escarro) positiva após dois meses de terapia combinada; (8) HIV; (9) nascimento estrangeiro; (10) idade mais jovem; (11) sexo feminino; (12) prisão anterior; (13) e residência ou viagem para a área com alta prevalência de tuberculose resistente aos medicamentos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) Risk factors for MDR and XDR TB: - prior TB treatment (&gt; 1 month) - failure of a TB treatment regimen containing second-line drugs including an injectable agent and a fluoroquinolone - close contact with a patient with MDR TB, XDR TB, or with a patient whose treatment regimen including second-line drugs is failing or has failed - delayed treatment - HIV - foreign birth - younger age - female sex - previous imprisonment 2) Risk factors for MDR TB include: exposure to persons with MDR TB a history of TB with treatment failure or relapse poor adherence to or not completing anti-TB medications during previous TB treatment positive sputum smears after 2 months of standard anti-TB combination therapy residence in or travel to area with a high prevalence of drug resistance</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background</a></p>
<b>Dimensão Sintomas e Grupo Geral</b>	
133	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas sugestivos da tuberculose pulmonar são febre, fadiga, perda de peso, sudorese noturna, tosse ou hemoptise (sangue no escarro). Esses sintomas combinados com pleurite (dor torácica na inspiração e expiração) também pode indicar tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) Suspect pulmonary tuberculosis (TB) in patients with suggestive symptoms including fever, fatigue, weight loss, night sweats, cough, or hemoptysis. 2) inflammation of parietal pleura resulting in sudden and intense chest pain on inhalation and exhalation(1) ask about symptoms that may appear in combination with pain malaise may indicate malignancy(3) pleural effusion(1) tuberculosis(1) rheumatoid arthritis(1) weight loss may indicate malignancy(3) pleural effusion(1) tuberculosis(1) rheumatoid arthritis(1) fever may indicate(1) pneumonia tuberculosis familial Mediterranean fever systemic lupus erythematosus medication-induced pleuritis (Clin Chest Med 2004 Mar;25(1):141) other infection night sweats may indicate malignancy(3) pleural effusion (including malignant pleural effusion)(1) tuberculosis(1) rheumatoid arthritis(1) 3) Diagnostic testing for cause of hemoptysis may include: - blood tests, including coagulation testing and interferon-gamma release assay or Mantoux screen if suspected tuberculosis</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#Description">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#Description</a> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#History-of-present-illness--HPI">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#History-of-present-illness--HPI</a> 3) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Evaluation</a></p>
<b>Dimensão Sintomas e Grupo Crianças</b>	
144	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas sugestivos da tuberculose em crianças são tosse e/ou febre, perda de peso ou déficit de crescimento, linfadenopatia (aumento dos nódulos linfáticos), hepato/esplenomegalia (aumento do fígado/baço), meningite, ascite ou outros.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Consider the diagnosis of tuberculosis (TB) in children born in endemic areas or with known exposure to an adult with active TB, presenting with cough and/or fever, weight loss or failure to thrive, lymphadenopathy, hepato- or splenomegaly, meningitis or ascites, or other suggestive signs and symptoms.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation</a></p>
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo Geral</b>	
130	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose pulmonar é a síndrome clínica da infecção do sistema respiratório causada pela micobactéria tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Pulmonary tuberculosis (TB) refers to the clinical syndrome associated with infection of the respiratory system caused by Mycobacterium tuberculosis. The World Health Organization estimates that in 2017, 10 million people developed TB and 1.6 million died from the disease, with 9,093 cases reported in the United States.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background</a></p>

Quadro 1. (cont.)

Id	Indicadores
134	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico da tuberculose pulmonar é confirmado com a identificação da micobactéria na amostra respiratória de pacientes que apresentam sintomas da doença. Os testes utilizados para diagnóstico incluem baciloscopia (exame de escarro), teste de amplificação de ácido nucleico e teste de cultura mico bacteriana líquida e sólida (padrão ouro para diagnóstico). Frequentemente, o diagnóstico é complementado com anormalidades radiológicas do tórax e evidência da resposta imune pelo teste cutâneo tuberculínico e/ou pelo teste de liberação de interferon gama.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Identification of <i>Mycobacterium tuberculosis</i> in respiratory specimen confirms diagnosis of pulmonary TB in patients with compatible clinical symptoms. Tests used for bacteriologic diagnosis include: Acid fast bacillus (AFB) smear microscopy, though this test is not specific to <i>M. tuberculosis</i>. Nucleic acid amplification testing (NAAT). Liquid and solid mycobacterial culture (gold standard for diagnosis). Diagnosis often supplemented with additional evidence such as: Chest x-ray abnormalities. Evidence of immune response by tuberculin skin test (TST) and/or interferon gamma release assay (IGRA), though these tests will also be positive in patients with previously treated TB or latent TB infection.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation</a></p>
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo HIV</b>	
12	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico de tuberculose em pacientes com HIV é desafiador devido à alta frequência de casos negativos à baciloscopia (exame de escarro), à apresentação radiográfica atípica e às manifestações extrapulmonares.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Diagnosis of tuberculosis (TB) in patients with HIV is challenging due to high frequency of smear-negative cases, atypical radiographic presentation, and extrapulmonary manifestations.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation</a></p>
13	<p>[ <b>Indicador</b> ] Todos os pacientes com HIV e suspeita de tuberculose devem fazer radiografia de tórax imediatamente. Para pacientes sintomáticos com radiografias de tórax normais, o exame de escarro e cultura deve ser considerado.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] All patients with suspected TB should have chest x-ray early in the course of investigation (Strong recommendation). - Radiologic presentation of chest x-ray varies with state of immunodeficiency. - In patients with CD4 T-cell count &gt; 350 cells/mm<sup>3</sup>, presentation may resemble that in patients uninfected with HIV including upper lobe infiltrates, cavitation, and pleural disease. - In patients with profound immunocompromise, cavitation is less common and x-ray findings may include pleural effusion, lower or middle lobe infiltrates, miliary infiltrates, mediastinal adenopathy, interstitial nodules, or normal x-ray. - Consider sputum smear and culture in symptomatic patients with normal chest x-rays.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation</a></p>
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo Crianças</b>	
145	<p>[ <b>Indicador</b> ] Crianças com suspeita de infecção por tuberculose devem fazer teste cutâneo tuberculínico ou teste de liberação de interferon gama. Se o resultado for positivo, elas devem fazer um exame físico completo, incluindo uma avaliação neurológica cuidadosa e uma radiografia de tórax. Caso o resultado seja negativo, é considerada uma avaliação adicional nas crianças que permanecem em risco de adquirir tuberculose, pois resultado negativo não exclui a doença ativa.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Screen children with suspected latent or active infection using either a tuberculin skin test (TST) or interferon gamma release assay (IGRA). TST is preferred in children &lt; 5 years old, but IGRA is preferred in children ≥ 5 years old with history of bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination. Either test is acceptable in children &gt; 5 years old who lack a history of BCG vaccination. In children who screen positive, perform a thorough physical examination, including a careful neurologic assessment and a chest x-ray. In children who screen negative, consider additional evaluation in those who remain at increased risk for TB, as a negative result does not rule out active disease.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation</a></p>
146	<p>[ <b>Indicador</b> ] Na ausência de confirmação bacteriana, o diagnóstico da tuberculose pode ser feito clinicamente com base em fatores de risco, sintomas e/ou características da radiografia de tórax.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] In the absence of bacterial confirmation, the diagnosis can be made clinically based on risk factors, signs and symptoms and/or characteristic chest x-ray findings.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation</a></p>
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo Tuberculose resistente</b>	
51	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose multi resistente é a forma da tuberculose resistente a pelo menos isoniazida e rifampicina. Já a tuberculose extensivamente resistente, além das dessas duas drogas, é resistente a qualquer fluoroquinolona e pelo menos uma das três drogas injetáveis: amicacina, canamicina ou capreomicina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) MDR TB is defined as TB caused by <i>Mycobacterium tuberculosis</i> resistant to at least isoniazid and rifampin. An estimated 460,000 cases of MDR TB emerged globally in 2017. 2) XDR TB is defined as TB caused by <i>Mycobacterium tuberculosis</i> resistant to isoniazid, rifampin, any fluoroquinolone, and at least 1 of 3 injectable second-line drugs (amikacin, kanamycin, or capreomycin).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background</a></p>
105	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sinais das tuberculose multi e extensivamente resistentes não diferem da tuberculose comum. O diagnóstico é tradicionalmente confirmado com teste de cultura e suscetibilidade a drogas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) The clinical presentation of MDR TB does not differ from that of drug-susceptible TB. MDR TB diagnosis is traditionally confirmed with culture and drug-susceptibility testing. 2) Clinical presentation of XDR TB does not differ from that of drug-susceptible TB. XDR TB diagnosis is confirmed with culture and drug-susceptibility testing.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Evaluation</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Evaluation</a></p>
<b>Dimensão Tratamento e Grupo Geral</b>	
58	<p>[ <b>Indicador</b> ] Todo paciente hospitalizado com suspeita de tuberculose deve ser alocado no isolamento de infecção pelo ar com medidas apropriadas de controle de infecção tanto para profissionais de saúde como visitantes.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Any hospitalized patient with suspected TB or who has acid-fast bacilli (AFB) smear-positive sputum should be placed in airborne infection isolation with appropriate infection control measures for providers and visitors.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>
115	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia diretamente observada é preferível à terapia autoadministrada para o tratamento de rotina de pacientes com todas as formas de tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Directly observed therapy (DOT) is preferred over self-administered therapy (SAT) for routine treatment of patients with all forms of tuberculosis (Weak recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management</a></p>



Quadro 1. (cont.)

Id	Indicadores
135	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento recomendado para a tuberculose pulmonar é: fase inicial de dois meses com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol; e fase de continuação de 4 meses com isoniazida mais rifampicina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The recommended empiric treatment for newly diagnosed pulmonary TB caused by Mycobacterium tuberculosis susceptible to all first-line drugs is a 2-month initial or intensive phase followed by a 4-month continuation phase (Strong recommendation). The 2-month initial phase consists of isoniazid, rifampin, pyrazinamide, plus ethambutol. The 4-month continuation phase consists of isoniazid plus rifampin.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management</a></p>
<b>Dimensão Tratamento e Grupo HIV</b>	
17	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento em pacientes com HIV e suspeita de tuberculose deve ser iniciado imediatamente, mesmo antes do diagnóstico completo ser confirmado. Os regimes de tratamento em adultos com infecção por HIV seguem os mesmos princípios que o tratamento para adultos sem HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Start empiric treatment in patients with HIV and suspected tuberculosis (TB) until diagnostic work-up is complete (Strong recommendation). - Recommendations for anti-tuberculosis treatment regimens in adults with HIV infection follow the same principles as for adults without HIV infection. - Initial phase consists of a 4-drug regimen of isoniazid (INH), rifampin (or rifabutin), pyrazinamide, and ethambutol daily for 2 months (Strong recommendation). - Continuation phase consists of a 2-drug regimen of INH plus rifampin (or rifabutin) daily for drug-susceptible TB (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management</a></p>
18	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os corticosteroides são recomendados para tratamento da tuberculose em pacientes com HIV que tenham envolvimento com o sistema nervoso central ou doença pericárdica.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Corticosteroids are recommended for patients with CNS or pericardial disease (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management</a></p>
<b>Dimensão Tratamento e Grupo Tuberculose resistente</b>	
55	<p>[ <b>Indicador</b> ] As tuberculoses multi e extensivamente resistente devem ser tratadas somente por especialistas nesses tipos da doença. Antes de obter os resultados dos testes de susceptibilidade aos medicamentos, o tratamento apropriado deve ser iniciado nos pacientes em quem há suspeita de desses tipos de tuberculoses.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 1) MDR TB should be managed by experts with experience in the treatment of drug-resistant TB. Prior to receipt of drug-susceptibility testing results, empiric treatment for MDR TB should be started in those in whom MDR TB is suspected. 2) XDR TB should be managed by only those expert in the treatment of drug-resistant TB. Prior to receipt of drug-susceptibility testing results, empiric treatment for XDR TB should be started in those in whom XDR TB is suspected.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] 1) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Management</a> 2) <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>
56	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose extensivamente resistente é orientado pelos resultados dos testes de suscetibilidade às drogas da seguinte forma: sempre tentar usar 3 ou mais drogas não utilizadas anteriormente que tenham passado nos testes e considerar regimes com quatro a seis medicamentos, incluindo um injetável.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treatment is guided by drug-susceptibility testing results: - Always try to use <math>\geq 3</math> previously unused drugs that have demonstrated in vitro susceptibility and consider regimens with 4-6 medications, including an injectable (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>
57	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para tratamento da tuberculose extensivamente resistente, deve ser realizada diariamente a terapia diretamente observada em casa ou no hospital.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] - Institute daily hospital-based or home-based directly observed therapy (DOT) (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>
107	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento inicial da tuberculose multi resistente inclui no mínimo 5 antibióticos. Ele dura pelo menos de 9 a 12 meses. Pode durar mais tempo dependendo dos resultados dos testes de suscetibilidade às drogas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Initial treatment includes <math>\geq 5</math> antibiotics. Duration is at least 9-12 months, and may be longer depending on drug susceptibility results.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Management</a></p>
108	<p>[ <b>Indicador</b> ] Nenhum dos potenciais tratamentos para pessoas infectadas com tuberculose multi resistente foi totalmente testado quanto à eficácia e estes tratamentos são frequentemente mal tolerados.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] none of the potential regimens for persons infected with MDR TB have been tested fully for efficacy, and these regimens are often poorly tolerated</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Contact-investigation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Contact-investigation</a></p>
<b>Dimensão Tratamento e Grupo Efeitos colaterais</b>	
136	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para prevenir efeitos colaterais em pacientes com deficiência nutricional, diabetes, infecção por HIV, insuficiência renal, alcoolismo, em mulheres grávidas e lactantes e em crianças, o tratamento da tuberculose pulmonar com isoniazida deve ser suplementado com piridoxina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Supplement isoniazid treatment with pyridoxine 25 mg/day in patients with nutritional deficiency, diabetes, HIV infection, renal failure, or alcoholism, in pregnant and breastfeeding women, and in children to prevent adverse events.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management</a></p>

Fonte: elaboração própria.

## Seleção do *site*

Realizamos uma escolha arbitrária de um *site* para aplicar os indicadores desenvolvidos<sup>16</sup>. O *site* escolhido está hospedado no portal do Ministério da Saúde (MS) e trata-se de um glossário denominado de ‘Saúde de A a Z’<sup>25</sup>.

As páginas desse glossário disponibilizam informação oficial sobre saúde, chancelada pelo governo federal brasileiro. Por essa razão, elas recebem destaque em buscas realizadas no Google e são facilmente acessíveis por gestores, profissionais de saúde e usuários. Esse portal do MS pode ser considerado a principal referência de informação para todas as secretarias estaduais e municipais de saúde. A informação disponível nele pode ser considerada confiável.

Na letra ‘t’ do glossário, localizamos o tópico ‘Tuberculose’<sup>26</sup>. Então, decidimos avaliar a informação disponível nesse tópico com os indicadores que desenvolvemos.

## Aplicação dos indicadores

Nossa proposta de procedimento para aplicação dos indicadores de acurácia é utilizar uma mesma escala para todos: ‘incorreta’, ‘ausente’, ‘incompleta’ e ‘completa’. Esta escala representa o julgamento que fizemos sobre a informação encontrada no *site* ao compará-la com a informação dos indicadores desenvolvidos. A redação dos indicadores foi concebida contendo toda informação fundamental e baseada em evidência que permita avaliar a qualidade da

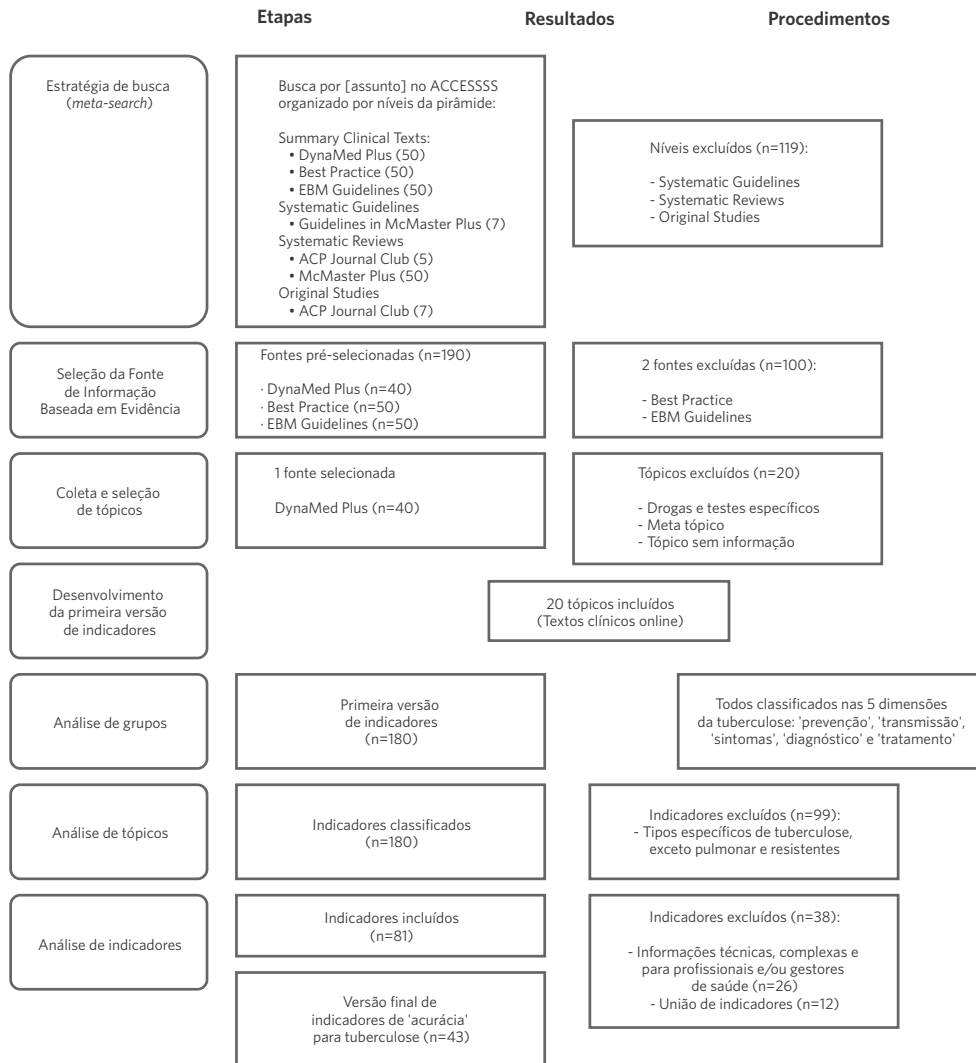
informação contida em um *site*. Dessa forma, tanto profissionais de saúde como usuários podem avaliar a informação. A ideia é que o avaliador verifique se o indicador está disponível no *site* e como está disposto. Se a informação não for encontrada, ele deve considerá-la ‘ausente’. Caso seja encontrada, mas esteja errada, o avaliador deve considerá-la ‘incorreta’. Na situação em que ele encontre a informação parcial, deve considerar ‘incompleta’. Contudo, se qualquer parte da informação contida no indicador estiver errada, mesmo que outra parte esteja correta, recomendamos que o avaliador considere ‘incorreta’ para o indicador. A informação somente deverá ser avaliada como ‘completa’ se for encontrada e estiver correta de acordo com o indicador.

Empregamos esse procedimento na página selecionada no dia 24 de fevereiro de 2022.

## Resultados

A *figura 1* apresenta os resultados das sete etapas<sup>19</sup> de desenvolvimento de indicadores de acurácia da informação. Desenvolvemos 43 indicadores para avaliação da qualidade da informação sobre tuberculose destinada a usuários na internet (*quadro 1*). Para mostrar como foram organizados, definimos dimensões para a tuberculose: prevenção, transmissão, sintomas, diagnóstico e tratamento. No âmbito de cada dimensão, os indicadores estão organizados em grupos.

Figura 1. Diagrama de fluxo metodológico



Fonte: elaboração própria.

A dimensão de prevenção contém o total de 16 indicadores. Ela detém o maior número de indicadores, distribuídos igualmente em quatro grupos. O grupo 'BCG' contém informação relacionada à vacina Bacillus Calmette-Guérin (BCG) como assunto principal. O grupo 'HIV' contém indicadores com esse vírus como principal assunto relacionado. O grupo 'Responsável pela criança' contém informação sobre ações de prevenção que devem ser tomadas quando os responsáveis pelas crianças tiveram algum

contato com a tuberculose. No quarto grupo, o assunto principal são as 'Crianças'.

A dimensão 'transmissão' contém seis indicadores de acurácia da informação organizados em cinco grupos. Há apenas um indicador por grupo, exceto o grupo que envolve a população de 'Crianças'. O grupo 'Geral' não contém indicadores baseados em informação específica sobre uma população, condição de saúde ou intervenção. Indicadores desse grupo possuem informações destinadas à população em geral.

Esse grupo também foi criado para todas as próximas dimensões que definimos. O grupo 'Fatores de risco gerais' possui informação destinada à população em geral. O grupo 'Fatores de risco e HIV' contém indicador sobre fatores específicos para pessoas com o vírus HIV. O grupo 'Fatores de risco e Crianças' contém dois indicadores de acurácia da informação destinados à essa população. O quinto grupo, 'Fatores de risco e Tuberculoses resistentes', é baseado em informação sobre fatores relacionados a tipos de tuberculose resistentes a medicamentos.

A dimensão 'sintomas' contém dois indicadores classificados em dois grupos: 'Geral' e 'Crianças'.

A dimensão 'diagnóstico da tuberculose' contém oito indicadores organizados em quatro grupos, cada um com dois indicadores. O primeiro é o grupo é 'Geral', o segundo é 'HIV' e o terceiro é 'Crianças'. O quarto grupo, 'Tuberculose resistente' contém indicadores baseados em informação relacionada ao diagnóstico de tuberculoses resistentes à medicamentos.

A dimensão 'tratamento da tuberculose' contém onze indicadores categorizados em quatro grupos. O primeiro grupo, 'Geral', contém três indicadores. O segundo grupo foi classificado como 'HIV' e contém dois indicadores. O grupo 'Tuberculose resistente' contém cinco indicadores. O quarto grupo, 'Efeitos colaterais', contém um indicador baseado em informação que tem como assunto principal os eventuais efeitos colaterais decorrentes de um tratamento.

Empregamos o procedimento de aplicação dos 43 indicadores de acurácia da informação na página sobre tuberculose no glossário 'Saúde de A a Z' do portal do MS<sup>26</sup>. A informação foi considerada 'incorreta' em um indicador, 'ausente' em 29, 'incompleta' em onze e 'completa' em apenas dois indicadores. Esse resultado revela baixíssima conformidade. Há muita informação baseada em evidência que poderia estar disponível nesse *site* de forma completa e correta. A maioria da informação não foi encontrada ou está incompleta. Há também informação que foi considerada errada. O resultado completo da avaliação está no *quadro 2*.

Quadro 2. Avaliação do tópico 'Tuberculose' do glossário do MS

Id	Indicador	Avaliação	Trecho extraído do tópico 'Tuberculose' do Glossário 'Saúde de A a Z' do Ministério da Saúde
<b>Dimensão Prevenção e Grupo BCG</b>			
23	A vacina BCG deve ser aplicada logo após o nascimento em países com alta prevalência de tuberculose. Ela também deve ser aplicada caso não haja informação sobre a mãe ter HIV, pois os benefícios superam os riscos.	Incompleta	"A vacina BCG (bacilo Calmette-Guérin), ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS), protege a criança das formas mais graves da doença, como a tuberculose miliar e a tuberculose meníngea. A vacina está disponível nas salas de vacinação das unidades básicas de saúde e em algumas maternidades. IMPORTANTE: Essa vacina deve ser ministrada às crianças ao nascer, ou, no máximo, até os quatro anos, 11 meses e 29 dias."
26	Bebês não devem ser vacinados com a BCG nos dois casos seguintes: suspeita de infecção pelo HIV; ou nascerem de mulheres com HIV.	Ausente	
29	Em países com baixa prevalência da tuberculose, a vacina BCG deve ser considerada somente para crianças nas seguintes condições: teste cutâneo negativo para tuberculose; exposição contínua à tuberculose; e não podem receber tratamento preventivo primário a longo prazo. Além dessas condições, a vacina deve ser considerada se as crianças não puderem ser separadas de adultos nas seguintes condições: inefetivamente tratados para tuberculose; não receberam tratamento; ou têm cepas de tuberculose resistentes a isoniazida e rifampicina.	Ausente	
41	A revacinação da vacina BCG como reforço não é recomendada. Além disso, a vacina não é confiável contra tuberculose pulmonar para adultos e crianças mais velhas.	Ausente	

Quadro 2. (cont.)

Id	Indicador	Avaliação	Trecho extraído do tópico 'Tuberculose' do Glossário 'Saúde de A a Z' do Ministério da Saúde
<b>Dimensão Prevenção e Grupo HIV</b>			
20	Pacientes com HIV que viajam ou trabalham em regiões endêmicas de tuberculose devem ser aconselhados sobre os riscos da doença e sobre a necessidade de realizar testes para infecção latente de tuberculose.	Completa	"Dessa forma, diagnosticar e tratar a ILTB é uma importante estratégia de prevenção para evitar o desenvolvimento da forma ativa da doença, especialmente para: contatos domiciliares de pessoas diagnosticadas com TB crianças infecção pelo HIV pessoas em uso de tratamentos imunossupressores IMPORTANTE: para as pessoas que vivem com HIV, deve-se investigar e tratar a infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> e diagnosticar e tratar precocemente a tuberculose ativa."
21	Pacientes com HIV e infecção latente por tuberculose, sem nenhum tratamento prévio, devem receber terapia preventiva com isoniazida.	Incompleta	"Para isso, é importante que a equipe de saúde realize a avaliação dos contatos de pessoas com tuberculose e ofereça o exame para diagnóstico da ILTB aos grupos populacionais citados acima, mediante critérios para indicação do tratamento preventivo. Conheça mais sobre o Protocolo de vigilância da infecção latente pelo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> no Brasil"
22	A terapia anti retroviral pode reduzir a incidência de tuberculose em pacientes com infecção pelo HIV.	Incompleta	O diagnóstico precoce de infecção pelo HIV em pessoas com tuberculose e o início oportuno do tratamento antirretroviral reduzem a mortalidade.
102	A terapia preventiva com isoniazida para crianças com infecção pelo HIV está associada à redução da mortalidade e da incidência de tuberculose, mas somente se elas não recebem a terapia anti retroviral. No entanto, se os bebês foram imunizados com a vacina BCG, essa terapia preventiva pode não melhorar a sobrevida livre da tuberculose, independente de terem ou não HIV.	Ausente	
<b>Dimensão Prevenção e Grupo Responsável pela Criança</b>			
28	Caso a mãe tenha baciloscopia positiva (exame de escarro) para tuberculose, o bebê deve receber 6 meses de terapia preventiva com isoniazida, seguida de imunização com a vacina BCG. Uma alternativa é realizar teste cutâneo tuberculínico após 3 meses de isoniazida. Se o teste der negativo, a isoniazida deve ser interrompida e a vacina BCG aplicada. Se der positivo, a isoniazida deve ser continuada por mais 3 meses antes da vacina BCG.	Ausente	
160	Quando algum responsável pela criança tiver resultado positivo para tuberculose e radiografia torácica normal, as recomendações são: não é necessário separar a mãe do bebê; nem avaliação especial ou terapia para o bebê; outros familiares devem ser avaliados para tuberculose; e a mãe pode amamentar o bebê.	Ausente	
161	Quando algum responsável pela criança apresenta sintomas clínicos ou anormalidades no raio-X compatíveis com a tuberculose, algumas medidas devem ser tomadas. Primeiro, avaliar bebê por tuberculose congênita e separar o responsável da criança até ser realizada uma avaliação completa. Se a tuberculose congênita for excluída, a terapia preventiva com isoniazida deve ser utilizada de 3 a 4 meses. Quando a criança receber isoniazida, a separação não é mais necessária, exceto nas seguintes condições sobre os responsáveis: suspeita de infecção por tuberculose resistente a medicamentos; baixa adesão à terapia; e a terapia diretamente observada não é possível. Se a mãe tiver tuberculose não resistente e for tratada adequadamente por mais de 2 semanas, é permitido amamentar o bebê.	Ausente	
162	Quando algum responsável pela criança tem resultado positivo para tuberculose, resultados anormais na radiografia torácica e nenhuma evidência de doença tuberculosa, as seguintes medidas devem ser tomadas: a criança pode ser considerada de baixo risco de doença e a separação não é necessária; a mãe deve ser tratada por infecção latente por tuberculose; e outros familiares devem ser avaliados.	Ausente	
<b>Dimensão Prevenção e Grupo Criança</b>			
153	A terapia preventiva com isoniazida é considerada para todos os bebês e as crianças com tuberculose latente e sem histórico de tratamento prévio para tuberculose. A terapia consiste no uso da isoniazida por 6 meses para crianças menores de 5 anos.	Ausente	
154	A terapia preventiva deve ser iniciada em todas as crianças menores de 4 anos com imunidade diminuída que estão expostas a pacientes com tuberculose contagiosa, independentemente dos resultados dos testes de diagnóstico.	Ausente	

Quadro 2. (cont.)

Id	Indicador	Avaliação	Trecho extraído do tópico 'Tuberculose' do Glossário 'Saúde de A a Z' do Ministério da Saúde
157	Na prevenção da tuberculose em crianças com infecção latente, a rifapentina e a isoniazida diretamente observadas uma vez por semana durante 3 meses parecem tão eficazes quanto a isoniazida uma vez ao dia por 9 meses.	Ausente	
158	A rifampicina de 4 meses pode ser tão eficaz quanto a isoniazida de 9 meses em crianças com infecção latente por tuberculose.	Ausente	
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Geral</b>			
131	A tuberculose é transmitida pelo ar de uma pessoa para outra quando as bactérias são expelidas na forma de aerossol por uma pessoa com tuberculose pulmonar.	Completa	A transmissão da tuberculose acontece por via respiratória, pela eliminação de aerossóis produzidos pela tosse, fala ou espirro de uma pessoa com tuberculose ativa (pulmonar ou laringea), sem tratamento; e a inalação de aerossóis por um indivíduo suscetível
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco gerais</b>			
132	Os fatores de risco da tuberculose pulmonar são: (1) contato próximo de uma pessoa com tuberculose infecciosa; (2) crianças menores de 5 anos com teste cutâneo tuberculínico positivo; (3) pessoas que imigraram de regiões do mundo com altas taxas de tuberculose; (4) grupos com altas taxas de transmissão de tuberculose, incluindo pessoas com infecção por HIV, usuários de drogas injetáveis e pessoas em situação de rua; (5) trabalhar ou residir com pessoas com alto risco de tuberculose em instalações ou instituições; (6) condições médicas que enfraquecem o sistema imunológico como o tratamento com medicamentos imunossupressores, diabetes, malignidade, transplante de órgãos, sílicose, transtorno de abuso de substâncias, doença renal grave ou baixo peso corporal.	Incompleta	"Além dos fatores relacionados ao sistema imunológico de cada pessoa e à exposição ao bacilo, o adoecimento por tuberculose, muitas vezes, está ligado às condições precárias de vida. Assim, alguns grupos populacionais podem apresentar situações de maior vulnerabilidade. O quadro abaixo traz algumas dessas populações e os seus respectivos riscos de adoecimento em comparação com a população em geral. Celas mal ventiladas, iluminação solar reduzida e dificuldade de acesso aos serviços de saúde: estes são alguns dos fatores que contribuem para elevado número de casos de tuberculose no sistema prisional."
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco e HIV</b>			
93	O HIV é o fator de risco mais importante para a tuberculose. As pessoas com HIV têm 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver a tuberculose do que as pessoas HIV negativas. Fatores de risco incluem: (1) residência em regiões endêmicas de tuberculose, (2) contato próximo com pacientes com tuberculose, (3) alojamento lotado (incluindo encarceramento), (4) ventilação deficiente em ambientes de moradia ou trabalho, (5) má nutrição e (6) acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade.	Incompleta	"Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) A tuberculose em pessoas que vivem com HIV é uma das condições de maior impacto na mortalidade por HIV e por tuberculose no país. Essas pessoas têm maior risco de desenvolver a tuberculose, e muitas vezes, só têm o diagnóstico da infecção pelo HIV durante a investigação/confirmação da tuberculose."
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco e Crianças</b>			
27	Há alto risco de infecção e desenvolvimento da tuberculose durante a amamentação se as mães tiverem resultados positivos no exame de baciloscopia (exame de escarro).	Ausente	
139	Os fatores associados ao aumento do risco de desenvolvimento da tuberculose em crianças incluem aquisição recente de infecção, idade mais jovem, comprometimento da imunidade (particularmente infecção pelo HIV) e comorbidades crônicas como diabetes mellitus.	Ausente	
<b>Dimensão Transmissão e Grupo Fatores de risco e Tuberculoses resistentes</b>			
52	Os fatores de risco para as tuberculoses resistentes são: (1) tratamento prévio superior a um mês; (2) histórico de falha no tratamento ou recaída da tuberculose; (3) baixa adesão ou não conclusão de medicamentos durante tratamento anterior; (4) exposição à pessoas com esse tipo da doença; (5) ou à pessoas em que o tratamento padrão esteja falhando ou falhou; (6) tratamento atrasado; (7) baciloscopia (exame de escarro) positiva após dois meses de terapia combinada; (8) HIV; (9) nascimento estrangeiro; (10) idade mais jovem; (11) sexo feminino; (12) prisão anterior; (13) e residência ou viagem para a área com alta prevalência de tuberculose resistente aos medicamentos.	Ausente	
<b>Dimensão Sintomas e Grupo Geral</b>			
133	Os sintomas sugestivos da tuberculose pulmonar são febre, fadiga, perda de peso, sudorese noturna, hemoptise (sangue no escarro) ou tosse por duas ou mais semanas. Esses sintomas combinados com pleurite (dor torácica na inspiração e expiração) também pode indicar tuberculose.	Incorreta	"Quais são os sintomas da tuberculose? Tosse por 3 semanas ou mais Febre vespertina Sudorese noturna Emagrecimento O principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse. Essa tosse pode ser seca ou produtiva (com catarro). IMPORTANTE: Recomenda-se que toda pessoa com sintomas respiratórios, ou seja, que apresente tosse por três semanas ou mais, seja investigada para tuberculose."

Quadro 2. (cont.)

Id	Indicador	Avaliação	Trecho extraído do tópico 'Tuberculose' do Glossário 'Saúde de A a Z' do Ministério da Saúde
<b>Dimensão Sintomas e Grupo Crianças</b>			
144	Os sintomas sugestivos da tuberculose em crianças são tosse e/ou febre, perda de peso ou déficit de crescimento, linfadenopatia (aumento dos nódulos linfáticos), hepato/esplenomegalia (aumento do fígado/baço), meningite, ascite ou outros.	Ausente	
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo Geral</b>			
130	A tuberculose pulmonar é a síndrome clínica da infecção do sistema respiratório causada pela micobactéria tuberculose.	Incompleta	"A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pela bactéria <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , também conhecida como bacilo de Koch. A doença afeta prioritariamente os pulmões (forma pulmonar), embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas."
134	O diagnóstico da tuberculose pulmonar é confirmado com a identificação da micobactéria na amostra respiratória de pacientes que apresentam sintomas da doença. Os testes utilizados para diagnóstico incluem baciloscopia (exame de escarro), teste de amplificação de ácido nucleico e teste de cultura mico bacteriana líquida e sólida (padrão ouro para diagnóstico). Frequentemente, o diagnóstico é complementado com anormalidades radiológicas do tórax e evidência da resposta imune pelo teste cutâneo tuberculínico e/ou pelo teste de liberação de interferon gama.	Incompleta	"Como é feito o diagnóstico da tuberculose? Para o diagnóstico da tuberculose são utilizados os seguintes exames: baciloscopia teste rápido molecular para tuberculose cultura para micobactéria IMPORTANTE: Esses exames são fundamentais para identificar o bacilo da tuberculose e são utilizados para confirmar o diagnóstico bacteriológico da doença."
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo HIV</b>			
12	O diagnóstico de tuberculose em pacientes com HIV é desafiador devido à alta frequência de casos negativos à baciloscopia (exame de escarro), à apresentação radiográfica atípica e às manifestações extrapulmonares.	Incompleta	ATENÇÃO: Para o diagnóstico da tuberculose entre as populações mais vulneráveis (privados de liberdade, indígenas, pessoas que vivendo com HIV, pessoas em situação de rua e profissionais de saúde), é recomendado que toda pessoa que apresente tosse INDEPENDENTEMENTE DO TEMPO DE DURAÇÃO e/ou radiografia de tórax sugestiva para tuberculose seja avaliada pela equipe de saúde e realize coleta de escarro para baciloscopia ou TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade.
13	Todos os pacientes com HIV e suspeita de tuberculose devem fazer radiografia de tórax imediatamente. Para pacientes sintomáticos com radiografias de tórax normais, o exame de escarro e cultura deve ser considerado.	Incompleta	ATENÇÃO: Para o diagnóstico da tuberculose entre as populações mais vulneráveis (privados de liberdade, indígenas, pessoas que vivendo com HIV, pessoas em situação de rua e profissionais de saúde), é recomendado que toda pessoa que apresente tosse INDEPENDENTEMENTE DO TEMPO DE DURAÇÃO e/ou radiografia de tórax sugestiva para tuberculose seja avaliada pela equipe de saúde e realize coleta de escarro para baciloscopia ou TRM-TB, cultura e teste de sensibilidade.
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo Crianças</b>			
145	Crianças com suspeita de infecção por tuberculose devem fazer teste cutâneo tuberculínico ou teste de liberação de interferon gama. Se o resultado for positivo, elas devem fazer um exame físico completo, incluindo uma avaliação neurológica cuidadosa e uma radiografia de tórax. Caso o resultado seja negativo, é considerada uma avaliação adicional nas crianças que permanecem em risco de adquirir tuberculose, pois resultado negativo não exclui a doença ativa.	Ausente	
146	Na ausência de confirmação bacteriana, o diagnóstico da tuberculose pode ser feito clinicamente com base em fatores de risco, sintomas e/ou características da radiografia de tórax.	Ausente	
<b>Dimensão Diagnóstico e Grupo Tuberculose resistente</b>			
51	A tuberculose multi resistente é a forma da tuberculose resistente a pelo menos isoniazida e rifampicina. Já a tuberculose extensivamente resistente, além das dessas duas drogas, é resistente a qualquer fluoroquinolona e pelo menos uma das três drogas injetáveis: amicacina, canamicina ou capreomicina.	Ausente	
105	Os sinais das tuberculose multi e extensivamente resistentes não diferem da tuberculose comum. O diagnóstico é tradicionalmente confirmado com teste de cultura e suscetibilidade a drogas.	Ausente	
<b>Dimensão Tratamento e Grupo Geral</b>			
58	Todo paciente hospitalizado com suspeita de tuberculose deve ser alocado no isolamento de infecção pelo ar com medidas apropriadas de controle de infecção tanto para profissionais de saúde como visitantes.	Ausente	

Quadro 2. (cont.)

Id	Indicador	Avaliação	Trecho extraído do tópico 'Tuberculose' do Glossário 'Saúde de A a Z' do Ministério da Saúde
115	A terapia diretamente observada é preferível à terapia autoadministrada para o tratamento de rotina de pacientes com todas as formas de tuberculose.	Incompleta	"Uma das principais estratégias para promover a adesão ao tratamento é o Tratamento Diretamente Observado (TDO). O TDO consiste na observação da tomada do medicamento pela pessoa com tuberculose sob a observação de um profissional de saúde ou por outros profissionais capacitados, como profissionais da assistência social, entre outros, desde que supervisionados por profissionais de saúde. Esse regime de tratamento deve ser realizado, idealmente, em todos os dias úteis da semana, ou excepcionalmente, três vezes na semana. O local e o horário para a realização do TDO devem ser acordados com a pessoa e com o serviço de saúde."
135	O tratamento recomendado para a tuberculose pulmonar é: fase inicial de dois meses com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol; e fase de continuação de 4 meses com isoniazida mais rifampicina.	Incompleta	O tratamento da tuberculose dura no mínimo seis meses, é gratuito e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS). São utilizados quatro medicamentos para o tratamento dos casos de tuberculose que utilizam o esquema básico: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.
<b>Dimensão Tratamento e Grupo HIV</b>			
17	O tratamento em pacientes com HIV e suspeita de tuberculose deve ser iniciado imediatamente, mesmo antes do diagnóstico completo ser confirmado. Os regimes de tratamento em adultos com infecção por HIV seguem os mesmos princípios que o tratamento para adultos sem HIV.	Ausente	
18	Os corticosteroides são recomendados para tratamento da tuberculose em pacientes com HIV que tenham envolvimento com o sistema nervoso central ou doença pericárdica.	Ausente	
<b>Dimensão Tratamento e Grupo Tuberculose resistente</b>			
55	As tuberculoses multi e extensivamente resistente devem ser tratadas somente por especialistas nesses tipos da doença. Antes de obter os resultados dos testes de susceptibilidade aos medicamentos, o tratamento apropriado deve ser iniciado nos pacientes em quem há suspeita de desses tipos de tuberculoses.	Ausente	
56	O tratamento da tuberculose extensivamente resistente é orientado pelos resultados dos testes de susceptibilidade às drogas da seguinte forma: sempre tentar usar 3 ou mais drogas não utilizadas anteriormente que tenham passado nos testes e considerar regimes com quatro a seis medicamentos, incluindo um injetável.	Ausente	
57	Para tratamento da tuberculose extensivamente resistente, deve ser realizada diariamente a terapia diretamente observada em casa ou no hospital.	Ausente	
107	O tratamento inicial da tuberculose multi resistente inclui no mínimo 5 antibióticos. Ele dura pelo menos de 9 a 12 meses. Pode durar mais tempo dependendo dos resultados dos testes de susceptibilidade à drogas.	Ausente	
108	Nenhum dos potenciais tratamentos para pessoas infectadas com tuberculose multi resistente foi totalmente testado quanto à eficácia e estes tratamentos são frequentemente mal tolerados.	Ausente	
<b>Dimensão Tratamento e Grupo Efeitos colaterais</b>			
136	Para prevenir efeitos colaterais em pacientes com deficiência nutricional, diabetes, infecção por HIV, insuficiência renal, alcoolismo, em mulheres grávidas e lactantes e em crianças, o tratamento da tuberculose pulmonar com isoniazida deve ser suplementado com piridoxina.	Ausente	

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

Destacamos quatro casos que representam a existência de informação 'completa', 'incompleta', 'ausente' e 'incorreta' na página avaliada.

O primeiro é do indicador desenvolvido no âmbito da dimensão de transmissão da tuberculose que pertence ao grupo 'Geral': 'A tuberculose é transmitida pelo ar de uma pessoa para outra quando as bactérias são expelidas na forma de aerossol por uma pessoa



com tuberculose pulmonar’ (Id 131, *quadro 2*). Ao investigar a página do glossário, apesar de redigida de forma distinta, consideramos que a informação encontrada está completa.

As evidências que embasaram o desenvolvimento desse indicador fazem referência a dois capítulos de livro<sup>23</sup>. O primeiro é de um manual de microbiologia clínica que está na décima edição<sup>27</sup>. O segundo é de um livro que está na oitava edição<sup>28</sup>.

Ambas as referências são livros tradicionais voltados para o ensino. Eles contêm conhecimento que pode ser considerado consolidado. Também podem ser considerados desatualizados, porque o tempo necessário para sua produção não consegue acompanhar os avanços do conhecimento médico<sup>29</sup>. Contudo, estão referenciados como a melhor evidência nesse caso.

A informação sobre a ‘transmissão da tuberculose’ pode ser considerada um conhecimento consolidado ou que poucas alterações sofreu ao longo dos anos. Nesse sentido, é uma informação tradicionalmente conhecida que o glossário disponibiliza de forma completa.

O segundo caso é do indicador desenvolvido no âmbito da dimensão ‘transmissão da tuberculose’ que integra o grupo ‘Fatores de risco e HIV’: ‘O HIV é o fator de risco mais importante para a tuberculose. As pessoas com HIV têm 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver a tuberculose do que as pessoas HIV negativas. Fatores de risco incluem: (1) residência em regiões endêmicas de tuberculose, (2) contato próximo com pacientes com tuberculose, (3) alojamento lotado (incluindo encarceramento), (4) ventilação deficiente em ambientes de moradia ou trabalho, (5) má nutrição e (6) acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade’. (Id 93, *quadro 2*).

No glossário, encontramos o seguinte:

#### Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV)

A tuberculose em pessoas que vivem com HIV é uma das condições de maior impacto na mortalidade por HIV e por tuberculose no país. Essas pessoas têm maior risco de desenvolver a

tuberculose, e muitas vezes, só têm o diagnóstico da infecção pelo HIV durante a investigação/ confirmação da tuberculose<sup>26</sup>.

Nesse caso, consideramos a informação do glossário ‘incompleta’.

As evidências<sup>29</sup> que embasaram a construção desse indicador fazem referência a uma revisão que investigou o estado da arte do conhecimento sobre a relação entre o HIV e a tuberculose<sup>30</sup>. Os autores definem essa relação como uma sindemia, i.e., “convergência de duas ou mais doenças que agem sinergicamente para aumentar a carga da doença”<sup>31(352)</sup>. Ela tem exercido consequências letais em todo o mundo.

O glossário do MS informa apenas que o HIV é “uma das condições de maior impacto na mortalidade”<sup>26</sup>. Essa informação se aproxima da afirmação do indicador de que o HIV é o fator de risco mais importante para a tuberculose. Entretanto, há uma diferença relevante: no Dynamed Plus dá maior destaque para o HIV, que confere maior centralidade para a relação entre as duas doenças, uma relação que é considerada indissociável atualmente<sup>30</sup>.

O mesmo pode ser dito em relação ao desenvolvimento da doença. No glossário do MS, consta que pessoas com HIV têm maior risco de desenvolver tuberculose<sup>26</sup>. No indicador, consta informação de que essa população tem de 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver tuberculose do que pessoas sem HIV (Id 93, *quadro 2*). O indicador fornece informação acurada e quantificada quanto ao risco, o que ressalta a problemática dessa interação entre HIV e tuberculose.

Além disso, nem todos os fatores de risco contidos no indicador estão disponíveis no glossário. Portanto, avaliamos essa informação como ‘incompleta’.

O terceiro caso é do indicador construído no âmbito da dimensão de prevenção da tuberculose e do grupo ‘BCG’, que afirma que ‘Bebês não devem ser vacinados com a BCG nos dois casos seguintes: suspeita de infecção pelo HIV; ou nascerem de mulheres com HIV’ (Id 26, *quadro 2*).

Ao investigar a página do glossário<sup>26</sup>, não encontramos qualquer informação sobre contraindicação da vacina. Consideramos que essa informação esteja ‘ausente’ no glossário.

As evidências<sup>32</sup> que embasaram o desenvolvimento desse indicador fazem referência a duas publicações ligadas à Organização Mundial da Saúde (OMS). A primeira é uma publicação de 2007 do seu boletim epidemiológico semanal<sup>33</sup>. A segunda é um documento publicado em 2015 por uma das principais organizações internacionais de combate à tuberculose: Stop TB Partnership<sup>34</sup>.

A primeira referência da evidência é uma revisão das diretrizes da vacina BCG para crianças em risco de HIV<sup>33</sup>. Segundo o documento, a revisão partiu do Comitê Consultivo Global sobre Segurança de Vacinas (GACVS) após analisar dados mais recentes na ocasião. Esta revisão faz referência a dois estudos que produziram as evidências de contraindicação da BCG. Publicado em 2005, o primeiro analisou as complicações tardias da vacinação com BCG em crianças infectadas pelo HIV<sup>35</sup>. O segundo foi conduzido em um hospital na África do Sul que concluiu:

[ ] o risco de doença BCG disseminada aumenta várias centenas de vezes em bebês infectados pelo HIV, em comparação com o risco documentado em bebês não infectados pelo HIV<sup>36</sup>(14).

A revisão das diretrizes e a mudança na recomendação da vacina nesses casos demonstram a importância da prática da MBE para acompanhar o avanço do conhecimento médico. Os achados dos dois estudos mencionados são as evidências que desencadearam a atualização de *guidelines*. Por sua vez, levaram à atualização do texto clínico on-line encontrado no DynaMed Plus. O glossário do MS não está orientado por tais práticas, pois não há informação sobre os casos de contraindicação da vacina BCG. Além disso, os documentos que serviram de base para o Dynamed Plus foram publicados há pelo menos sete anos.

Esse terceiro caso é o do indicador considerado ‘ausente’. As ausências de informação

foram a maioria em nossa avaliação, 29 dentre 43 indicadores utilizados. Diante dessa realidade, consideramos relevante fazer mais alguns comentários sobre esse caso.

Há ausência de informação em todas as cinco dimensões definidas para a tuberculose. Na ‘prevenção’, falta informação envolvendo a vacina BCG. Além disso, falta informação de prevenção destinada às populações de pessoas que vivem com o HIV, de crianças e de responsáveis por crianças que estão vulneráveis à tuberculose de alguma maneira. Em relação à ‘transmissão’, não foi encontrada informação sobre fatores de risco tanto para crianças como para a infecção por tuberculosas resistentes. A informação sobre sintomas específicos para a população de crianças também é outra ausência. Para o ‘diagnóstico’, falta informação específica para a população infectada com o HIV. Nessa dimensão, também há ausências de informação relacionada à população de crianças e às tuberculosas resistentes. Por último, falta informação sobre tratamentos destinados à população em geral e à população com HIV, além de informação sobre tratamento de tuberculose resistente e efeitos colaterais.

O quarto e último caso é o do indicador desenvolvido no âmbito da dimensão de sintomas da tuberculose e do grupo ‘Geral’: ‘Os sintomas sugestivos da tuberculose pulmonar são febre, fadiga, perda de peso, sudorese noturna, hemoptise (sangue no escarro) ou tosse por duas ou mais semanas. Esses sintomas combinados com pleurite (dor torácica na inspiração e expiração) também pode indicar tuberculose’ (Id 133, *quadro 2*).

Encontramos a seguinte informação no glossário do MS:

#### Quais são os sintomas da tuberculose?

- Tosse por 3 semanas ou mais
- Febre vespertina
- Sudorese noturna
- Emagrecimento

O principal sintoma da tuberculose pulmonar é a tosse. Essa tosse pode ser seca ou produtiva (com catarro).

IMPORTANTE: Recomenda-se que toda pessoa

com sintomas respiratórios, ou seja, que apresente tosse por três semanas ou mais, seja investigada para tuberculose<sup>26</sup>.

Nesse caso, consideramos que a informação do glossário está 'incorreta'.

Voltamos ao *site* do DynaMed Plus para verificar as evidências que embasaram o desenvolvimento desse indicador. Ele é resultado da análise de informação proveniente de três tópicos: 'Hemoptysis – Approach to the Patient'<sup>37</sup>, 'Pleuritis – Approach to the Patient'<sup>38</sup> e 'Pulmonary Tuberculosis'<sup>23</sup>. As evidências disponíveis nesses tópicos fazem três referências.

A primeira é o capítulo do livro apresentado no primeiro caso do indicador sobre transmissão da tuberculose<sup>28</sup>.

A segunda é um artigo e diz respeito à evidência que permitiu incluir no indicador a pleurite como um dos possíveis sintomas da tuberculose<sup>18</sup>. A redação do indicador pondera a pleurite como sintoma. Contudo, essa informação não consta no glossário.

A terceira referência é o documento intitulado 'International Standards For Tuberculosis Care, Edition 3'<sup>40</sup>, publicado em 2014 com financiamento de importantes instituições que enfrentam a tuberculose<sup>41</sup>. O documento aborda o diagnóstico, o tratamento e assuntos de Saúde Pública, especialmente sobre normas. O ponto que destacamos desse documento está relacionado à informação sobre o sintoma da tosse.

A discussão da norma enfatiza a importância de incluir não somente a tosse, mas também febre, suores noturnos e perda de peso como indicativos para avaliação da tuberculose<sup>40(6)</sup>.

Há preocupação em destacar outros sintomas além da tosse. Em outro trecho do documento, na descrição da mesma norma, há a seguinte orientação:

Todos os pacientes, incluindo crianças, com tosse inexplicável com duração de duas ou mais semanas ou com sugestivos achados

inexplicáveis de tuberculose nas radiografias de tórax deveriam ser avaliados para tuberculose<sup>40(9)</sup>.

Em seguida, o documento apresenta a justificativa e o resumo das evidências que fundamentam a norma. Os dados apresentados no documento consideram que a tosse é um dos sintomas, mas não é o único nem o principal.

Segundo a TB CARE I<sup>40</sup>, as pesquisas indicam que 10 a 25% dos pacientes com tuberculose diagnosticada não relataram tosse. O documento cita um estudo realizado na Índia com 55.561 pacientes que comparou a tosse de duas ou mais semanas com a tosse de três ou mais semanas como motivo para realização de teste diagnóstico<sup>42</sup>. Afirma que a investigação de pacientes que apresentaram tosse de duas ou mais semanas aumentou em 61% os casos de suspeita de tuberculose e aumentou em 46% os casos confirmados<sup>40</sup>. Santha et al.<sup>42</sup> concluíram que o critério de triagem para microscopia de escarro seja de tosse a partir de duas semanas.

Conforme mencionamos, esse quarto e último caso é o considerado 'incorreto' segundo a avaliação realizada da página sobre tuberculose do glossário do MS. Além de não apresentar os sintomas hemoptise e pleurite, o glossário apresenta o sintoma da tosse de forma imprecisa. Ele caracteriza a tosse como principal sintoma, ao passo que as evidências orientam sobre a importância de destacar os outros sintomas. Outro problema é a permanência do glossário com informação desatualizada sobre o tempo de duração da tosse como sintoma sugestivo de tuberculose. O estudo que identificou os benefícios de investigar a tuberculose em pacientes com tosse de duas ou mais semanas data de 2005<sup>42</sup>.

A tosse é o sintoma tradicionalmente conhecido e que tem sido informado. Por exemplo, no canal oficial do MS no YouTube, há um vídeo de uma campanha para estimular o diagnóstico precoce da tuberculose<sup>43</sup>. Ele aborda somente a tosse como sintoma. Assim como no glossário do MS, é afirmado que tosse com três ou mais

semanas pode indicar tuberculose e a cura da doença depende do diagnóstico precoce. O tempo de duração da tosse, disponível na evidência utilizada do documento<sup>40</sup>, é menor do que o tempo informado no glossário<sup>26</sup> e na campanha<sup>43</sup>. Assim, a investigação da tuberculose em pacientes que apresentam tosse a partir de duas semanas poderia contribuir para o diagnóstico precoce da tuberculose e para a cura da doença.

## Considerações finais

Os quatro casos discutidos ratificam a importância dos indicadores desenvolvidos neste trabalho a partir das práticas da MBE<sup>19</sup>. Os 43 indicadores de acurácia da informação podem ser traduzidos para outros idiomas e utilizados para avaliar a qualidade de *sites* sobre tuberculose de qualquer país.

No Brasil, os indicadores podem ser utilizados para atualizar a página de tuberculose do glossário 'Saúde de A a Z' do MS<sup>26</sup> e deixá-la em conformidade com as melhores e mais atuais evidências científicas. O resultado da avaliação do glossário com esses indicadores pode ser entendido como um diagnóstico da qualidade da informação desse *site*. Os responsáveis pelo *site* podem acessar o resultado e verificar as alterações ou as inclusões de informação que podem ser realizadas.

Nesse sentido, todos os tópicos do glossário 'Saúde de A a Z' poderiam passar pelo mesmo processo de avaliação. Os métodos podem ser replicados para outros assuntos de saúde contidos no glossário<sup>19</sup>. Eles permitirão obter as evidências científicas confiáveis para o desenvolvimento de indicadores de acurácia da informação sobre qualquer assunto de saúde. Este trabalho de avaliação do glossário deveria ser feito urgentemente para garantir que o *site* dessa instituição pública de referência nacional esteja constantemente atualizado e disponibilize informação correta.

Para nós, os problemas de baixa qualidade e ausência de informação em portais como o do MS estão diretamente relacionados à pouca importância da informação e da comunicação

em saúde na internet para os gestores e pesquisadores de saúde pública. Os *policy makers* de ciência, tecnologia e inovação no Brasil devem estar atentos ao papel que as novas tecnologias de informação e comunicação têm desempenhado nas sociedades ao redor do planeta.

No quarto caso discutido nesse artigo, a investigação de pacientes que apresentaram tosse a partir de duas semanas aumentou em 61% os casos de suspeita de tuberculose e em 46% os casos confirmados<sup>40</sup>. Esses dados indicam aumento significativo do diagnóstico precoce e, conseqüentemente, do tratamento precoce da doença. Essa é uma informação essencial que deveria ser corrigida no glossário 'Saúde de A a Z' do MS. A informação correta conforme altos padrões de acurácia da informação pode evitar complicações que levem a óbitos e, assim, salvar vidas.

Sendo assim, este artigo aborda assunto relevante no cenário acadêmico atual, onde, principalmente após a pandemia de Sars-CoV-2, a internet se tornou uma das fontes mais procuradas para informações sobre saúde. Entretanto, o interesse pela segurança da informação não teve o mesmo incremento. Recomendamos que outros estudos sejam realizados abordando esta discussão.

## Colaboradores

Paolucci R (0000-0003-3986-1118)\* e Pereira Neto A (0000-0003-3631-8857)\* contribuíram igualmente para concepção e desenho da obra; aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; redação do trabalho e revisão crítica para conteúdo intelectual importante; aprovação final da versão a ser publicada; e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho para garantir que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Nadanovsky P (0000-0003-3345-9873)\* contribuiu para a concepção e desenho da obra; e revisão crítica para conteúdo intelectual importante. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Pereira Neto A, Barbosa L, Flynn M. Prefácio da edição brasileira – Há décadas em que nada acontece. Há semanas em que décadas acontecem. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências*. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 7-18.
2. Pereira Neto A, Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação de saúde na internet: análise das iniciativas brasileiras. In: Pereira Neto A, Flynn M, organizadores. *Internet e saúde no Brasil: desafios e tendências*. 1. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2021. p. 257-291.
3. Pereira Neto A, Ferreira EC, Domingues RLAMT, et al. Avaliação da qualidade da informação de sites sobre Covid-19: uma alternativa de combate às fake news. *Saúde debate*. 2022; 46(132):30-46.
4. Cheng C, Dunn M. Health literacy and the Internet: a study on the readability of Australian online health information. *Aust New Zeal J Public Heal*. 2015; 39(4):309-14.
5. João BN, Souza CL, Serravo FA. A systematic review of smart cities and the internet of things as a research topic. *Cad EBAPEBR*. 2020; 17(4):1115-30.
6. Martinhão MS. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2018. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2019. [acesso em 2022 out 5]. Disponível em: [https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/12225320191028-tic\\_dom\\_2018\\_livro\\_eletronico.pdf](https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/12225320191028-tic_dom_2018_livro_eletronico.pdf).
7. Barbosa AF. Pesquisa sobre o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos domicílios brasileiros: TIC Domicílios 2020: edição COVID-19: metodologia adaptada. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2021. [acesso em 2022 out 5]. Disponível em: [https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/20211124201233/tic\\_domicilios\\_2020\\_livro\\_eletronico.pdf](https://www.cgi.br/media/docs/publicacoes/2/20211124201233/tic_domicilios_2020_livro_eletronico.pdf).
8. Park H, Lee S-I, Hwang H, et al. Can a health information exchange save healthcare costs? Evidence from a pilot program in South Korea. *Int J Med Inf*. 2015; 84(9):658-66.
9. Spoelman WA, Bonten TN, Waal MWM, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open*. 2016; 6(11).
10. Eysenbach G. The impact of the Internet on cancer outcomes. *CA-A CANCER J Clin*. 2003; 53(6):356-71.
11. Garbin H, Guilam M, Pereira Neto A. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Physis*. 2012; 22(1):347-363.
12. Pereira Neto A, Ribeiro B, Guljor AP, et al. Eu quero entrar na rede: análise de uma experiência de inclusão digital com usuários do Caps. *Saúde debate*. 2020; (44):58-69.
13. Garbin HB, Pereira Neto A, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface – Comum. Saúde, Educ*. 2008; (26):579-88.
14. Lemos A. Cidade e mobilidade. Telefones celulares, funções pós-massivas e territórios informacionais. *MATRIZES*. 2007; 1(1):121-37.
15. Oliveira T. Como enfrentar a desinformação científica? Desafios sociais, políticos e jurídicos intensificados no contexto da pandemia. *Liinc em Revista*. 2020; (16):e5374.
16. Paolucci R, Neto AP. Methods for evaluating the quality of information on health websites: Systematic Review (2001-2014). *Lat Am J Dev*. 2021; 3(3):994-1056.
17. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, et al. Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web. *JAMA*. 2002; 287(20):2691-700.

18. Zhang Y, Sun Y, Xie B. Quality of health information for consumers on the web: A systematic review of indicators, criteria, tools, and evaluation results. *J Assoc Inf Sci Technol*. 2015; 66(10):2071-84.
19. Paolucci R, Neto A, Nadanovsky P. Avaliação da acurácia da informação em sites de saúde: Métodos para construção de indicadores baseados em evidência. *Em Questão*. 2021; 27(4):137-88.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epid*. 2019 [acesso em 2018 jan 13]; (9). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>.
21. McMaster U. About. 2019. [acesso em 2019 maio 30]. Disponível em: <https://www.accessss.org/Pages/About>.
22. DynaMed. About DynaMed Clinical Decision Support Tool. 2019. [acesso em 2019 maio 7]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/home/about>.
23. DynaMed. Record No. T116300. Pulmonary Tuberculosis. 2018. [acesso em 2019 jul 23]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300>.
24. Paolucci R. Avaliação da qualidade da informação em sites de saúde: indicadores de acurácia baseada em evidência para tuberculose. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 149 p.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z – Português (Brasil). 2022. [acesso em 2022 fev 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose – Português (Brasil). 2022. [acesso em 2022 fev 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/tuberculose>.
27. Pfyffer G, Palicova F. Mycobacterium: General characteristics, laboratory detection, and staining procedures. In: Versalovic J, Carroll K, Funke G, et al., editores. *Manual of Clinical Microbiology*. 10. ed. Washington: American Society for Microbiology Press; 2011. p. 472-502.
28. Fitzgerald D, Sterling T, Haas D. Mycobacterium tuberculosis. In: Bennett J, Dolin RBM, editores. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8. ed. New York: Saunders; 2015. p. 2787-2818.
29. Burwell DS. Acquiring the evidence: How to find current best evidence and have current best evidence find us. In: Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, et al., editores. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 5. ed. Elsevier Health Sciences; 2019. p. 57-90.
30. DynaMed. Record No. T909352, Latent Tuberculosis Infection in Patients With HIV. 2019. [acesso em 2019 jul 22]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352>.
31. Kwan C, Ernst JD. HIV and tuberculosis: A deadly human syndemic. *Clin Microbiol Rev*. 2011; 24(2):351-76.
32. DynaMed. Record No. T905489, Bacille Calmette-Guerin (BCG) Vaccine. 2018. [acesso em 2019 jul 18]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489>.
33. World Health Organization. Revised BCG vaccination guidelines for infants at risk for HIV infection. *Wkly Epidemiol Rec*. 2007; 82(21):193-6.
34. Stop TB. Partnership. The global plan to stop TB 2011-2015: Transforming the fight towards elimination of tuberculosis. 2011 [acesso em 2022 out 5]. Disponível em: [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf).
35. Fallo A, Torrado L, Sanches A, et al. Delayed complications of Bacille Calmette-Guerin (BCG) vaccination in HIV-infected children. In: 3 IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. 2005 jul 25-27. Rio de Janeiro: International AIDS Society; 2005.
36. Hesseling AC, Marais BJ, Gie RP, et al. The risk of disseminated Bacille Calmette-Guerin (BCG) disease in HIV-infected children. *Vaccine*. 2007; 25(1):14-8.

37. DynaMed. Record No. T920582, Hemoptysis – Approach to the Patient. 2018. [acesso em 2019 jul 19]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582>.
38. DynaMed. Record No. T922350, Pleuritis – Approach to the Patient. 2018. [acesso em 2019 jul 22]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350>.
39. Reamy BV, Williams PM, Odom MR. Pleuritic Chest Pain: Sorting Through the Differential Diagnosis. *Am Fam Physician*. 2017; 96(5):306-12.
40. World Health Organization. *International Standards for Tuberculosis Care*. 3. ed. 2014. [acesso em 2019 dez 5]. Disponível em: [https://www.who.int/publications/m/item/international-standards-for-tuberculosis-care-\(istc\)](https://www.who.int/publications/m/item/international-standards-for-tuberculosis-care-(istc)).
41. Management Sciences for Health. Home. 2020 [acesso em 2020 jan 4]. Disponível em: <https://www.msh.org>.
42. Santha T, Garg R, Subramani R, et al. Comparison of cough of 2 and 3 weeks to improve detection of smear-positive tuberculosis cases among out-patients in India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005; 9(1):61-8.
43. Brasil. Ministério da Saúde. (472) #Tuberculose Filme oficial. [YouTube]. 2011. [acesso em 2019 ago 8]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Dt5zJQsnWzw>.

---

Recebido em 15/07/2022

Aprovado em 21/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

---

## Anexo 1

---

### Anexo 1. Primeira versão de 180 indicadores de 'acurácia' para TB

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
1	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose abdominal é uma forma de tuberculose extrapulmonar que envolve o peritônio, o trato gastrointestinal, órgãos sólidos como fígado, baço e pâncreas ou linfonodos abdominais. Ela é responsável por cerca de 5% dos casos de tuberculose extrapulmonar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Abdominal tuberculosis (TB) is a form of extrapulmonary tuberculosis involving the peritoneum, the gastrointestinal tract, solid organs such as the liver, spleen, and pancreas, or abdominal lymph nodes. Abdominal TB accounts for about 5% of cases of extrapulmonary TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Definição	17/07/2019 às 14:47
2	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose abdominal pode ser contraída das seguintes formas: ingestão de alimentos ou leite infectados; transmissão através da corrente sanguínea advinda do pulmão ou outro local do corpo infectado; ou ainda, através da disseminação de órgãos adjacentes ou linfonodos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Infection may result from ingestion of infected food or milk, swallowing infected sputum, hematogenous spread from the primary pulmonary site or other site of infection, or direct spread from adjacent organs or lymph nodes.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Transmissão	17/07/2019 às 14:57
3	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas da tuberculose abdominal podem ser inespecíficos: febre, perda de peso, dor ou sensibilidade abdominal, distensão abdominal, constipação, diarreia, fígado aumentado ou aumento do volume do baço.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Patients may present with nonspecific symptoms including fever and weight loss. Other symptoms may include abdominal pain or tenderness, abdominal distention, constipation, diarrhea, hepatomegaly, or splenomegaly.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Sintomas	17/07/2019 às 15:06

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
4	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco para tuberculose abdominal incluem doença hepática alcoólica e cirrose, diálise peritoneal ambulatorial contínua para insuficiência renal crônica, diabetes mellitus e infecção por HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Risk factors for abdominal TB include alcoholic liver disease and cirrhosis, continuous ambulatory peritoneal dialysis for chronic renal failure, diabetes mellitus, and HIV infection.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Background</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Fator de risco - Transmissão	17/07/2019 às 15:17
5	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico da tuberculose abdominal deve incluir imagens do local suspeito. Imagens incluindo estudos do bário, tomografia computadorizada e ultrassonografia abdominal podem ser úteis.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The diagnostic evaluation should include imaging of the suspected site of involvement. Imaging including barium studies, computed tomography (CT) scans, and an abdominal ultrasound may be helpful to visualize findings associated with abdominal tuberculosis (TB), including strictures, fistulae, erosions, regional adenopathy, thickened omentum, or ascitic fluid.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Evaluation</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Diagnóstico	17/07/2019 às 15:23
6	<p>[ <b>Indicador</b> ] Uma cultura de fluido ascítico (líquido excessivo cavidade abdominal) ou de uma amostra de biópsia é necessária para o diagnóstico definitivo da tuberculose abdominal.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] A culture of ascitic fluid or of a biopsy specimen is required for definitive diagnosis, and drug-susceptibility testing aids in the selection of the proper anti-TB therapy.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Evaluation</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Diagnóstico	17/07/2019 às 15:27
7	<p>[ <b>Indicador</b> ] Caso a tuberculose abdominal seja confirmada, é necessário realizar uma radiografia de tórax por causa da possibilidade de doença pulmonar concomitante.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Because of the possibility of concomitant pulmonary disease, perform a chest x-ray for all persons with confirmed or suspected abdominal TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Evaluation</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Diagnóstico	17/07/2019 às 15:31
8	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose abdominal segue o regime padrão de multi drogas anti tuberculose: fase inicial intensiva com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol por 2 meses; e fase de continuação com isoniazida e rifampicina por 4 meses.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with abdominal TB caused by drug-susceptible organisms with the standard antituberculosis multidrug regimen: - initial intensive phase with isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol for 2 months - continuation phase with isoniazid and rifampin for 4 months</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Management</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Tratamento	17/07/2019 às 15:36
9	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os pacientes em que há suspeita ou confirmação de tuberculose abdominal resistente aos medicamentos devem ser tratados com base no perfil de suscetibilidade de drogas e em consulta com um especialista.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with suspected or confirmed drug-resistant organisms based on the drug-susceptibility profile and in consultation with an expert.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910286#Management</a></p>	Abdominal tuberculosis	- Tratamento - Tuberculose resistente	17/07/2019 às 15:42
10	<p>[ <b>Indicador</b> ] A infecção pelo HIV é o fator de risco mais importante para a tuberculose, pois as pessoas com HIV têm de 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver a doença.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] HIV infection is the most important risk factor for TB, and persons with HIV are 20-30 times more likely to develop TB than persons who are HIV-negative.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Background</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Fator de risco - HIV	17/07/2019 às 16:11
11	<p>[ <b>Indicador</b> ] Fatores de risco adicionais para pessoas com HIV incluem residência em regiões endêmicas de tuberculose, contato próximo com pacientes com tuberculose, alojamento lotado (incluindo encarceramento), ventilação deficiente em ambientes de moradia ou trabalho, má nutrição e acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Additional risk factors include residence in TB-endemic regions, close contact with patients with TB, crowded housing (including incarceration), poor ventilation in living or working quarters, poor nutrition, and limited access to quality health care.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Background</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Fator de risco - HIV - Transmissão	17/07/2019 às 16:15
12	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico de tuberculose em pacientes com HIV é desafiador devido à alta frequência de casos negativos à baciloscopia (exame de escarro), apresentação radiográfica atípica e manifestações extrapulmonares.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Diagnosis of tuberculosis (TB) in patients with HIV is challenging due to high frequency of smear-negative cases, atypical radiographic presentation, and extrapulmonary manifestations.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Diagnóstico - HIV	17/07/2019 às 16:21
13	<p>[ <b>Indicador</b> ] Todos os pacientes com HIV e suspeita de TB devem fazer radiografia de tórax imediatamente. Considerar exame de escarro e cultura em pacientes sintomáticos com radiografias de tórax normais.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] All patients with suspected TB should have chest x-ray early in the course of investigation (Strong recommendation). - Radiologic presentation of chest x-ray varies with state of immunodeficiency. - In patients with CD4 T-cell count &gt; 350 cells/mm3, presentation may resemble that in patients uninfected with HIV including upper lobe infiltrates, cavitation, and pleural disease. - In patients with profound immunocompromise, cavitation is less common and x-ray findings may include pleural effusion, lower or middle lobe infiltrates, miliary infiltrates, mediastinal adenopathy, interstitial nodules, or normal x-ray. - Consider sputum smear and culture in symptomatic patients with normal chest x-rays.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Diagnóstico - HIV	17/07/2019 às 16:31



## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
14	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para pacientes com HIV e suspeita de linfadenite (infecção dos gânglios linfáticos) por tuberculose, devem ser considerados testes de diagnóstico adicionais como: aspiração por agulha ou biópsia para exame histopatológico, bacilos ácidos resistentes, escarro, cultura. Além desses, amostra de líquido pleural, líquido pericárdico, ascite ou líquido cefalorraquidiano, se houver evidência de envolvimento.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Additional diagnostic testing is directed at sites of disease. - For patients with suspected TB lymphadenitis, consider needle aspiration or biopsy for histopathology, acid fast bacilli, smear, and culture. - Sample pleural fluid, pericardial fluid, ascites, or cerebrospinal fluid (CSF) if there is evidence of involvement.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Diagnóstico - HIV	17/07/2019 às 16:38
15	<p>[ <b>Indicador</b> ] Considerar os testes de amplificação de ácido nucleico em pacientes com imunodeficiência avançada, pois o teste é mais rápido que a cultura, mais sensível que a baciloscopia, e permite a distinção entre tuberculose e infecções por micobactérias não tuberculosas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Consider nucleic acid amplification tests in patients with advanced immunodeficiency, as testing is more rapid than culture, more sensitive than smear microscopy, and allows distinction between tuberculosis and nontuberculous mycobacterial infections.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Diagnóstico - HIV	17/07/2019 às 16:43
16	<p>[ <b>Indicador</b> ] Testes cutâneos e de liberação de interferon gama (IGRAs) podem ser úteis para corroborar o diagnóstico de tuberculose se for difícil obter amostras para exame de escarro e cultura ou se as amostras não forem reveladoras.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Tuberculin skin tests and interferon gamma release assays (IGRAs) may be useful to corroborate diagnosis of TB if samples for smear and culture are difficult to obtain or are unrevealing, although tests do not distinguish between latent and active disease.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Evaluation</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Diagnóstico - HIV	17/07/2019 às 16:51
17	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento em pacientes com HIV e suspeita de tuberculose deve ser iniciado mesmo antes do diagnóstico completo ser confirmado. Os regimes de tratamento em adultos com infecção por HIV seguem os mesmos princípios que o tratamento para adultos sem HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Start empiric treatment in patients with HIV and suspected tuberculosis (TB) until diagnostic work-up is complete (Strong recommendation). - Recommendations for antituberculosis treatment regimens in adults with HIV infection follow the same principles as for adults without HIV infection. - Initial phase consists of a 4-drug regimen of isoniazid (INH), rifampin (or rifabutin), pyrazinamide, and ethambutol daily for 2 months (Strong recommendation). - Continuation phase consists of a 2-drug regimen of INH plus rifampin (or rifabutin) daily for drug-susceptible TB (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- HIV - Tratamento	17/07/2019 às 17:03
18	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os corticosteroides são recomendados para tratamento da tuberculose em pacientes com HIV que tenham envolvimento com o sistema nervoso central ou doença pericárdica.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Corticosteroids are recommended for patients with CNS or pericardial disease (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- HIV - Tratamento	17/07/2019 às 17:07
19	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes com infecção pelo HIV e tuberculose correm o risco de desenvolver a síndrome inflamatória de reconstituição imune (IRIS) com piora dos sinais e sintomas após o início da terapia antituberculose e antiretroviral.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Patients with HIV infection and TB are at risk of developing immune reconstitution inflammatory syndrome (IRIS) with worsening of signs and symptoms after beginning antituberculosis and antiretroviral therapy. - Risk of IRIS is higher in those who start ART within 2 weeks of starting antituberculosis treatment compared to those who started at 8-12 weeks.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Management</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- Efeitos colaterais - HIV	17/07/2019 às 17:14
20	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes com HIV que viajam ou trabalham em regiões endêmicas de tuberculose devem ser aconselhados sobre os riscos da doença e a necessidade de testes para infecção latente quando retornarem.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] counsel patients with HIV who travel or work in tuberculosis (TB)-endemic regions about the risks of TB and need for testing for latent TB infection (LTBI) upon return.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- HIV - Prevenção	17/07/2019 às 17:41
21	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes com HIV e infecção latente por tuberculose, sem nenhum tratamento prévio, devem receber terapia preventiva com isoniazida.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] patients with HIV and LTBI, no evidence of active TB, and no previous treatment for active or latent TB should receive isoniazid preventative therapy (IPT) (CDC/NIH/IDSA Grade A-I)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- HIV - Prevenção	17/07/2019 às 17:44
22	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia anti retroviral pode reduzir a incidência de tuberculose em pacientes com infecção pelo HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] antiretroviral therapy may reduce incidence of tuberculosis in patients with HIV infection regardless of baseline CD4 T-cell count (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909161#Prevention-and-Screening</a></p>	Active tuberculosis in patients with HIV infection	- HIV - Prevenção	17/07/2019 às 17:46
23	<p>[ <b>Indicador</b> ] A vacina BCG deve ser aplicada após o nascimento em países com alta prevalência de tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] BCG vaccination as soon as possible after birth in countries with a high tuberculosis (TB) prevalence revaccination not recommended.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>	Bacille Calmette-Guérin vaccine (BCG)	- Bebês - Prevenção	18/07/2019 às 10:59
24	<p>[ <b>Indicador</b> ] A revacinação da vacina BCG como reforço não é recomendada.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] revaccination not recommended</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>	Bacille Calmette-Guérin vaccine (BCG)	- Prevenção	18/07/2019 às 11:00
25	<p>[ <b>Indicador</b> ] Bebês nascidos de mulheres com status de HIV desconhecido devem ser vacinados com a BCG, pois os benefícios superam os riscos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] benefits outweigh risks in infants born to women of unknown HIV status and should be immunized</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>	Bacille Calmette-Guérin vaccine (BCG)	- Bebês - HIV - Prevenção	18/07/2019 às 11:02

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
26	<p>[ <b>Indicador</b> ] Bebês com suspeita de infecção pelo HIV ou se nascer de uma mulher infectada pelo HIV não devem ser vacinados com a BCG, pois os riscos normalmente superam os benefícios.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] risks usually outweigh benefits for infants and should not be immunized if HIV infection is suspected or if born to woman with HIV infection</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>	Bacille Calmette-Guerin vaccine (BCG)	- Bebês - HIV - Prevenção	18/07/2019 às 11:05
27	<p>[ <b>Indicador</b> ] Durante a amamentação, há alto risco de infecção e desenvolvimento da tuberculose por mãe com baciloscopia positiva (exame de escarro).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] breastfeeding infant - has high risk of infection from mother with smear-positive pulmonary TB and high risk of developing TB - should receive 6 months of isoniazid preventive therapy, followed by BCG immunization</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>	Bacille Calmette-Guerin vaccine (BCG)	- Amamentação - Bebês - Transmissão	18/07/2019 às 11:17
28	<p>[ <b>Indicador</b> ] Caso a mãe tenha baciloscopia (exame de escarro) positivo para tuberculose, o bebê deve receber 6 meses de terapia preventiva com isoniazida, seguida de imunização com a vacina BCG. Uma alternativa é realizar teste cutâneo tuberculínico após 3 meses de isoniazida. Se o teste der negativo, a isoniazida deve ser interrompida e a vacina BCG aplicada. Se der positivo, a isoniazida deve ser continuada por mais 3 meses antes da vacina BCG.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] breastfeeding infant - has high risk of infection from mother with smear-positive pulmonary TB and high risk of developing TB - should receive 6 months of isoniazid preventive therapy, followed by BCG immunization alternative policy is to give 3 months of isoniazid, then perform tuberculin skin test (TST) - if TST negative, isoniazid should be stopped and BCG vaccination given - if TST positive, isoniazid should be continued for another 3 months, after which it should be stopped and BCG given</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Recommendations">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Recommendations</a></p>	Bacille Calmette-Guerin vaccine (BCG)	- Amamentação - Bebês - Prevenção	18/07/2019 às 11:20
29	<p>[ <b>Indicador</b> ] Em países com baixa prevalência da tuberculose, a vacina BCG deve ser considerada somente para crianças nas seguintes condições: teste cutâneo negativo para tuberculose; exposição contínua à tuberculose; não podem ser separadas de adultos que são inefetivamente/não tratados para tuberculose ou têm cepas de tuberculose resistentes a isoniazida e rifampicina; e não podem receber tratamento preventivo primário a longo prazo.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recommendations - consider BCG vaccination only in children - with negative TB skin test - with continual exposure - who cannot be separated from adults who - are ineffectively treated or untreated for TB and child cannot be given long-term primary preventive treatment for TB infection - have TB strains resistant to isoniazid and rifampin</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>	Bacille Calmette-Guerin vaccine (BCG)	- Crianças - Prevenção - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 11:35
30	<p>[ <b>Indicador</b> ] A vacina BCG para profissionais de saúde deve ser considerada caso a caso nas seguintes condições: alta porcentagem de pacientes com tuberculose resistente a isoniazida e rifampicina; transmissão contínua da tuberculose resistente para profissionais de saúde; e quando as precauções tomadas para controle da tuberculose não bem-sucedidas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] consider BCG vaccination in healthcare workers on case-by-case basis in settings with - high percentage of TB patients infected with TB strains resistant to isoniazid and rifampin - ongoing transmission of drug-resistant TB strains to healthcare workers and subsequent infection likely - comprehensive TB infection-control precautions implemented but not successful</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Overview</a></p>	Bacille Calmette-Guerin vaccine (BCG)	- Prevenção - Profissional de saúde - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 11:41
31	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose óssea e articular pode envolver qualquer osso do corpo. Cerca de metade dos casos envolvem a coluna dos quais metade na coluna torácica. Locais extra espinhais comuns são os grandes ossos e articulações que suportam o peso, incluindo o quadril, o joelho, o pé e o tornozelo. Cerca de 10% dos pacientes com tuberculose extrapulmonar apresentam comprometimento devido a ela.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] About 10% of patients with extrapulmonary tuberculosis (TB) have skeletal involvement. Skeletal TB can involve nearly any bone in the body. - About one-half of cases involve the spine, and one-half of those are located in the thoracic spine. - Large weight-bearing bones and joints including the hip, knee, foot, and ankle are common extra-spinal sites.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Background</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Definição	18/07/2019 às 11:55
32	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose óssea está associada ao calor localizado, inchaço e sensibilidade. Já a tuberculose articular está associada à sensibilidade, edema/derrame de tecido mole e restrição de movimento. A dor nas costas é o sintoma mais comum, junto com perdas neurológicas, febre e inchaço nas costas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Osseous involvement is associated with localized warmth, swelling, and tenderness. Articular involvement is associated with tenderness, soft tissue swelling/effusion, and a restriction of movement. Back pain is the most common symptom of spinal tuberculosis (TB), with other symptoms including neurologic deficits, fever, and back swelling.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Sintomas	18/07/2019 às 12:03
33	<p>[ <b>Indicador</b> ] Caso haja suspeita/confirmação de tuberculose óssea ou articular, a tuberculose pulmonar concomitante deve ser investigada.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Concurrent pulmonary TB should be sought in all patients with suspected or confirmed skeletal TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Diagnóstico	18/07/2019 às 12:06
34	<p>[ <b>Indicador</b> ] A radiografia, a tomografia e a ressonância magnética podem ser usados para avaliar os ossos e os tecidos moles, mas não é diagnóstico para tuberculose óssea e articular.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Radiographic testing can be used to define bony and soft tissue involvement but is not diagnostic for tuberculosis. - Plain x-ray may identify substantial bony destruction, but early findings may not be visualized. - Computed tomography provides bony detail and may be helpful in guiding biopsy. - Magnetic resonance imaging is preferred for assessing vertebral collapse, involvement of vertebral bodies, soft tissue involvement, or the presence of abscess. - Abscesses appear as paravertebral soft tissue shadows, and the detection of calcifications within an abscess is virtually diagnostic of spinal TB. - A retropharyngeal abscess may be diagnosed in cervical spine films by the presence of an increased prevertebral soft tissue space.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Diagnóstico	18/07/2019 às 12:12

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
35	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico confirmatório da tuberculose óssea e articular pode ser feito através de biópsia guiada por imagem ou aspiração por agulha da área envolvida para coletar amostras a serem testadas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] A confirmatory diagnosis may be made by image-guided biopsy or needle aspiration of the involved area with specimens tested for mycobacterial smear and culture, nucleic acid amplification test, histology and cytology.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Evaluation</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Diagnóstico	18/07/2019 às 12:15
36	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose óssea e articular segue o regime padrão de multi drogas anti tuberculose, incluindo isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with bone and joint TB with the standard first-line antituberculosis regimen including isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Tratamento	18/07/2019 às 12:27
37	<p>[ <b>Indicador</b> ] Caso a tuberculose óssea e articular seja por infecção de organismos suscetíveis aos medicamentos, a pirazinamida e o etambutol devem ser suspensos após 2 meses e o tratamento deve continuar com isoniazida e rifampicina de 4 a 7 meses. A decisão sobre a duração do tratamento deve ser feita caso a caso.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] With infections by fully susceptible organisms, stop pyrazinamide and ethambutol after 2 months and continue isoniazid and rifampin for 4-7 months; a decision on duration of therapy should be made on a case-by-case basis (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Tratamento	18/07/2019 às 12:30
38	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose óssea e articular causada por organismos resistentes a medicamentos ou organismos resistentes a múltiplos fármacos geralmente responde bem à terapia individualizada apropriada.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Bone and joint TB caused by drug-resistant organisms or multidrug-resistant organisms usually responds well to appropriate individualized therapy.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Tratamento - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 12:32
39	<p>[ <b>Indicador</b> ] Se o paciente não tiver comprometimento neurológico, nem coluna instável ou compressão da medula espinhal, geralmente, a terapia medicamentosa para a tuberculose óssea e articular é suficiente.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Medical therapy is usually sufficient if the patient does not have neurologic impairment, an unstable spine, or spinal cord compression.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Tratamento	18/07/2019 às 12:37
40	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para a tuberculose óssea e articular, o papel da cirurgia é controverso, mas ela pode ser usada para desbridar o tecido infectado, estabilizar a coluna ou aliviar a compressão da medula espinhal ou do nervo.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The role of surgery is controversial but may be used to debride infected tissue, stabilize the spine, or relieve spinal cord or nerve compression.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909571#Management</a></p>	Bone and joint tuberculosis	- Tratamento	18/07/2019 às 12:41
41	<p>[ <b>Indicador</b> ] A vacina BCG não é confiável contra tuberculose pulmonar para adultos e crianças mais velhas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] BCG is unreliable against adult forms of pulmonary tuberculosis. - efficacy variable (0% to &gt; 80%) in older children and adults, with some reports of net harm ( JAMA 2004 May 5;291(17):2127)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Efficacy">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T905489#Efficacy</a></p>	Bacille Calmette-Guérin vaccine (BCG)	- Adultos - Prevenção	18/07/2019 às 12:46
42	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose disseminada é uma doença sistêmica que pode resultar na infecção de múltiplos sistemas orgânicos. Esta doença é também chamada de tuberculose miliar. Para adultos imunocompetentes, ela é responsável por menos de 2% dos casos de tuberculose e até 20% dos casos extrapulmonares.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Disseminated tuberculosis (TB) is a systemic disease resulting from massive lymphohematogenous dissemination of Mycobacterium tuberculosis that can result in infection of multiple organ systems. This disease is also called miliary tuberculosis. In immunocompetent adults, disseminated TB is reported to account for less than 2% of all cases of TB and up to 20% of all cases of extrapulmonary TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Background</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Definição	18/07/2019 às 14:17
43	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas da tuberculose disseminada (miliar) são inespecíficos, incluindo febre e perda de peso, anorexia, fraqueza, tosse, suores noturnos e calafrios. Devido à natureza sistêmica da doença, outros sintomas podem variar dependendo do(s) órgão(s) envolvido(s).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Patients may present with nonspecific symptoms including fever and weight loss, anorexia, weakness, cough, night sweats, and chills and rigors. Due to the systemic nature of the disease, other presenting signs and symptoms can vary depending on the organ(s) involved.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Background</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Sintomas	18/07/2019 às 14:20
44	<p>[ <b>Indicador</b> ] Fatores de risco para tuberculose disseminada (miliar) incluem infecção por HIV, jovens e idosos, sexo feminino e origem asiática ou africana.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Risk factors for extrapulmonary TB and disseminated TB include HIV infection, young and old age, female gender, and Asian or African origin.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Background</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Fator de risco	18/07/2019 às 14:23
45	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico definitivo para tuberculose disseminada (miliar) é realizado por cultura ou detecção da mycobacterium tuberculose no local afetado. No entanto, esse método pode levar até 8 semanas. O uso de testes de amplificação de ácidos nucleicos fornece um meio de diagnóstico alternativo e mais rápido.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] A definitive diagnosis requires either culture or detection of Mycobacterium tuberculosis from the affected site. Culture of the organism provides a definitive diagnosis but it may take up to 8 weeks. The use of nucleic acid amplification tests (NAATs) provide an alternate and more rapid means of diagnosis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Evaluation</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Diagnóstico	18/07/2019 às 14:26

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
46	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose disseminada (miliar) pode ser evidente em cerca de 50% das radiografias de tórax. Contudo, a tomografia computadorizada pode evidenciar a doença mesmo em pacientes com radiografia normal.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Perform a chest x-ray for all persons to rule out concurrent pulmonary tuberculosis for all patients. - The characteristic miliary pattern may be evident in about 50% of chest x-rays. High-resolution computed tomography may reveal a miliary pattern even in patients with a normal x-ray. - Other findings on the chest x-ray may include nodules, ground glass appearance, air-space consolidation, or, more rarely, parenchymal lesions and cavitation or pleural effusion.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Evaluation</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Diagnóstico	18/07/2019 às 14:47
47	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose disseminada (miliar) não resistente a medicamentos segue o regime padrão de multi drogas: fase inicial intensiva com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol por 2 meses; e fase de continuação com isoniazida e rifampicina por 4 meses.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with disseminated TB caused by drug-susceptible organisms with the standard antituberculosis multidrug regimen: - initial intensive phase with isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol for 2 months - continuation phase with isoniazid and rifampin for 4 months</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Management</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Tratamento	18/07/2019 às 14:50
48	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os pacientes em que há suspeita ou confirmação de tuberculose disseminada (miliar) resistente aos medicamentos devem ser tratados com base no perfil de suscetibilidade a drogas e em consulta com um especialista.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with suspected or confirmed drug-resistant organisms based on the drug-susceptibility profile and in consultation with an expert.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Management</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Tratamento	18/07/2019 às 14:51
49	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os corticosteroides não são recomendados em pacientes com tuberculose disseminada (miliar) sem envolvimento do sistema nervoso central.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Corticosteroids are not recommended in patients with disseminated TB without central nervous system involvement.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901421#Management</a></p>	Disseminated tuberculosis	- Tratamento	18/07/2019 às 14:54
50	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose endobrônquica, estenose brônquica ou estenoses podem ser tratadas com: terapia com laser; criocirurgia; eletrocautério; coagulação por plasma de argônio.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] endobronchial tuberculosis - bronchial stenosis or strictures may be treated with - laser therapy - cryosurgery - electrocautery - argon plasma coagulation</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T916926#Overview">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T916926#Overview</a></p>	Endobronchial ablative therapies	- Tratamento	18/07/2019 às 15:19
51	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose extensivamente resistente a medicamentos é a forma da doença resistente a isoniazida, rifampicina, qualquer fluoroquinolona e pelo menos uma das três drogas injetáveis: amicacina, canamicina ou capreomicina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] XDR TB is defined as TB caused by Mycobacterium tuberculosis resistant to isoniazid, rifampin, any fluoroquinolone, and at least 1 of 3 injectable second-line drugs (amikacin, kanamycin, or capreomycin).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Definição - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 15:22
52	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco para a tuberculose resistente são: (1) tratamento prévio superior a um mês; (2) falha de um regime de tratamento da tuberculose contendo drogas de segunda linha, incluindo um agente injetável e uma fluoro quinolona; (3) contato próximo com paciente que tenha tuberculose resistente ou que seu regime de tratamento com medicamentos de segunda linha esteja falhando ou tenha falhado; (4) tratamento atrasado; (5) HIV; (6) nascimento estrangeiro; (7) idade mais jovem; (8) sexo feminino; e (9) prisão anterior.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Risk factors for MDR and XDR TB: - prior TB treatment (&gt; 1 month) - failure of a TB treatment regimen containing second-line drugs including an injectable agent and a fluoroquinolone - close contact with a patient with MDR TB, XDR TB, or with a patient whose treatment regimen including second-line drugs is failing or has failed - delayed treatment - HIV - foreign birth - younger age - female sex - previous imprisonment</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Background</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Fator de risco - HIV - Privação de liberdade - Sexo - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 15:29
53	<p>[ <b>Indicador</b> ] Como a apresentação clínica da tuberculose resistente não difere da tuberculose não resistente, o diagnóstico é confirmado com testes de cultura e suscetibilidade a medicamentos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Clinical presentation of XDR TB does not differ from that of drug-susceptible TB. XDR TB diagnosis is confirmed with culture and drug-susceptibility testing.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Evaluation</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Diagnóstico - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 15:32
54	<p>[ <b>Indicador</b> ] É preciso suspeitar de tuberculose resistente antes de receber os resultados do teste de cultura se: os fatores de risco da tuberculose multi resistente estiverem presentes; persistirem baciloscopias positivas (exames de escarro) e/ou culturas; ou pouca/ninguma melhora nos sintomas da tuberculose com o regime padrão de tratamento.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] XDR TB may be suspected prior to receipt of culture results if risk factors for multidrug-resistant (MDR) TB are present or there are persistently positive sputum smears and/or cultures or little/no improvement in signs and symptoms of TB, despite standard anti-TB treatment.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Evaluation</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Diagnóstico - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 15:37
55	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose resistente deve ser tratada somente por especialistas nesse tipo da doença. Contudo, antes de receber os resultados dos testes de suscetibilidade aos medicamentos, o tratamento apropriado deve ser iniciado nos pacientes em quem há suspeita de tuberculose resistente.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] XDR TB should be managed by only those expert in the treatment of drug-resistant TB. Prior to receipt of drug-susceptibility testing results, empiric treatment for XDR TB should be started in those in whom XDR TB is suspected.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Tratamento - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 15:42

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
56	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose resistente é orientado pelos resultados dos testes de suscetibilidade às drogas da seguinte forma: sempre tentar usar 3 ou mais drogas não utilizadas anteriormente que tenham passado nos testes e considerar regimes com quatro a seis medicamentos, incluindo um injetável.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treatment is guided by drug-susceptibility testing results: - Always try to use <math>\geq 3</math> previously unused drugs that have demonstrated in vitro susceptibility and consider regimens with 4-6 medications, including an injectable (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Tratamento - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 16:04
57	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para tratamento da tuberculose resistente, deve-se instituir terapia baseada em hospital diariamente ou terapia diretamente observada em casa.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] - Institute daily hospital-based or home-based directly observed therapy (DOT) (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Tratamento - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 16:05
58	<p>[ <b>Indicador</b> ] Qualquer paciente hospitalizado com suspeita de tuberculose deve ser colocado no isolamento de infecção pelo ar com medidas apropriadas de controle de infecção tanto para profissionais de saúde como visitantes.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Any hospitalized patient with suspected TB or who has acid-fast bacilli (AFB) smear-positive sputum should be placed in airborne infection isolation with appropriate infection control measures for providers and visitors.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Tratamento	18/07/2019 às 16:08
59	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento de pacientes com infecção latente por tuberculose que têm contato com outros pacientes com tuberculose multi resistente deve ser orientado, quando possível, pelos resultados de suscetibilidade à droga no paciente fonte.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treatment for latent TB infection in contacts of multidrug-resistant (MDR) TB patients should be guided by drug-susceptibility results in the source patient, when possible.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Management</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Tratamento - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 16:11
60	<p>[ <b>Indicador</b> ] Como a tuberculose multi resistente pode ter um período infeccioso prolongado se o tratamento for ineficaz, os pacientes devem ser reavaliados continuamente através de consulta especializada.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] - since multidrug-resistant TB (MDR TB) can have an extended infectious period if treatment is ineffective, continually reassess patients for recent contacts - seek expert consultation for treatment of persons exposed to patients with MDR TB</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Contact-investigation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Contact-investigation</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Prevenção - Tuberculose resistente	18/07/2019 às 16:18
61	<p>[ <b>Indicador</b> ] O programa recomendado para controle da infecção por tuberculose consiste nas seguintes ações:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) controles administrativos para reduzir o risco de exposição a pacientes que possam ter tuberculose;</li> <li>(2) atribuir responsabilidade pelo controle de infecção por tuberculose;</li> <li>(3) realizar uma avaliação de risco de tuberculose;</li> <li>(4) desenvolver e implementar um plano de controle de infecção por tuberculose por escrito para garantir detecção imediata de pessoas que suspeitaram ou confirmaram tuberculose, precauções com o ar e tratamento;</li> <li>(5) garantir a disponibilidade do processamento laboratorial, teste e relato de resultados recomendados ao médico solicitante;</li> <li>(6) implementar práticas de trabalho eficazes para o manejo de pacientes com tuberculose suspeita ou confirmada;</li> <li>(7) limpeza adequada e esterilização ou desinfecção de equipamentos que possam estar contaminados com tuberculose;</li> <li>(8) treinar e educar os profissionais de saúde sobre tuberculose, incluindo sintomas, transmissão e prevenção;</li> <li>(9) implementar programa de rastreio da tuberculose para avaliar os trabalhadores em risco de doença ou que possam estar expostos;</li> <li>(10) aplicar dados de controle de infecção relacionados ao ambiente e outros princípios de prevenção baseados na epidemiologia;</li> <li>(11) usar sinalização adequada defendendo a máscara para tosse e a higiene respiratória;</li> <li>(12) coordenar esforços com os departamentos de saúde locais e estaduais.</li> </ol> <p>[ <b>Evidência</b> ] implementation of infection control program recommended, consisting of - administrative controls to reduce risk for exposure to patients who might have tuberculosis (TB) - assign responsibility for TB infection control - conduct a TB risk assessment - develop and implement a written TB infection-control plan to ensure prompt detection of persons who have suspected or confirmed TB, airborne precautions, and treatment - ensure timely availability of recommended laboratory processing, testing, and reporting of results to the ordering physician - implement effective work practices for the management of patients with suspected or confirmed TB - proper cleaning and sterilization or disinfection of equipment that may be contaminated with M. tuberculosis - train and educate healthcare workers about TB including symptoms, transmission, and prevention - implement TB screening program to evaluated workers at risk for TB disease or who might be exposed to M. tuberculosis - apply setting-related infection-control data and other epidemiologic-based prevention principles - use appropriate signage advocating cough etiquette and respiratory hygiene - coordinate efforts with state and local health departments</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Infection-control">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Infection-control</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Prevenção - Sistema de Saúde	18/07/2019 às 16:26

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
62	<p>[ <b>Indicador</b> ] Controles ambientais devem ser realizados para evitar a disseminação de núcleos de gotículas infecciosas no ar: controles ambientais primários; ventilação de exaustão local (capuzes, barracas ou cabines) para controlar a origem da infecção; ventilação geral para diluir e remover o ar contaminado; controles ambientais secundários incluem filtragem de ar particulado de alta eficiência ou irradiação germicida ultravioleta para controlar o fluxo de ar, evitando a contaminação do ar em áreas adjacentes à fonte e limpando o ar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] environmental controls to prevent spreading of infectious droplet nuclei in ambient air - primary environmental controls - local exhaust ventilation (hoods, tents, or booths) to control the source of infection - general ventilation to dilute and remove contaminated air - secondary environmental controls include high efficiency particulate air filtration or ultraviolet germicidal irradiation to control the airflow to prevent contamination of air in areas adjacent to the source and clean the air</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Infection-control">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Infection-control</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Prevenção - Sistema de Saúde	18/07/2019 às 16:44
63	<p>[ <b>Indicador</b> ] Controles de proteção respiratória devem ser realizado para reduzir o risco de exposição de profissionais de saúde a gotículas infecciosas expelidas no ar por pacientes com tuberculose: programa de proteção respiratória; treinar profissionais de saúde na proteção respiratória; treinar pacientes em procedimentos com máscara de tosse e higiene respiratória.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] respiratory protection controls to reduce risk for exposure of healthcare workers to infectious droplet nuclei that have been expelled into the air from a patient with infectious TB disease - implement a respiratory protection program - train healthcare workers on respiratory protection - train patients on cough etiquette procedures and respiratory hygiene</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Infection-control">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908130#Infection-control</a></p>	Extensively drug-resistant tuberculosis (XDR TB)	- Prevenção - Profissional de saúde - Sistema de Saúde	18/07/2019 às 16:48
64	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose genitourinária é uma forma de tuberculose extrapulmonar que envolve qualquer parte do trato reprodutivo ou urinário masculino ou feminino. Ela é responsável por cerca de 5% a 6% dos casos de tuberculose extrapulmonar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Genitourinary tuberculosis (TB) is a form of extrapulmonary TB that involves any part of the male or female reproductive or urinary tracts. Genitourinary TB accounts for about 5%-6% of cases of extrapulmonary TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Background</a></p>	Genitourinary tuberculosis	- Definição	19/07/2019 às 10:04
65	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco para tuberculose genitourinária incluem anomalias urogenitais congênitas, cistos renais, urolitíase, insuficiência renal e transplante renal. A infecção geralmente ocorre através da corrente sanguínea a partir da infecção pulmonar e, subsequentemente, se dissemina do rim para o ureter e para a bexiga.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Specific risk factors for genitourinary TB include congenital urogenital anomalies, renal cysts, urolithiasis, renal failure, and renal transplantation. Genitourinary infection typically occurs by hematogenous dissemination from pulmonary infection and subsequently spreads from kidney to ureter to bladder.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Background</a></p>	Genitourinary tuberculosis	- Fator de risco - Transmissão	19/07/2019 às 10:32
66	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas da tuberculose genitourinária podem ser similares a outras infecções do trato urinário e incluem disúria (desconforto, dor ou queimação ao urinar), frequência, urgência e hematuria (sangue na urina). Além disso, pode haver dor nas costas ou no flanco (região abdominal). Em todos os casos, os sintomas sistêmicos associados à tuberculose podem estar presentes como febre, perda de peso ou sudorese.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] When TB affects the urinary tract, symptoms may be similar to other urinary tract infections and include dysuria, frequency, urgency, and hematuria. With upper tract involvement, back or flank pain may be present. The finding of sterile pyuria, with or without proteinuria and hematuria, should also prompt investigation, particularly in patients with previous or current pulmonary tuberculosis. Also consider genitourinary TB in patients with a suspected urinary tract infection that does not respond to antibiotics (except fluoroquinolones). In all cases, systemic symptoms associated with TB including fever, weight loss, or sweating can be present.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation</a></p>	Genitourinary tuberculosis	- Sintomas	19/07/2019 às 10:43
67	<p>[ <b>Indicador</b> ] Piúria estéril (pus na urina), com ou sem proteinúria (excesso de proteína na urina) e hematuria (sangue na urina) podem ser sintomas de tuberculose genitourinária, particularmente em pacientes com tuberculose pulmonar prévia ou atual. Outro sinal é uma infecção do trato urinário que não responde aos antibióticos (exceto fluoroquinolonas). Além disso, a infertilidade pode ser o único sinal de desse tipo de tuberculose em homens e mulheres.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The finding of sterile pyuria, with or without proteinuria and hematuria, should also prompt investigation, particularly in patients with previous or current pulmonary tuberculosis. Also consider genitourinary TB in patients with a suspected urinary tract infection that does not respond to antibiotics (except fluoroquinolones). Infertility may be the sole presenting sign of genital TB in both males and females.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation</a></p>	Genitourinary tuberculosis	- Sexo - Sintomas	19/07/2019 às 10:52
68	<p>[ <b>Indicador</b> ] Sinais adicionais da tuberculose genitourinária em mulheres incluem dor abdominal, irregularidade menstrual, corrimento vaginal anormal, sangramento pós-coito e a presença de aumento uterino ou uma massa anexial no exame físico.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Additional signs of genital tract involvement in females include abdominal pain, menstrual irregularity, abnormal vaginal discharge, postcoital bleeding, and the presence of uterine enlargement or an adnexal mass on physical examination.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation</a></p>	Genitourinary tuberculosis	- Sexo - Sintomas	19/07/2019 às 10:55
69	<p>[ <b>Indicador</b> ] Sinais adicionais da tuberculose genitourinária em homens incluem epididimite (inflamação do tubo na parte de trás do testículo que armazena e transporta o esperma) ou orquite epididimária (nos testículos), prostatite (dor, inchaço ou inflamação nas glândulas da próstata), massa escrotal ou epididimal, secreção do seio escrotal ou diminuição do volume de sêmen.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Additional signs of genital tract involvement in males include epididymitis or epididymo-orchitis, prostatitis, scrotal or epididymal mass, scrotal sinus discharge, or decreased semen volume.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation</a></p>	Genitourinary tuberculosis	- Sexo - Sintomas	19/07/2019 às 11:00

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
70	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico da tuberculose geniturinária inclui imagens do local de envolvimento suspeito. A abordagem varia com a anatomia e pode incluir urografia IV, tomografia computadorizada, ultrassonografia, cistoscopia, histeroscopia ou laparoscopia diagnóstica.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The diagnostic evaluation should include imaging of the suspected site of involvement. The approach will vary with anatomy and may include IV urography, computed tomography, ultrasound, cystoscopy, hysteroscopy, or diagnostic laparoscopy.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation</a></p>	Geniturinary tuberculosis	- Diagnóstico	19/07/2019 às 11:02
71	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico definitivo da tuberculose geniturinária requer a detecção no local afetado (tipicamente urina com ou sem biópsia de tecido) por cultura ou teste de amplificação de ácido nucleico.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Definitive diagnosis requires detection of Mycobacterium tuberculosis at the affected site (typically urine with or without tissue biopsy) by culture or nucleic acid amplification testing (NAAT).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation</a></p>	Geniturinary tuberculosis	- Diagnóstico	19/07/2019 às 11:05
72	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose geniturinária pode ocorrer concomitantemente à tuberculose pulmonar. Revisão e radiografia de tórax devem ser realizadas em todos os pacientes, assim como teste para HIV devido às altas taxas de coinfeção.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Note that genitourinary tuberculosis can occur concurrently with pulmonary TB, and a review of systems and a chest x-ray should be performed in all patients to rule out active pulmonary disease. Due to high rates of HIV co-infection, testing for HIV is also recommended.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Evaluation</a></p>	Geniturinary tuberculosis	- Diagnóstico	19/07/2019 às 11:10
73	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose geniturinária segue o regime padrão de multi drogas anti tuberculose: fase inicial intensiva com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol por 2 meses; e fase de continuação com isoniazida e rifampicina por 4 meses.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with genitourinary TB caused by drug-susceptible organisms with the standard antituberculosis multidrug regimen (Strong recommendation): - initial intensive phase with isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol for 2 months - continuation phase with isoniazid and rifampin is for 4 months</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Management</a></p>	Geniturinary tuberculosis	- Tratamento	19/07/2019 às 11:18
74	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os pacientes em que há suspeita ou confirmação de tuberculose geniturinária resistente aos medicamentos devem ser tratados com base no perfil de suscetibilidade a drogas e em consulta com um especialista.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with suspected or confirmed drug-resistant organisms based on the drug susceptibility profile and in consultation with an expert.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Management</a></p>	Geniturinary tuberculosis	- Tratamento - Tuberculose resistente	19/07/2019 às 11:20
75	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para a tuberculose geniturinária, a cirurgia deve ser considerada para pacientes com doença extensa ou uma infecção recorrente. As opções cirúrgicas incluem a excisão (extração) do tecido afetado como nefrectomia (remoção de rim) ou epididimectomia (remoção de duto que coleta e armazena os espermatozoides) e terapia reconstrutiva como enterocisto plastia (aumento da bexiga) e implante de stent.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Consider surgery for patients with extensive disease or a recurrent infection. Surgical options include excision of affected tissue such as nephrectomy or epididymectomy, reconstructive therapy such as enterocystoplasty, and stenting.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909302#Management</a></p>	Geniturinary tuberculosis	- Tratamento	19/07/2019 às 11:27
76	<p>[ <b>Indicador</b> ] A hemoptise (sangue misturado com escarro) pode ser um sintoma de tuberculose. O teste de coagulação serve para saber a causa da hemoptise. O ensaio de liberação de interferon gama ou de Mantoux servem para identificar tuberculose caso haja essa suspeita.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Diagnostic testing for cause of hemoptysis may include: - blood tests, including coagulation testing and interferon-gamma release assay or Mantoux screen if suspected tuberculosis</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Evaluation</a></p>	Hemoptysis - approach to the patient	- Diagnóstico - Sintomas	19/07/2019 às 15:45
77	<p>[ <b>Indicador</b> ] A embolização da artéria bronco vascular pode ser um tratamento eficaz para hemoptise (sangue no escarro) maciça secundária à tuberculose em adultos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] bronchovascular artery embolization may be effective treatment for massive hemoptysis secondary to tuberculosis in adults (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Tuberculosis</a></p>	Hemoptysis - approach to the patient	- Adultos - Tratamento	19/07/2019 às 15:49
78	<p>[ <b>Indicador</b> ] A embolização da artéria bronco vascular pode ser um tratamento eficaz para hemoptise com risco de vida secundário à tuberculose em pacientes com idade maior ou igual 16 anos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] bronchovascular artery embolization may be effective treatment for life-threatening hemoptysis secondary to tuberculosis in patients ≥ 16 years old (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T920582#Tuberculosis</a></p>	Hemoptysis - approach to the patient	- Adultos - Tratamento	19/07/2019 às 15:52
79	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose resistente à isoniazida geralmente se refere a infecções resistentes somente à isoniazida. Ela também é chamada de tuberculose mono resistente à isoniazida. As taxas estimadas de resistência à isoniazida em todos os casos de TB foram de cerca de 50% na Europa Oriental e 14% fora da Europa Oriental de 1994 a 2009.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Isoniazid-resistant tuberculosis (TB) generally refers to infections caused by Mycobacterium tuberculosis that are resistant to isoniazid only and it is also called isoniazid mono-resistant tuberculosis. The estimated rates of resistance to isoniazid among all TB cases was about 50% in Eastern Europe and 14% outside of Eastern Europe during 1994-2009.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Background</a></p>	Isoniazid-resistant tuberculosis	- Definição	19/07/2019 às 15:56

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
80	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco para tuberculose resistente à isoniazida incluem: falha do regime inicial de tratamento ou de retratamento; contato próximo com pessoas com tuberculose resistente aos medicamentos; recaída após tratamento aparentemente bem sucedido; e baixa adesão aos medicamentos para tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Risk factors include failure of initial or retreatment regimen, close contact with persons with known drug-resistant TB, relapse after apparently successful treatment, and poor adherence to TB medications.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Background</a></p>	Isoniazid- -resistant tuberculosis	- Fator de risco	19/07/2019 às 15:58
81	<p>[ <b>Indicador</b> ] A apresentação clínica da tuberculose mono resistente à isoniazida não difere significativamente da tuberculose comum. O diagnóstico preciso é realizado através de testes de cultura e sensibilidade ou testes de amplificação de ácidos nucleicos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Clinical presentation of isoniazid mono-resistant tuberculosis (TB) does not significantly differ from that of drug-susceptible TB. Determination of isoniazid mono-resistance can be determined through culture and susceptibility testing or nucleic acid amplification tests.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Evaluation</a></p>	Isoniazid- -resistant tuberculosis	- Diagnóstico - Sintomas	19/07/2019 às 16:03
82	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento recomendado para pacientes com tuberculose resistente à isoniazida inclui rifampicina, etambutol e pirazinamida por um período mínimo de 6 a 9 meses. Uma fluoro quinolona pode ser adicionada a esse esquema, especialmente para pacientes com doença extensa e/ou cavitária (lesão).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The recommended regimen for patients with confirmed resistance to isoniazid alone includes rifampin, ethambutol, and pyrazinamide for a minimum of 6-9 months. A fluoroquinolone may be added to the above regimen, especially in patients with extensive and/or cavitary disease.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T913244#Management</a></p>	Isoniazid- -resistant tuberculosis	- Tratamento	19/07/2019 às 16:06
83	<p>[ <b>Indicador</b> ] A infecção por tuberculose latente acontece quando o paciente está infectado com a tuberculose, mas não apresenta a doença. Cerca de um quarto da população mundial tem esse tipo de infecção. Quando não tratada e não havendo infecção pelo HIV, de 5% a 10% dos pacientes desenvolvem a tuberculose ativa ao longo de suas vidas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] LTBI is defined as infection with Mycobacterium tuberculosis in the absence of clinical disease and is detected by the presence of an immune response to M. tuberculosis antigens. About one-quarter of the world's population has LTBI. When untreated, in the absence of HIV infection, 5%-10% of patients with LTBI develop active TB over the course of their lifetimes.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Background</a></p>	Latent tubercu- - lysis infection (LTBI)	- Definição	22/07/2019 às 11:42
84	<p>[ <b>Indicador</b> ] As seguintes populações têm maior risco de adquirir a infecção por tuberculose: contatos próximos de pessoas com tuberculose pulmonar ativa; lactentes, crianças e adolescentes expostos a adultos com maior risco de tuberculose latente ou ativa; pessoas nascidas em áreas ou que visitam áreas com alta prevalência de tuberculose; profissionais de saúde; moradores ou trabalhadores em ambientes congregados como prisões ou abrigos para pessoas em situação de rua; populações de baixa renda, medicamente desfavorecidas e pessoas que abusam de álcool ou drogas ilícitas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Populations at an increased risk for acquiring M. tuberculosis infection include: - close contacts of persons with known active pulmonary TB - infants, children, and adolescents exposed to adults at a higher risk for LTBI or active TB - persons born in areas or who visit areas with a high prevalence of TB - healthcare workers - residents or workers in congregate settings such as prisons or homeless shelters - the medically underserved, low-income populations, and persons who abuse alcohol or illicit drugs</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Background</a></p>	Latent tubercu- - lysis infection (LTBI)	- Baixa renda - Crianças - Fator de risco - Pessoas em situação de rua - Privação de liberdade - Profissional de saúde - Usuário de drogas	22/07/2019 às 11:48
85	<p>[ <b>Indicador</b> ] As populações de risco devem ser testadas para infecção latente por tuberculose. As opções incluem o teste cutâneo tuberculínico e o teste de liberação de interferon gama (IGRA). O IGRA é preferível em pacientes com histórico de vacinação BCG ou quando é improvável que os pacientes retornem para obter os resultados do teste cutâneo.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Testing for LTBI should be performed in at-risk populations. - Options for testing include the tuberculin skin test (TST) and interferon-gamma release assays (IGRAs). - Use of IGRAs for testing is preferred in patients with a history of Bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination or when patients are unlikely to return to obtain TST results.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Evaluation</a></p>	Latent tubercu- - lysis infection (LTBI)	- Diagnóstico	22/07/2019 às 11:54
86	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os pacientes que obtiverem resultado positivo para infecção latente no teste cutâneo tuberculínico ou no teste de liberação de interferon gama, devem fazer uma revisão dos sintomas e uma radiografia de tórax para excluir a possibilidade de estarem com tuberculose ativa.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] For patients with a positive TST or IGRA, exclude active tuberculosis by a review of symptoms and a chest x-ray.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Evaluation</a></p>	Latent tubercu- - lysis infection (LTBI)	- Diagnóstico	22/07/2019 às 11:58
87	<p>[ <b>Indicador</b> ] Uma opção de tratamento para infecção latente por tuberculose é a isoniazida em mono terapia. Deve ser administrada com vitamina B6 (piridoxina) por via oral em pacientes com risco de neuropatia e grávidas. A dosagem e o tempo de tratamento varia para adultos e crianças. Além disso, a incidência de tuberculose na região onde os pacientes vivem também influencia no tratamento.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Isoniazid (INH) monotherapy - Should be given with vitamin B6 (pyridoxine) 25-50 mg/day orally in patients at risk for neuropathy and those who are pregnant - Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dosing recommendations: - Adults 5 mg/kg or children 10-20 mg/kg (maximum 300 mg/day) orally once daily for 9 months - Adults 15 mg/kg or children 20-40 mg/kg (maximum 900 mg) orally twice weekly for 9 months - Adults 5 mg/kg (maximum 300 mg) orally once daily for 6 months (not recommended for children) - Adults 15 mg/kg (maximum 900 mg) orally twice weekly for 6 months (not recommended for children) - World Health Organization (WHO) dosing recommendations: - Adults 5 mg/kg or children 10 mg/kg (maximum 300 mg) orally once daily for 6 months - Once daily 9-month regimen may be considered in regions with low TB incidence</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management</a></p>	Latent tubercu- - lysis infection (LTBI)	- Doença associada - Grávidas - Tratamento	22/07/2019 às 12:10



## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
88	<p>[ <b>Indicador</b> ] Uma opção de tratamento para infecção latente por tuberculose é a rifampicina em mono terapia.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Rifampin (rifampicin) monotherapy in adults 10 mg/kg or children 15-20 mg/kg (maximum 600 mg/day) orally once daily for 4 months</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection (LTBI)	- Tratamento	22/07/2019 às 12:14
89	<p>[ <b>Indicador</b> ] Uma opção de tratamento para infecção latente por tuberculose é a isoniazida junto com rifapentina por via oral uma vez por semana durante 3 meses. As dosagens variam de acordo com a idade e o peso do paciente.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Isoniazid plus rifapentine orally once weekly for 3 months For adults and children &gt; 12 years of age: Isoniazid 15 mg/kg (maximum 900 mg) Rifapentine 300 mg for patients 10-14.0 kg 450 mg for patients 14.1-25.0 kg 600 mg for patients 25.1-32.0 kg 750 mg for patients 32.1-49.9 kg 900 mg for patients ≥ 50.0 kg For children 2-11 years of age: Isoniazid 25 mg/kg (maximum 900 mg) Rifapentine weight-based dosing same as above</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection (LTBI)	- Tratamento	22/07/2019 às 12:17
90	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento para pacientes com infecção latente por tuberculose e expostos à tuberculose multi resistente deve ser gerenciado por um especialista.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treatment for patients with known exposure to multidrug-resistant TB (MDR-TB) should be determined by the resistance pattern identified in the source case and managed by a specialist.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection (LTBI)	- Tratamento - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 12:20
91	<p>[ <b>Indicador</b> ] A maioria dos tratamentos está associada à hepatotoxicidade (dano no fígado). Apesar do teste de função hepática não ser recomendado rotineiramente, ela deve ser monitorada em pacientes com doença hepática crônica, infecção por HIV, aqueles que usam álcool regularmente, durante a gravidez e o pós parto.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Most regimens are associated with hepatotoxicity; liver function testing is not recommended routinely but should be monitored in patients with chronic liver disease, HIV infection, those who use alcohol regularly, and during pregnancy and postpartum.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114028#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection (LTBI)	- Doença associada - Efeitos colaterais - Grávidas - HIV - Tratamento - Usuário de drogas	22/07/2019 às 12:26
92	<p>[ <b>Indicador</b> ] O HIV é o fator de risco mais importante para a tuberculose. As pessoas com HIV têm 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver a tuberculose do que as pessoas HIV negativas. Cerca de 32% dos pacientes com tuberculose são coinfetados pelo HIV. As regiões endêmicas para o HIV também são endêmicas para a tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] About 32% of patients with TB are co-infected with HIV. Regions endemic for HIV are also endemic for TB. HIV is the single most important risk factor for TB and persons with HIV are 20-30 times more likely to develop TB than HIV-negative persons.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Background</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Fator de risco - HIV	22/07/2019 às 12:35
93	<p>[ <b>Indicador</b> ] O HIV é o fator de risco mais importante para a tuberculose. As pessoas com HIV têm 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver a tuberculose do que as pessoas HIV negativas. Cerca de 32% dos pacientes com tuberculose são coinfetados pelo HIV. Fatores de risco adicionais incluem residência em regiões endêmicas de tuberculose, contato próximo com pacientes com tuberculose, alojamento lotado (incluindo encarceramento), ventilação deficiente em ambientes de moradia ou trabalho, má nutrição e acesso limitado a cuidados de saúde de qualidade.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] About 32% of patients with TB are co-infected with HIV. HIV is the single most important risk factor for TB and persons with HIV are 20-30 times more likely to develop TB than HIV-negative persons. Additional risk factors include residence in TB-endemic regions, close contact with patients with TB, crowded housing (including incarceration), poor ventilation in living or working quarters, poor nutrition, and limited access to quality health care.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Background</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Baixa renda - Fator de risco - HIV - Privação de liberdade	22/07/2019 às 12:38
94	<p>[ <b>Indicador</b> ] Todas as pessoas com HIV devem realizar testes para infecção latente por tuberculose. As opções de testes incluem o teste cutâneo tuberculínico e os testes de liberação de interferon gama. No entanto, resultado negativo nesses teste não exclui definitivamente um diagnóstico de tuberculose. Todos os pacientes com infecção por HIV e suspeita de tuberculose ou com sintomas deve realizar radiografia de tórax e avaliação clínica para excluir a possibilidade de tuberculose ativa.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Perform testing for latent tuberculosis infection (LTBI) in all persons with HIV. Options for testing include the tuberculin skin test (TST) and interferon-gamma release assays (IGRAs). A negative TST or IGRA does not definitively exclude a diagnosis of tuberculosis (TB). In all patients with HIV infection and suspected LTBI or symptoms of TB, perform chest radiography and clinical evaluation promptly to rule out active TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Evaluation</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Diagnóstico - HIV	22/07/2019 às 12:41
95	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os pacientes com HIV devem ser tratados para infecção latente por tuberculose latente quando: o teste de diagnóstico for positivo, não haver evidência de doença tuberculosa e não tiver histórico prévio de tratamento para tuberculose ativa ou latente; e há contato próximo de pessoas com tuberculose pulmonar infecciosa, independentemente do status da infecção latente.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treat patients with HIV for latent tuberculosis infection (LTBI) when: the patient has a positive diagnostic test for LTBI, no evidence of tuberculosis (TB) disease, and no prior history of treatment for active or latent TB (Strong recommendation) the patient is a close contact of persons with infectious pulmonary TB, regardless of LTBI status (Strong recommendation)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- HIV - Tratamento	22/07/2019 às 12:50
96	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose ativa (presença da doença) deve ser descartada antes de iniciar o tratamento para a tuberculose latente, pois o tratamento da doença ativa como se fosse latente pode levar ao desenvolvimento de tuberculose resistente a medicamentos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Rule out active TB prior to initiating treatment for LTBI, as treatment of active disease with regimens to treat LTBI can lead to development of drug-resistant TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Tratamento - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 12:54

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
97	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para pacientes com HIV expostos à tuberculose resistente a medicamentos, os medicamentos devem ser orientados em consulta com especialistas ou autoridades de saúde pública.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] For patients exposed to drug-resistant Mycobacterium tuberculosis, select anti-TB drugs after consultation with experts or public health authorities (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- HIV - Tratamento - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 12:57
98	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia anti retroviral para pacientes com HIV deve ser adicionada ao tratamento da infecção latente por tuberculose para reduzir o risco do desenvolvimento da doença. Devido a interações medicamentosas, podem ser necessários ajustes nas doses dos medicamentos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Give ART in addition to LTBI treatment to reduce the risk of TB disease (Strong recommendation). Dose adjustments of antiretroviral drugs and/or TB drugs may be required due to drug-drug interactions.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- HIV - Tratamento	22/07/2019 às 12:59
99	<p>[ <b>Indicador</b> ] Tratar a infecção latente por tuberculose diminui em 60% o risco de desenvolver a doença.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treatment for LTBI reduces the risk of developing active TB by about 60%.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Management</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Prevenção - Tratamento	22/07/2019 às 13:02
100	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os pacientes com HIV que viajam ou trabalham em regiões endêmicas de tuberculose devem ser aconselhados sobre os riscos e para fazer testes de infecção latente por tuberculose quando retornarem.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] counsel patients with HIV who travel or work in TB-endemic regions about the risk of TB and testing for latent TB infection (LTBI) upon return</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Prevention-and-Screening">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Prevention-and-Screening</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Prevenção	22/07/2019 às 13:05
101	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da infecção latente por tuberculose e a restauração da imunodeficiência é importante para prevenção de tuberculose em pacientes com infecção pelo HIV. A terapia preventiva com isoniazida está associada à redução da mortalidade em pacientes com HIV e da incidência de tuberculose em adultos com infecção pelo HIV (tratados com terapia anti retroviral). (nível 2 [nível médio] evidência) terapia empírica de TB pode não melhorar os desfechos em comparação com IPT em pacientes com doença avançada por HIV iniciando TARV em alta prevalência de HIV / TB (nível 2 [nível médio] evidência)</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Isoniazid preventative therapy (IPT) both treatment of LTBI and restoration of immunity with ART important for prevention of TB in patients with HIV infection efficacy of IPT in adults with HIV infection IPT associated with reduced mortality in patients with HIV in high TB prevalence setting (level 2 [mid-level] evidence) IPT appears to reduce incidence of TB in adults with HIV infection receiving ART (level 2 [mid-level] evidence) empiric TB therapy may not improve outcomes compared to IPT in patients with advanced HIV disease initiating ART in high HIV/TB prevalence setting (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Isoniazid-preventative-therapy-IPT">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Isoniazid-preventative-therapy-IPT</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Adultos - HIV - Prevenção - Tratamento	22/07/2019 às 13:22
102	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia preventiva com isoniazida para crianças com infecção pelo HIV está associada à redução de mortalidade e incidência de tuberculose se elas não recebem a terapia anti retroviral. A terapia pode não reduzir a mortalidade ou a tuberculose ativa em crianças com infecção pelo HIV que recebem a terapia anti retroviral. Além disso, ela pode não melhorar a sobrevida livre da tuberculose em bebês com ou sem infecção por HIV, imunizados com a vacina BCG.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] efficacy of IPT in children with HIV infection IPT may not reduce mortality or active TB in children with HIV infection receiving ART (level 2 [mid-level] evidence) IPT in children with HIV infection not receiving ART associated with reduced mortality and incidence of TB (level 2 [mid-level] evidence) IPT may not improve TB-disease-free survival in infants with or without HIV infection immunized with Bacille Calmette-Guerin (BCG) vaccine (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Isoniazid-preventative-therapy-IPT">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909352#Isoniazid-preventative-therapy-IPT</a></p>	Latent tuberculosis infection in patients with HIV	- Bebês - Crianças - HIV - Prevenção - Tratamento	22/07/2019 às 13:34
103	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose multi resistente é a forma da tuberculose resistente a pelo menos isoniazida e rifampicina. Estima-se que 460.000 casos de surgiram em 2017 globalmente.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] MDR TB is defined as TB caused by Mycobacterium tuberculosis resistant to at least isoniazid and rifampin. An estimated 460,000 cases of MDR TB emerged globally in 2017.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background</a></p>	Multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB)	- Definição - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 15:49
104	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco da tuberculose multi resistente incluem: exposição a pessoas com esse tipo da doença; histórico de falha no tratamento ou recaída da tuberculose; baixa adesão ou não conclusão de medicamentos durante tratamento anterior; baciloscopia (exame de escarro) positiva após dois meses de terapia combinada; residência ou viagem para a área com alta prevalência de tuberculose resistente a medicamentos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Risk factors for MDR TB include: exposure to persons with MDR TB a history of TB with treatment failure or relapse poor adherence to or not completing anti-TB medications during previous TB treatment positive sputum smears after 2 months of standard anti-TB combination therapy residence in or travel to area with a high prevalence of drug resistance</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Background</a></p>	Multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB)	- Fator de risco - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 15:55
105	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sinais da tuberculose multi resistente não diferem daqueles da tuberculose suscetível a drogas. O diagnóstico é tradicionalmente confirmado com testes de cultura e susceptibilidade a drogas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The clinical presentation of MDR TB does not differ from that of drug-susceptible TB. MDR TB diagnosis is traditionally confirmed with culture and drug-susceptibility testing.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Evaluation</a></p>	Multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB)	- Diagnóstico - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 15:58

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
106	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para a tuberculose multi resistente, a realização de testes moleculares pode identificar rapidamente a resistência à rifampicina e isoniazida e é preferível aos testes convencionais para o manejo inicial. Quando o teste molecular não é realizado, deve-se suspeitar desse tipo de tuberculose se um ou mais das seguintes condições estiver presente(s): fatores de risco; persistência de baciloscopias e exames de cultura positivos; e pouca melhora nos sintomas, ambas apesar da adesão ao tratamento padrão.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The addition of molecular testing can rapidly identify resistance to rifampin and isoniazid and is preferred to conventional testing for initial management. When molecular testing is not performed, MDR TB may be suspected prior to receipt of drug susceptibility results if 1 or more of the following: risk factors for MDR TB are present there are persistently positive sputum smears and/or serial cultures despite adherence to standard anti-TB treatment there is little improvement in signs and symptoms of TB despite adherence to standard anti-TB treatment</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Evaluation</a></p>	Multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB)	- Diagnóstico - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 16:05
107	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose multi resistente deve ser administrada por especialistas com experiência no tratamento desse tipo de tuberculose. Antes de receber os resultados dos testes de sensibilidade às drogas, o tratamento deve ser iniciado para pacientes em que há suspeita de tuberculose multi resistente. O tratamento inicial inclui no mínimo 5 antibióticos. Ele dura pelo menos de 9 a 12 meses. Pode durar mais tempo dependendo dos resultados de suscetibilidade à drogas.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] MDR TB should be managed by experts with experience in the treatment of drug-resistant TB. Prior to receipt of drug-susceptibility testing results, empiric treatment for MDR TB should be started in those in whom MDR TB is suspected. Initial treatment includes ≥ 5 antibiotics. Duration is at least 9-12 months, and may be longer depending on drug susceptibility results.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Management</a></p>	Multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB)	- Tratamento - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 16:13
108	<p>[ <b>Indicador</b> ] Nenhum dos potenciais tratamentos para pessoas infectadas com tuberculose multi resistente foi totalmente testado quanto à eficácia e estes tratamentos são frequentemente mal tolerados.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] none of the potential regimens for persons infected with MDR TB have been tested fully for efficacy, and these regimens are often poorly tolerated</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Contact-investigation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T907301#Contact-investigation</a></p>	Multidrug-resistant tuberculosis (MDR TB)	- Tratamento - Tuberculose resistente	22/07/2019 às 16:18
109	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose pericárdica é causada pela infecção e inflamação do pericárdio. Nos países com tuberculose endêmica, este tipo é a causa mais comum de pericardite (inchaço e irritação da membrana que envolve o coração). No entanto, representa apenas 4% dos pacientes com derrame pericárdico nos países desenvolvidos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Pericardial tuberculosis is caused by infection and inflammation of the pericardium by Mycobacterium tuberculosis. In tuberculosis (TB)-endemic countries, pericardial TB is the most common cause of pericarditis, however it only accounts for 4% of patients with pericardial effusion in developed countries.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Background</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Definição	22/07/2019 às 16:25
110	<p>[ <b>Indicador</b> ] A infecção do pericárdio pode ocorrer pela disseminação da tuberculose dos linfonodos mediastinais, peritracóricos e peribronquiais, disseminação hematogênica (corrente sanguínea) durante a infecção primária ou disseminação direta de uma lesão tuberculosa no pulmão, pleura, caixa torácica, diafragma ou peritônio para o pericárdio.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Infection of the pericardium can occur by M. tuberculosis spreading from mediastinal, peritracheal, and peribronchial lymph nodes, haematogenous spread during primary infection, or direct spread from a tuberculous lesion in lung, pleura, rib cage, diaphragm, or peritoneum to the pericardium.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Background</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Transmissão	22/07/2019 às 16:28
111	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose pericárdica geralmente apresenta sintomas sistêmicos inespecíficos, incluindo febre, sudorese noturna, fadiga, perda de peso, dor torácica e tosse.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Pericardial tuberculosis (TB) typically presents with nonspecific systemic symptoms including fever, night sweats, fatigue, weight loss, chest pain, and cough.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Sintomas	22/07/2019 às 16:54
112	<p>[ <b>Indicador</b> ] A primeira etapa do diagnóstico da tuberculose pericárdica consiste em radiografia do tórax, que geralmente mostra uma sombra cardíaca aumentada e também pode mostrar alterações sugestivas de tuberculose pulmonar. Um ecocardiograma deve ser realizado em pacientes com suspeita de derrame pericárdico.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Imaging is typically the first step in patient evaluation. Order a chest x-ray, which typically shows enlarged cardiac shadow and may also show changes suggestive of pulmonary TB. Echocardiography should be performed for patients suspected of having a pericardial effusion. Presence of fibrinous strands suggest an exudate, but are not specific for TB. Almost all patients have abnormal findings on electrocardiography in the form of ST-T wave changes, but none of these are specific for TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Diagnóstico	22/07/2019 às 17:00
113	<p>[ <b>Indicador</b> ] Todos os pacientes com suspeita de tuberculose pericárdica com derrame devem ser avaliados quanto aos sinais de tamponamento ou comprometimento cardíaco, pois constituem uma emergência médica.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Assess all patients suspected of having pericardial TB with an effusion for signs of cardiac tamponade or compromise, as these constitute a medical emergency.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Diagnóstico	22/07/2019 às 17:06

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
114	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico da tuberculose pericárdica pode ser confirmado pelo exame de cultura a partir de amostras de fluido pericárdico, biópsia de espécimes, demonstração de bacilos ácido resistentes. Entretanto, devido ao baixo rendimento destes espécimes, um resultado negativo não exclui o diagnóstico de tuberculose pericárdica. Achar granulomas e bacilos ácido resistentes na biópsia pericárdica também fornece um diagnóstico definitivo.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Diagnosis can be confirmed by culturing <i>Mycobacterium tuberculosis</i> from pericardial fluid or biopsy specimens or demonstration of acid-fast bacilli, but because yield is low from these specimens, a negative result does not rule out the diagnosis of pericardial TB. Finding of granulomas and acid-fast bacilli on pericardial biopsy also provides definitive diagnosis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Evaluation</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Diagnóstico	22/07/2019 às 17:10
115	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia diretamente observada é preferível à terapia autoadministrada para o tratamento de rotina de pacientes com todas as formas de tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Directly observed therapy (DOT) is preferred over self-administered therapy (SAT) for routine treatment of patients with all forms of tuberculosis (Weak recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Tratamento	22/07/2019 às 17:13
116	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para a tuberculose pericárdica, corticosteroides adjuvantes são recomendados durante as primeiras onze semanas de tratamento em pacientes sem infecção por HIV, embora as recomendações variem para pacientes com infecção por HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Use adjunctive corticosteroids during the first 11 weeks of treatment in patients without HIV infection (Strong recommendation), although recommendations vary for patients with HIV infection.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management</a></p>	Pericardial tuberculosis	- HIV - Tratamento	22/07/2019 às 17:16
117	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes com tuberculose pericárdica, instáveis com tamponamento cardíaco, necessitam de drenagem imediata do líquido pericárdico por pericardiocentese ou cirurgia.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Unstable patients with cardiac tamponade require immediate drainage of pericardial fluid by needle pericardiocentesis or surgery.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Tratamento	22/07/2019 às 17:19
118	<p>[ <b>Indicador</b> ] A pericardiectomia cirúrgica (remoção de parte do pericárdio) deve ser considerada em pacientes com pericardite tuberculosa constritiva que não melhoram ou se deterioram após o período de 4 a 8 semanas de terapia anti tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Consider surgical pericardiectomy in patients with constrictive tuberculous pericarditis who do not improve or deteriorate after 4-8 weeks of anti-TB therapy.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T910018#Management</a></p>	Pericardial tuberculosis	- Tratamento	22/07/2019 às 17:22
119	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose pleural refere-se a um derrame pleural que resulta da infecção da pleura (membrana do pulmão) combinado com uma resposta de hipersensibilidade retardada a essa infecção. É uma das formas mais comuns de tuberculose extrapulmonar em todo o mundo.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Pleural tuberculosis refers to a pleural effusion that results from infection of the pleura with <i>Mycobacterium tuberculosis</i> combined with a delayed hypersensitivity response to that infection. It is one of the most common forms of extrapulmonary tuberculosis (TB) worldwide.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Background</a></p>	Pleural tuberculosis	- Definição	22/07/2019 às 17:28
120	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose pleural pode resultar de infecção primária ou de reativação da infecção latente. A infecção concomitante por tuberculose do parênquima pulmonar é comum e está presente em cerca de 20% a 50% dos pacientes.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Pleural TB may result from primary infection or from reactivation of latent TB infection. Concurrent TB infection of the lung parenchyma is common, and present in about 20%-50% of patients.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Background</a></p>	Pleural tuberculosis	- Transmissão	22/07/2019 às 17:30
121	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas da tuberculose pleural aguda incluem febre, tosse e dor torácica pleurítica. É preciso suspeitar de tuberculose pleural em um paciente com derrame pleural na radiografia de tórax e uma história de exposição a alguém com tuberculose ou história de viver ou viajar para uma área onde a tuberculose é endêmica. A maioria dos derrames são unilaterais e de tamanho pequeno a moderado.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Symptoms associated with acute pleural tuberculosis (TB) include fever, cough, and pleuritic chest pain. With long-standing infection, draining empyema (empyema necessitans) can develop. Suspect pleural TB in a patient with a pleural effusion on chest x-ray and a history of exposure to someone with TB or history of living in or travelling to an area where TB is endemic. Note that most effusions are unilateral and small to moderate in size.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation</a></p>	Pleural tuberculosis	- Diagnóstico - Sintomas	22/07/2019 às 17:34
122	<p>[ <b>Indicador</b> ] Imagens adicionais como a tomografia computadorizada podem ajudar a detectar complicações como infecção concomitante a tuberculose pleural, por exemplo a infecção por tuberculose do parênquima pulmonar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Additional imaging, such as a computed tomography (CT) scan, may help detect complications such as loculations or concurrent TB infection of the lung parenchyma.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation</a></p>	Pleural tuberculosis	- Diagnóstico	22/07/2019 às 17:36
123	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico definitivo da tuberculose pleural requer demonstração da tuberculose em escarro, líquido pleural por cultura ou teste de amplificação de ácido nucleico. A biópsia pleural pode ser necessária quando o organismo não pode ser detectado na análise do escarro ou do líquido pleural.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Definitive diagnosis requires demonstration of <i>Mycobacterium tuberculosis</i> in either sputum or pleural fluid by culture or nucleic acid amplification testing. Pleural biopsy may be needed when the organism cannot be detected in sputum or pleural fluid analysis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation</a></p>	Pleural tuberculosis	- Diagnóstico	22/07/2019 às 17:39

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
124	<p>[ <b>Indicador</b> ] Em regiões com altas taxas de tuberculose, onde os recursos são limitados, o diagnóstico tuberculose pleural pode ser inferido pela detecção de um derrame linfocítico exsudativo.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] In regions with high rates of TB where resources are limited, diagnosis can be inferred by detecting an exudative lymphocytic effusion with high ADA levels.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation</a></p>	Pleural tuberculosis	- Diagnóstico	22/07/2019 às 17:42
125	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes diagnosticados com tuberculose pleural ou com suspeita também devem ser testados para infecção por HIV devido a altas taxas de coinfeção e/ou co endemicidade.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] In all cases, patients with known or suspected pleural TB should also be tested for HIV infection due to high rates of coinfection and/or co-endemicity.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Evaluation</a></p>	Pleural tuberculosis	- Diagnóstico - HIV	22/07/2019 às 17:43
126	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento recomendado para pacientes com tuberculose pleural causada por organismos não resistentes inclui: fase inicial de 2 meses com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol; e fase de continuação de 4 meses com isoniazida e rifampicina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The recommended regimen for patients with pleural TB caused by drug-susceptible organisms includes (Strong recommendation): a 2-month initial phase with isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol PLUS a 4-month continuation phase with isoniazid and rifampin</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Management</a></p>	Pleural tuberculosis	- Tratamento	22/07/2019 às 17:46
127	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para a tuberculose pleural, a drenagem dos derrames pleurais não é rotineiramente recomendada, mas pode ser considerada para pacientes com um grande derrame causando dificuldade na respiração ou para pacientes com empiema (acúmulo de pus).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Drainage of pleural effusions is not routinely recommended but can be considered for patients with a large effusion causing difficulty in breathing or in patients with empyema.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Management</a></p>	Pleural tuberculosis	- Tratamento	22/07/2019 às 17:49
128	<p>[ <b>Indicador</b> ] Após o início do tratamento anti tuberculose, pode ocorrer piora do paciente devido a um aumento no tamanho de um derrame pleural ou desenvolvimento de novas lesões. Na maioria dos casos, as reações são resolvidas sem terapia adicional.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Be aware that paradoxical worsening after initiation of antituberculosis treatment can occur and may be characterized by an increase in size of a pleural effusion or development of new lesions. Paradoxical reactions resolve without additional therapy in most cases.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T909686#Management</a></p>	Pleural tuberculosis	- Efeitos colaterais	22/07/2019 às 17:53
129	<p>[ <b>Indicador</b> ] A pleurite é a inflamação da pleura parietal que resulta em dor torácica súbita e intensa na inspiração e na expiração. Essa dor combinada com mal estar, perda de peso, febre, ou sudorese noturna pode indicar tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] inflammation of parietal pleura resulting in sudden and intense chest pain on inhalation and exhalation(1) ask about symptoms that may appear in combination with pain malaise may indicate malignancy(3) pleural effusion(1) tuberculosis(1) rheumatoid arthritis(1) weight loss may indicate malignancy(3) pleural effusion(1) tuberculosis(1) rheumatoid arthritis(1) fever may indicate(1) pneumonia tuberculosis familiar Mediterranean fever systemic lupus erythematosus medication-induced pleuritis (Clin Chest Med 2004 Mar;25(1):141) other infection night sweats may indicate malignancy(3) pleural effusion (including malignant pleural effusion)(1) tuberculosis(1) rheumatoid arthritis(1)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#Description">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#Description</a> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#History-of-present-illness--HPI">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T922350#History-of-present-illness--HPI</a></p>	Pleuritis - approach to the patient	- Sintomas	22/07/2019 às 19:06
130	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose pulmonar refere-se à síndrome clínica associada à infecção do sistema respiratório causada pela micobactéria tuberculose. Em 2017, Organização Mundial de Saúde estima que 10 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose e 1,6 milhões morreram da doença.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Pulmonary tuberculosis (TB) refers to the clinical syndrome associated with infection of the respiratory system caused by Mycobacterium tuberculosis. The World Health Organization estimates that in 2017, 10 million people developed TB and 1.6 million died from the disease, with 9,093 cases reported in the United States.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Definição	23/07/2019 às 10:45
131	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tuberculose é transmitida pelo ar de uma pessoa para outra quando as bactérias são expelidas na forma de aerossol por uma pessoa com tuberculose pulmonar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] M. tuberculosis is spread through the air from one person to another when bacteria are aerosolized from a person with pulmonary TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Transmissão	23/07/2019 às 10:48
132	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os fatores de risco da tuberculose pulmonar são: (1) contato próximo de uma pessoa com tuberculose infecciosa; (2) crianças menores de 5 anos com teste cutâneo tuberculínico positivo; (3) pessoas que migraram de regiões do mundo com altas taxas de tuberculose; (4) grupos com altas taxas de transmissão de tuberculose, incluindo pessoas com infecção por HIV, usuários de drogas injetáveis e pessoas em situação de rua; (5) trabalhar ou residir com pessoas com alto risco de tuberculose em instalações ou instituições; (6) condições médicas que enfraquecem o sistema imunológico como o tratamento com medicamentos imunossupressores, diabetes, malignidade, transplante de órgãos, silicose, transtorno de abuso de substâncias, doença renal grave ou baixo peso corporal.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Risk factors for developing TB include: Close contacts of a person with infectious TB disease. Children &lt; 5 years old who have a positive tuberculin skin test. Persons who have immigrated from regions of the world with high rates of TB. Groups with high rates of TB transmission including persons with HIV infection, injection drug users, and homeless persons. Working or residing with people at high risk for TB in facilities or institutions. Medical conditions that weaken the immune system such as HIV infection, treatment with immunosuppressive medications, diabetes, malignancy, organ transplantation, silicosis, substance abuse disorder, severe kidney disease, or low body weight.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Background</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Doença associada - Fator de risco - HIV - Pessoas em situação de rua - Usuário de drogas	23/07/2019 às 11:04

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
133	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose pulmonar tem sintomas sugestivos como febre, fadiga, perda de peso, sudorese noturna, tosse ou hemoptise (sangue no escarro).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Suspect pulmonary tuberculosis (TB) in patients with suggestive symptoms including fever, fatigue, weight loss, night sweats, cough, or hemoptysis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Sintomas	23/07/2019 às 11:07
134	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico da tuberculose pulmonar é confirmado com a identificação da micobactéria na amostra respiratória de pacientes com sintomas clínicos compatíveis. Os testes utilizados para diagnóstico bacteriológico incluem baciloscopia (exame de escarro), teste de amplificação de ácido nucleico e teste de cultura microbacteriana líquida e sólida (padrão ouro para diagnóstico). Frequentemente, o diagnóstico é complementado com anormalidades radiológicas do tórax e evidência da resposta imune pelo teste cutâneo tuberculínico e/ou pelo teste de liberação de interferon gama, embora esses testes também sejam positivos em pacientes com tuberculose previamente tratada ou infecção tuberculosa latente.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Identification of Mycobacterium tuberculosis in respiratory specimen confirms diagnosis of pulmonary TB in patients with compatible clinical symptoms. Tests used for bacteriologic diagnosis include: Acid fast bacillus (AFB) smear microscopy, though this test is not specific to M. tuberculosis. Nucleic acid amplification testing (NAAT). Liquid and solid mycobacterial culture (gold standard for diagnosis). Diagnosis often supplemented with additional evidence such as: Chest x-ray abnormalities. Evidence of immune response by tuberculin skin test (TST) and/or interferon gamma release assay (IGRA), though these tests will also be positive in patients with previously treated TB or latent TB infection.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Evaluation</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Diagnóstico	23/07/2019 às 11:15
135	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento recomendado para a tuberculose pulmonar recém diagnosticada e suscetível a todos os medicamentos de primeira linha é: fase inicial de dois meses com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol; e fase de continuação de 4 meses com isoniazida mais rifampina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The recommended empiric treatment for newly diagnosed pulmonary TB caused by Mycobacterium tuberculosis susceptible to all first-line drugs is a 2-month initial or intensive phase followed by a 4-month continuation phase (Strong recommendation). The 2-month initial phase consists of isoniazid, rifampin, pyrazinamide, plus ethambutol. The 4-month continuation phase consists of isoniazid plus rifampin.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Tratamento	23/07/2019 às 11:21
136	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose pulmonar com isoniazida deve ser suplementado com piridoxina em pacientes com deficiência nutricional, diabetes, infecção por HIV, insuficiência renal, alcoolismo, em mulheres grávidas e lactantes e em crianças para prevenir efeitos colaterais.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Supplement isoniazid treatment with pyridoxine 25 mg/day in patients with nutritional deficiency, diabetes, HIV infection, renal failure, or alcoholism, in pregnant and breastfeeding women, and in children to prevent adverse events.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Crianças - Doença associada - Efeitos colaterais - Grávidas - HIV - Tratamento	23/07/2019 às 11:25
137	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para tuberculose pulmonar, se existirem cavidades em radiografia de tórax inicial e se uma cultura de amostra obtida em 2 meses de tratamento permanecer positiva, deve ser considerada a extensão da fase de continuação para 7 meses (9 meses no total).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] If cavities are present on an initial chest radiograph and if a culture of a specimen obtained at 2 months remains positive, consider extending the continuation phase to 7 months (9 months total).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Management</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Tratamento	23/07/2019 às 11:30
138	<p>[ <b>Indicador</b> ] A profilaxia com isoniazida pode reduzir o risco de tuberculose em pacientes com transplante renal.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Isoniazid prophylaxis may reduce risk of tuberculosis in patients having kidney transplant (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Treatment-of-latent-tuberculosis-infection">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T116300#Treatment-of-latent-tuberculosis-infection</a></p>	Pulmonary tuberculosis	- Prevenção	23/07/2019 às 11:35
139	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os principais fatores de risco para a aquisição da tuberculose em crianças incluem nascimento ou residência em área endêmica e exposição a adultos com tuberculose ativa e exposição ao fumo passivo. Além disso, os fatores associados ao aumento do risco de desenvolvimento da doença incluem aquisição recente de infecção, idade mais jovem, comprometimento da imunidade (particularmente infecção pelo HIV) e comorbidades crônicas como diabetes mellitus.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Major risk factors for acquisition of infection include birth or residence in an endemic area, exposure to adults with active TB, and exposure to second hand smoke. Factors associated with increased risk of progressing from latent infection to active disease include recent acquisition of infection, younger age, immunocompromise, particularly HIV infection, and chronic comorbidities such as diabetes mellitus.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Crianças - Doença associada - Fator de risco - HIV	23/07/2019 às 11:41
140	<p>[ <b>Indicador</b> ] A apresentação clínica mais comum da tuberculose em crianças é a doença parenquimatosa pulmonar com linfadenopatia intratorácica associada.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The most common clinical presentation of tuberculosis in children is pulmonary parenchymal disease with associated intrathoracic lymphadenopathy.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Sintomas	23/07/2019 às 11:47
141	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose extra pulmonar é mais comum em crianças do que em adultos, manifestando-se mais frequentemente como linfadenite tuberculosa ou doença pleural. São menos comuns as formas extra pulmonares no pericárdio, sistema nervoso central, esquelética e miliar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Extrapulmonary disease is also more common in children than in adults, most often manifesting as tuberculous lymphadenitis or pleural disease. Less common extrapulmonary manifestations include pericardial, central nervous system, skeletal, and miliary disease.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Diagnóstico - Sintomas	23/07/2019 às 11:48

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
142	<p>[ <b>Indicador</b> ] A tuberculose congênita é muito rara, mas é relatada. Pode apresentar febre, desconforto respiratório, hepato/esplenomegalia (aumento do fígado/baço) ou sintomas inespecíficos como má alimentação ou letargia.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Congenital TB is very rare, but reported, and may present with fever, respiratory distress, hepato/splenomegaly, or with nonspecific symptoms such as poor feeding or lethargy.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Background</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Sintomas	23/07/2019 às 11:56
144	<p>[ <b>Indicador</b> ] Crianças nascidas em áreas endêmicas ou exposta a um adulto com tuberculose, devem ser investigadas se apresentam tosse e/ou febre, perda de peso ou déficit de crescimento, linfadenopatia (aumento dos nódulos linfáticos), hepato/esplenomegalia (aumento do fígado/baço), meningite, ascite ou outros sintomas sugestivos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Consider the diagnosis of tuberculosis (TB) in children born in endemic areas or with known exposure to an adult with active TB, presenting with cough and/or fever, weight loss or failure to thrive, lymphadenopathy, hepato- or splenomegaly, meningitis or ascites, or other suggestive signs and symptoms.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Crianças - Sintomas	23/07/2019 às 12:00
145	<p>[ <b>Indicador</b> ] Crianças com suspeita de infecção por tuberculose devem fazer teste cutâneo tuberculínico ou teste de liberação de interferon gama. O teste cutâneo é preferido para crianças menores de 5 anos. O segundo teste é preferido para crianças a partir de 5 anos que tenham histórico da vacina BCG. Contudo, qualquer teste é aceitável em crianças maiores de 5 anos que não têm histórico da vacina. Crianças com resultado positivo devem fazer um exame físico completo, incluindo uma avaliação neurológica cuidadosa e uma radiografia de tórax. Caso o resultado seja negativo, é considerada uma avaliação adicional nas crianças que permanecem em risco de adquirir tuberculose, pois resultado negativo não exclui a doença ativa.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Screen children with suspected latent or active infection using either a tuberculin skin test (TST) or interferon gamma release assay (IGRA). TST is preferred in children &lt; 5 years old, but IGRA is preferred in children ≥ 5 years old with history of bacille Calmette-Guérin (BCG) vaccination. Either test is acceptable in children &gt; 5 years old who lack a history of BCG vaccination. In children who screen positive, perform a thorough physical examination, including a careful neurologic assessment and a chest x-ray. In children who screen negative, consider additional evaluation in those who remain at increased risk for TB, as a negative result does not rule out active disease.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Diagnóstico	23/07/2019 às 12:06
146	<p>[ <b>Indicador</b> ] Na ausência de confirmação bacteriana, o diagnóstico da tuberculose pode ser feito clinicamente com base em fatores de risco, sintomas e/ou características da radiografia de tórax.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] In the absence of bacterial confirmation, the diagnosis can be made clinically based on risk factors, signs and symptoms and/or characteristic chest x-ray findings.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Diagnóstico	23/07/2019 às 13:17
147	<p>[ <b>Indicador</b> ] Devido à associação entre infecção por HIV e tuberculose, o teste de HIV deve ser realizado em todas as crianças com suspeita ou confirmação de tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Due to the association between HIV infection and TB, consider HIV testing in all children with suspected or confirmed TB.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Evaluation</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - HIV	23/07/2019 às 13:18
148	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico de tuberculose em crianças geralmente representa uma transmissão recente. Portanto, é necessário investigar o caso de origem.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] The diagnosis in children often represents a recent transmission and should trigger a source case investigation.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Diagnóstico - Tratamento	23/07/2019 às 13:22
149	<p>[ <b>Indicador</b> ] Em crianças, o tratamento recomendado para tuberculose pulmonar não resistente a todos os medicamentos de primeira linha é uma fase inicial de 2 meses, seguida de uma fase de continuação de 4 meses. A fase inicial inclui isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. A fase de continuação incluiu isoniazida e rifampicina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America (ATS/CDC/IDSA)- recommended empiric treatment for tuberculosis in children with pulmonary tuberculosis caused by Mycobacterium tuberculosis known or suspected to be susceptible to all first-line drugs is a 2-month initial phase followed by a 4-month continuation phase (Strong recommendation). The 2-month initial phase includes: isoniazid 5 mg/kg/day (maximum 300 mg/day, 10 mg/kg/day in children) orally, IV, or intramuscularly rifampin 10 mg/kg/day (maximum 600 mg/day, 15 mg/kg/day in children) orally or IV pyrazinamide 25 mg/kg/day (maximum 2 g/day, 15-30 mg/kg/day in children) orally ethambutol 15 mg/kg/day (maximum 1.6 g/day, 20 mg/kg/day in children) orally The 4-month continuation phase includes: isoniazid 5 mg/kg/day (maximum 300 mg/day, 10 mg/kg/day in children) orally, IV, or intramuscularly rifampin 10 mg/kg/day (maximum 600 mg/day, 15 mg/kg/day in children) orally or IV</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Tratamento	23/07/2019 às 13:29
150	<p>[ <b>Indicador</b> ] A fase de continuação do tratamento da tuberculose em crianças deve ser estendida se houver cavitação na radiografia de tórax inicial, culturas de escarro com resultado positivo após 2 meses de terapia, meningite tuberculosa ou tuberculose esquelética.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Extend the continuation phase for patients with cavitation on initial chest radiograph and positive sputum cultures after 2 months of therapy, tuberculous meningitis, or skeletal tuberculosis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Tratamento	23/07/2019 às 13:31

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
151	<p>[ <b>Indicador</b> ] São recomendados corticosteroides adjuvantes para todas as crianças com meningite tuberculosa e/ou acometimento das vias aéreas por linfadenopatia (linfonodos aumentados). Também podem ser considerados para crianças com doença pleural, pericárdica, abdominal ou miliar grave.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Adjunctive corticosteroids are recommended for all children with tuberculous meningitis, airway impingement from lymphadenopathy, and can be considered for those with pleural, pericardial, abdominal, or severe miliary disease.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Doença associada - Tratamento	23/07/2019 às 13:35
152	<p>[ <b>Indicador</b> ] É recomendada terapia preventiva para crianças com infecção latente por tuberculose. Ela consiste em uso da isoniazida por 6 meses para crianças menores de 5 anos com contato próximo de pessoas com tuberculose, mas não apresentam a doença.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] both the World Health Organization (WHO) and American Academy of Pediatrics (AAP) recommend preventative therapy for children with latent tuberculosis infection (LTBI)(6, 8) WHO recommends isoniazid preventative therapy (10 mg/kg/day, maximum 300 mg/day) for 6 months to children aged &lt; 5 years who are household or close contacts of people with tuberculosis but do not have active disease (WHO Strong recommendation, High-quality evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 13:43
153	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia preventiva com isoniazida é considerada para todos os bebês e crianças com tuberculose latente que não tenham a doença ativa ou histórico de tratamento prévio para tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] consider isoniazid preventative therapy for all infants and children with latent tuberculosis infection who have no evidence of active disease or history of previous tuberculosis treatment</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 13:45
154	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia preventiva deve ser iniciada em todas as crianças menores de 4 anos com imunidade diminuída que estão expostas a pacientes com tuberculose contagiosa, independentemente dos resultados dos testes de diagnóstico.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] initiate preventative therapy in all children &lt; 4 years old with impaired immunity exposed to patients with contagious tuberculosis regardless of diagnostic testing results</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 13:48
155	<p>[ <b>Indicador</b> ] A terapia preventiva para crianças com infecção latente por tuberculose inclui isoniazida durante 9 meses. Existem regimes alternativos com doses e durações diferentes de acordo com a idade da criança. Além disso, a rifampicina pode ser incluída para um regime de duração de 3 meses. Para crianças que foram iniciadas em terapia e não tiveram doença ativa, são considerados suficientes 2 meses de rifampicina e pirazinamida administrados como parte do regime de quatro medicamentos. Se a origem da infecção for tuberculose resistente à isoniazida, mas suscetível à rifampicina, deve ser administrada rifampicina diariamente por 4 meses (alguns especialistas recomendam 6 meses em crianças com maiores de 12 anos).</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] regimens for children with latent tuberculosis infection isoniazid 10 mg/kg/day (maximum 300 mg/day) for 9 months preferred consider isoniazid 20-30 mg/kg/dose (maximum 900 mg/dose) twice weekly as directly observed therapy for 9 months if adherence to daily therapy cannot not assured alternative regimens isoniazid 15 mg/kg (maximum 900 mg) plus rifampin 300-900 mg weekly for 12 weeks may be used in children ≥ 12 years old can be considered in children &lt; 12 years old if low likelihood of completion of other therapies (note regimen unstudied in this age group) should not be used in children &lt; 2 years old isoniazid 10 mg/kg/day (maximum 300 mg/day) plus rifampin 10-15 mg/kg/day (maximum 600 mg) for 3 months for children who have been started on empiric therapy and subsequently found not to have active disease, 2 months of daily rifampin and pyrazinamide given as part of the empiric 4-drug regimen considered sufficient for treatment of LTBI if source of infection found to have isoniazid-resistant, rifampin-susceptible tuberculosis, give rifampin daily for 4 months (some experts recommend 6 months in children &lt; 12 years old)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 13:59
156	<p>[ <b>Indicador</b> ] Crianças com teste cutâneo de tuberculina ou teste de liberação de interferon gama negativos devem ser retestadas 8 a 10 semanas após a última exposição à fonte da infecção. A terapia preventiva pode ser descontinuada em pacientes imunocompetentes que continuam com resultado negativo nos testes. O regime completo de tratamento preventivo deve ser continuado em pacientes imunocomprometidos nos quais a infecção latente não pôde ser excluída.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] retest children with negative tuberculin skin test (TST) or interferon gamma release assay (IGRA) 8-10 weeks after last exposure to source of infection therapy can be discontinued in immunocompetent patients who continue to have negative TST or IGRA continue full treatment regimen in patients with immunocompromised in whom LTBI cannot be excluded</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 14:03
157	<p>[ <b>Indicador</b> ] A rifapentina e a isoniazida diretamente observadas uma vez por semana durante 3 meses parecem tão eficazes quanto a isoniazida uma vez ao dia por 9 meses na prevenção da tuberculose em crianças com infecção latente.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] directly observed rifapentine plus isoniazid once weekly for 3 months appears as effective as isoniazid once daily for 9 months in preventing tuberculosis in children with LTBI (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 14:06
158	<p>[ <b>Indicador</b> ] A rifampicina de 4 meses pode ser tão eficaz quanto a isoniazida de 9 meses em crianças com infecção latente por tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] 4-month rifampin may be as effective as 9-month isoniazid in children with LTBI (level 2 [mid-level] evidence)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Prevention-of-active-disease</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 14:09



## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
159	<p><b>[ Indicador ]</b> Tuberculose em crianças raramente é contagiosa. Entretanto, crianças com características de tuberculose do tipo adulto podem ser potencialmente contagiosas, sendo as características clínicas: presença de tosse, tosse produtiva, drenagem da pele/lesão dos tecidos moles, falta de tratamento adequado para a tuberculose ou somente ter sido iniciado com medicação por curta duração e instrumentação de via aérea. As características radiográficas são: lesões cavitárias, envolvimento apical e laríngeo. Além disso, podem ser contagiosas se tiverem baciloscopia positiva.</p> <p><b>[ Evidência ]</b> children with tuberculosis (TB) rarely contagious ( Tuberculosis (Edinb) 2011 Dec;91 Suppl 1:S11) children with features of adult-type TB may potentially be contagious, including clinical symptoms presence of cough productive cough draining skin/soft tissue lesion lack of appropriate treatment for TB, or only having been started on TB medications for short duration airway instrumentation radiographic features cavitary lesions apical involvement laryngeal involvement positive acid-fast sputum smear</p> <p><b>[ Referência ]</b> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Isolation-of-children-with-active-tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Isolation-of-children-with-active-tuberculosis</a></p>	Tuberculosis in children	- Crianças - Transmissão	23/07/2019 às 14:16
160	<p><b>[ Indicador ]</b> Se a mãe ou contato doméstico tiver resultado positivo no teste cutâneo tuberculínico ou no ensaio de liberação de interferon gama, mas radiografia torácica estiver normal, as recomendações são: não é necessário separar a mãe do bebê; nenhuma avaliação especial ou terapia necessária para o bebê; outros familiares devem ser avaliados para tuberculose, pois o teste positivo pode representar um caso não reconhecido de tuberculose contagiosa; e mãe pode amamentar o bebê.</p> <p><b>[ Evidência ]</b> if mother (or household contact) has positive tuberculin skin test or IGRA and normal chest x-ray(8) no separation of mother and infant required no special evaluation or therapy required for infant other household members should be evaluated for tuberculosis as positive test may represent unrecognized case of contagious tuberculosis mother can breastfeed infant</p> <p><b>[ Referência ]</b> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis</a></p>	Tuberculosis in children	- Amamentação - Bebês - Prevenção	23/07/2019 às 14:21
161	<p><b>[ Indicador ]</b> Se a mãe ou familiar apresentar sintomas clínicos ou resultados anormais no raio-X compatíveis com a tuberculose, as seguintes medidas devem ser tomadas: avaliar bebê por tuberculose congênita; separar a mãe ou familiar da criança até ser realizada uma avaliação completa; quando a criança receber isoniazida, a separação não é necessária, exceto se a mãe ou familiar tiver suspeita de infecção por tuberculose resistente a medicamentos ou tem baixa adesão à terapia e a terapia diretamente observada não é possível; mulheres com infecção suscetível a drogas que foram tratadas adequadamente por mais de 2 semanas podem amamentar. Se a tuberculose congênita for excluída, a isoniazida deve ser utilizada de 3 a 4 meses e o teste cutâneo realizado em seguida. Se o teste der negativo e a mãe ou familiar tiver boa adesão ao tratamento, a isoniazida pode ser interrompida. Se o teste der positivo, a tuberculose deve ser investigada novamente. Caso não seja detectada, a isoniazida deve ser continuada por 9 meses e a criança avaliada mensalmente durante o tratamento.</p> <p><b>[ Evidência ]</b> if mother (or household contact) has clinical signs and symptoms or abnormal findings on x-ray consistent with tuberculosis disease(8) immediately report to local health department evaluate infant for congenital tuberculosis separate mother (or household contact) from infant until full evaluation can be done, and if tuberculosis suspected, until mother found not to have tuberculosis mother and child both receive appropriate therapy mother understands and is willing to adhere to infection-control measures once infant receives isoniazid, separation not required unless mother (or household contact) has suspected drug resistant tuberculosis infection has poor adherence to therapy and directly observed therapy not possible women with drug-susceptible infection treated appropriately for ≥ 2 weeks may breastfeed if congenital tuberculosis excluded, give isoniazid for 3-4 months and perform skin test if skin test is positive reassess for tuberculosis disease if tuberculosis disease excluded, continue isoniazid for total of 9 months evaluate infants for signs of tuberculosis monthly during treatment if skin test is negative, and mother has good treatment adherence, discontinue isoniazid</p> <p><b>[ Referência ]</b> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 14:35
162	<p><b>[ Indicador ]</b> Se a mãe ou familiar tiver resultado positivo no teste cutâneo tuberculínico ou no ensaio de liberação de interferon gama e resultados anormais na radiografia torácica, mas nenhuma evidência de doença tuberculosa, as seguintes medidas devem ser tomadas: a criança pode ser considerada de baixo risco de doença e a separação não é necessária; a mãe deve ser tratada por infecção latente por tuberculose; outros familiares devem ser avaliados.</p> <p><b>[ Evidência ]</b> if mother (or household contact) has positive skin test or IGRA and abnormal findings on chest x-ray but no evidence of tuberculosis disease(8) infant can be assumed to be at low risk of disease, and separation not necessary treat mother for latent tuberculosis infection evaluate other household members</p> <p><b>[ Referência ]</b> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T908867#Management-of-infant-born-to-mother-with-tuberculosis</a></p>	Tuberculosis in children	- Bebês - Crianças - Prevenção	23/07/2019 às 14:39
163	<p><b>[ Indicador ]</b> A linfadenite tuberculosa é a forma mais comum de tuberculose extra pulmonar, ocorrendo em cerca de 35% dos pacientes com tuberculose extra pulmonar. Linfadenite tuberculosa pode ocorrer na presença de doença em outros locais anatômicos.</p> <p><b>[ Evidência ]</b> Tuberculous lymphadenitis is the most common form of extrapulmonary tuberculosis (TB), occurring in about 35% of patients with extrapulmonary TB. Tuberculous lymphadenitis may occur in the presence of disease in other anatomical sites.</p> <p><b>[ Referência ]</b> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Background</a></p>	Tuberculous lymphadenitis	- Definição - Doença associada	23/07/2019 às 14:42
164	<p><b>[ Indicador ]</b> Os fatores de risco para tuberculose linfadenite incluem sexo feminino, pico de idade de 30 a 40 anos, residência em países endêmicos, particularmente no sudeste da Ásia e na África, e imuno comprometimento, incluindo a infecção pelo HIV.</p> <p><b>[ Evidência ]</b> Risk factors include female sex, peak age 30-40 years, residence in endemic countries, particularly in Southeast Asia and Africa, and immunocompromise, including HIV infection.</p> <p><b>[ Referência ]</b> <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Background</a></p>	Tuberculous lymphadenitis	- Fator de risco - HIV - Sexo	23/07/2019 às 14:43

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
165	<p>[ <b>Indicador</b> ] O diagnóstico definitivo da tuberculose linfadenite é feito pela cultura ou identificação molecular da micobactéria da tuberculose no tecido de um linfonodo afetado. O método preferido para coletar amostrar para biópsia é a punção aspirativa por agulha fina, pois é mais seguro e menos invasivo que a biópsia excisional. Contudo, os diagnósticos comumente usados incluem teste microbiológico, citologia e testes de amplificação de ácidos nucleicos. A radiografia de tórax deve ser realizada para determinar a presença de tuberculose pulmonar.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Definitive diagnosis is made by culture or molecular identification of Mycobacterium tuberculosis in tissue from an affected lymph node. Fine needle aspiration is the preferred method of collecting biopsy samples, as it is safer and less invasive than excisional biopsy. Commonly used diagnostics include: microbiologic testing cytology nucleic acid amplification tests Chest x-ray should be performed to determine the presence of pulmonary tuberculosis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Evaluation</a></p>	Tuberculous lymphadenitis	- Diagnóstico	23/07/2019 às 14:46
166	<p>[ <b>Indicador</b> ] A duração total do tratamento da tuberculose linfadenite é de 6 meses. A fase inicial é de 2 meses e inclui isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol. A fase de continuação é de 4 meses e inclui isoniazida e rifampicina.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treatment recommendations derived from the American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America (ATS/CDC/IDSA) and World Health Organization (WHO) (Strong recommendation): The total length of therapy is 6 months. The 2-month initial phase includes: isoniazid orally, IV, or intramuscularly 5 mg/kg/day (maximum 300 mg/day, 10 mg/kg/day in children) rifampin orally or IV 10 mg/kg/day (maximum 600 mg/day, 15 mg/kg/day in children) pyrazinamide orally 25 mg/kg/day (maximum 2 g/day, 15-30 mg/kg/day in children) ethambutol orally 15 mg/kg/day (maximum 1.6 g/day, 20 mg/kg/day in children) The 4-month continuation phase includes: isoniazid orally, IV, or intramuscularly 5 mg/kg/day (maximum 300 mg/day, 10 mg/kg/day in children) rifampin orally or IV 10 mg/kg/day (maximum 600 mg/day, 15 mg/kg/day in children)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Management</a></p>	Tuberculous lymphadenitis	- Tratamento	23/07/2019 às 14:48
167	<p>[ <b>Indicador</b> ] A excisão (extração) dos linfonodos afetados é geralmente reservada para casos incomuns ou falha do tratamento.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Excision of affected lymph nodes is generally reserved for unusual cases or treatment failure.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Management</a></p>	Tuberculous lymphadenitis	- Tratamento	23/07/2019 às 14:50
168	<p>[ <b>Indicador</b> ] Durante o tratamento, deve ser feito monitoramento de toxicidades de drogas, reação de melhora paradoxal e síndrome inflamatória de reconstituição imune.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] During treatment, monitor for drug toxicities, a paradoxical upgrading reaction, and immune reconstitution inflammatory syndrome</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T901422#Management</a></p>	Tuberculous lymphadenitis	- Tratamento	23/07/2019 às 14:51
169	<p>[ <b>Indicador</b> ] A meningite tuberculosa (também denominada tuberculose meningea) é causada pela infecção do sistema nervoso central. É a forma mais grave de tuberculose, com alta morbidade e mortalidade, e complicações neurológicas são comuns quando o diagnóstico ou o tratamento são tardios.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Tuberculous meningitis (also called meningeal tuberculosis) is caused by infection of the central nervous system with Mycobacterium tuberculosis. It is the most severe form of tuberculosis, with high morbidity and mortality, and neurologic complications are common with delayed diagnosis or treatment.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Background</a></p>	Tuberculous meningitis	- Definição	23/07/2019 às 14:57
170	<p>[ <b>Indicador</b> ] As populações com maior risco de contrair meningite tuberculosa incluem crianças e pessoas com infecção pelo HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Those at highest risk for tuberculous meningitis include children and persons with HIV infection.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Background</a></p>	Tuberculous meningitis	- Crianças - Fator de risco - HIV	23/07/2019 às 14:58
171	<p>[ <b>Indicador</b> ] A propagação da tuberculose para o sistema nervoso central ocorre pela disseminação hematogênica (corrente sanguínea) de organismos para o cérebro.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Spread to the central nervous system occurs by hematogenous dissemination of organisms to the brain.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Background">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Background</a></p>	Tuberculous meningitis	- Transmissão	23/07/2019 às 14:59
172	<p>[ <b>Indicador</b> ] A meningite tuberculosa é difícil de diagnosticar e requer muita suspeita. A apresentação clínica inicial pode ser inespecífica e semelhante a outros tipos de meningite. O diagnóstico deve ser considerado quando um paciente apresentar sinais e sintomas consistentes combinados com fatores de risco para tuberculose.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Tuberculous meningitis is difficult to diagnose and a high index of suspicion is required. Diagnosis should be considered when a patient presents with consistent signs and symptoms combined with risk factors for tuberculosis (TB). Early clinical presentation may be nonspecific, and similar to other types of meningitis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation</a></p>	Tuberculous meningitis	- Diagnóstico - Sintomas	23/07/2019 às 15:02
173	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas da tuberculose meningea em crianças podem incluir irritação meningea, baixo ganho de peso ou perda de peso, consciência alterada e febre. Frequentemente, os sintomas se apresentam dentro de 3 meses da tuberculose pulmonar primária. A tuberculose meningea está intimamente associada à tuberculose disseminada (miliar), com progressão mais rápida dos sintomas e complicações neurológicas em comparação aos adultos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Symptoms in children may include meningeal irritation, poor weight gain or weight loss, altered consciousness, and fever. It often presents within 3 months of primary pulmonary TB. It is closely associated with disseminated TB with more rapid progression of symptoms and neurological complications compared to adults.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation</a></p>	Tuberculous meningitis	- Crianças - Sintomas	23/07/2019 às 15:04
174	<p>[ <b>Indicador</b> ] Os sintomas da tuberculose meningea em adultos incluem rigidez do pescoço, dor de cabeça, febre e vômitos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Symptoms in adults include stiff neck, headache, fever, and vomiting.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation</a></p>	Tuberculous meningitis	- Sintomas	23/07/2019 às 15:05

## Anexo 1. (cont.)

Id	Indicadores	Tópicos	Grupos	Cadastrado em
175	<p>[ <b>Indicador</b> ] Cerca de um terço dos pacientes com meningite tuberculosa têm neuropatias cranianas com acometimento do sexto nervo mais comum.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] About one-third of patients with tuberculous meningitis have cranial neuropathies, with involvement of the sixth nerve most common.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation</a></p>	Tuberculous meningitis	- Sintomas	23/07/2019 às 15:06
176	<p>[ <b>Indicador</b> ] Pacientes com HIV tipicamente apresentam uma apresentação clínica semelhante de meningite tuberculosa em pacientes sem HIV.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Patients with HIV typically have a similar clinical presentation of tuberculous meningitis as patients without HIV.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation</a></p>	Tuberculous meningitis	- HIV - Sintomas	23/07/2019 às 15:07
177	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para realização do diagnóstico da tuberculose meningea, um exame neurológico cuidadoso deve ser realizado em busca de défices motores, paralisias de nervos cranianos e fotofobia. O diagnóstico é tipicamente baseado na detecção de micobactérias no líquido cefalorraquidiano por microscopia, cultura de micobactérias ou um teste de amplificação de ácido nucleico. Anormalidades nas imagens podem incluir realce da cisterna basal, alargamento do espaço subaracnoideo, hidrocefalia, alterações nos nervos cranianos e anormalidades na radiografia de tórax.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] A careful neurologic exam should be performed looking for motor deficits, cranial nerve palsies, and photophobia. Diagnosis is typically based on detection of mycobacteria in cerebrospinal fluid (CSF) by smear microscopy, mycobacterial culture, or a nucleic acid amplification test. Abnormalities on imaging may include basal cistern enhancement, widening of subarachnoid space, hydrocephalus, changes to cranial nerves, and abnormalities on chest x-ray.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Evaluation</a></p>	Tuberculous meningitis	- Diagnóstico	23/07/2019 às 15:10
178	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento imediato para tuberculose meningea é muito importante. Devido à natureza da doença, ao tempo necessário para os resultados da cultura e à morbidade e mortalidade, o tratamento inicial é necessário na maioria dos casos.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Prompt treatment is very important. Because of the paucibacillary nature of tuberculous meningitis, time required for culture results, and morbidity and mortality that may delay treatment of tuberculous meningitis, initial empiric treatment is necessary in most instances.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management</a></p>	Tuberculous meningitis	- Tratamento	23/07/2019 às 15:17
179	<p>[ <b>Indicador</b> ] O tratamento da tuberculose meningea baseia-se no regime anti tuberculose padrão, mas com uma fase de continuação mais longa: fase inicial com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol por 2 meses; fase de continuação com isoniazida mais rifampicina por 7 a 10 meses.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Treatment is based on the standard antituberculosis regimen but with a longer continuation phase, including: initiation phase of isoniazid, rifampin, pyrazinamide, ethambutol for 2 months (Strong recommendation) continuation phase of isoniazid plus rifampin for 7-10 months (Weak recommendation)</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management</a></p>	Tuberculous meningitis	- Tratamento	23/07/2019 às 15:18
180	<p>[ <b>Indicador</b> ] Embora seu papel permaneça controverso, os corticosteroides adjuvantes são fortemente recomendados no contexto da meningite tuberculosa.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Although their role remains controversial, adjunctive corticosteroids are recommended in the context of tuberculous meningitis (Strong recommendation).</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management</a></p>	Tuberculous meningitis	- Tratamento	23/07/2019 às 15:19
181	<p>[ <b>Indicador</b> ] Para a tuberculose meningea, a cirurgia pode ser indicada em pacientes com hidrocefalia, abscesso cerebral tuberculoso ou tuberculose vertebral com paraparesia.</p> <p>[ <b>Evidência</b> ] Surgery may be indicated in patients with hydrocephalus, tuberculous cerebral abscess, or vertebral tuberculosis with paraparesis.</p> <p>[ <b>Referência</b> ] <a href="http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management">http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T114554#Management</a></p>	Tuberculous meningitis	- Tratamento	23/07/2019 às 15:20

Fonte: elaboração própria.

# O SUS em territórios vulnerabilizados: reflexões sobre violência, sofrimento mental e invisibilidades nas favelas do Rio de Janeiro

*The SUS in vulnerable territories: reflection about violence, mental suffering and invisibilities in the favelas of Rio de Janeiro*

Viviani Cristina Costa<sup>1</sup>, Tatiana Wargas de Faria Baptista<sup>2</sup>, Marize Bastos da Cunha<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213502

**RESUMO** O artigo propõe discutir os impactos da violência na experiência cotidiana e nas condições de vida dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde, que vivem e trabalham em localidades do espaço urbano designadas como ‘territórios conflagrados’. Para abarcar a complexidade do tema nos debruçamos sobre dois conjuntos de indagações, que se interrelacionam a diferentes campos do conhecimento: i) os territórios no campo da saúde e, mais especificamente, do descritivo conflagrado; ii) o fenômeno da violência urbana – considerando às disputas armadas pelo poder e comando do tráfico de drogas em territórios conflagrados de favelas – e seus impactos no trabalho da Atenção Básica. A partir da autoetnografia foram trazidas diferentes cenas vivenciadas em unidades de Atenção Básica do município do Rio de Janeiro. Verificou-se uma sobreposição de invisibilidades e violências que geram sofrimento mental e expõem vários desafios e dilemas na prestação do cuidado desses territórios. Propõe-se a ampliação do conceito de território conflagrado com o intuito de abarcar os processos sociais relacionados ao fenômeno da violência e dar visibilidade à necessidade da efetiva transformação das condições de vida e saúde das coletividades. Compreendemos a importância de articulação interdisciplinar e intersetorial tendo em vista que esse complexo problema social traz impactos para a saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Saúde mental. Vulnerabilidade social. Violência.

**ABSTRACT** *The article proposes to discuss the impacts of violence on the daily experience and living conditions of workers and users of the Unified Health System, who live and work in urban areas designated as ‘conflagrated territories’. To encompass the complexity of the theme, we focus on two sets of questions, which are interrelated to different fields of knowledge: i) territories in the field of health and, more specifically, the descriptive conflagration; ii) the phenomenon of urban violence – considering the armed disputes over the power and command of drug traffic in convulsed territories from slums – and its impacts on the work of Primary Care. From the autoethnography, different scenes experienced in Primary Care units in the city of Rio de Janeiro were brought. Was observed an overlap of invisibilities and violence that generate mental suffering and expose several challenges and dilemmas in the provision of care in these territories. It is proposed to expand the concept of convulsed territory to encompass the social processes related to the phenomenon of violence and to give visibility to the need for an effective transformation of the living and health conditions of communities. We understand the importance of interdisciplinary and intersectoral articulation, given that this complex social problem impacts public health.*

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

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Mental health. Social vulnerability. Violence.*



## Introdução

*Rio de Janeiro/RJ, terça-feira, 10 de dezembro de 2019, são 6:45 da manhã e o grupo de whatsapp da equipe de trabalhadores de uma das Clínicas de Família da Zona Norte da cidade repercute uma cena de confronto armado no território entre o tráfico local e a polícia militar. Diversas são as preocupações que mobilizam a narrativa daqueles trabalhadores, que vão desde a tomada de decisão relativa ao funcionamento da unidade, a partir dos critérios de avaliação de risco, ao medo pelas diferentes situações de violência vivenciadas. Evidencia-se o medo pela exposição dos profissionais que estão chegando à unidade para iniciar o trabalho; pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que estão entre o fogo cruzado, abaixados em suas casas ou escondidos em alguma viela; pelos vizinhos e/ou familiares que precisam se deslocar do bairro para trabalhar; pelo funcionamento ou fechamento das escolas e creches; acrescentados pelo compartilhamento das cenas de violência através de imagens, áudios e ou/relatos. (registro em diário pessoal enquanto trabalhadora de saúde do município no período de 2018 a 2020).*

Quem trabalha e/ou reside em territórios vulnerabilizados do Rio de Janeiro provavelmente já vivenciou uma cena parecida como a descrita acima. Ela traduz importantes questões, tais como: o setor saúde tem incorporado a complexidade dos territórios no planejamento das ações e na operacionalização do cuidado nos serviços? Quais os impactos da violência armada nos processos de trabalho, no acesso aos equipamentos de saúde e nas condições física e mental dos sujeitos envolvidos? O verbo conflagrado tem contribuído para visibilizar as iniquidades existentes e os enfrentamentos necessários para a mudança dessa condição? Ou tem criado estigma e mantido a hierarquização dos direitos de cidadania?

Ao nosso ver, tais perguntas revelam que a experiência subjetiva de trabalho na Atenção Básica (AB) desnuda como as diversas formas

de violência se sobrepõem e entrelaçam às demandas de cuidado nomeadas como de saúde mental no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse é o nosso horizonte de pesquisa, o elemento que desencadeia nossa problematização.

Abordaremos a dimensão dessa problemática para o campo da saúde coletiva, compreendendo a especificidade desse município, da organização de sua rede, dos processos de vulnerabilização, injustiça social e o dinamismo dos territórios. Compreendemos que se trata de um fenômeno social complexo, que abarca diferentes dimensões que podem ser mais bem compreendidas a partir de uma perspectiva interdisciplinar. Entende-se a abertura interdisciplinar e conceitual como uma exigência da saúde pública diante do desafio de transcender a racionalidade técnico-científica e de responder à complexidade que os problemas de saúde impõem<sup>1</sup>.

Nesse sentido, a proposta do artigo é discutir os impactos da violência na experiência cotidiana e nas condições de vida dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que vivem e trabalham em localidades do espaço urbano designadas como ‘territórios conflagrados’. Refletindo criticamente o uso desta denominação e suas implicações para a criação de um significado social de violência e a prestação de cuidado nesses territórios.

## Metodologia

O material empírico deste artigo é baseado em autoetnografia, ou seja, relatos, observações e experiências transcritas em diário pessoal e que são fruto de experiência de trabalho em áreas de favelas e das questões suscitadas na prática assistencial diária de atuação no SUS, mais especificamente nos serviços da AB localizados na Zona Norte do Rio de Janeiro, no período de 2018 a 2020. Foram as experiências enquanto trabalhadora da saúde e todas as afetações pessoais<sup>2</sup> ali mobilizadas que revelaram, a partir da demanda traduzida por questões de

saúde mental, um contexto no qual havia um entrelaçamento e sobreposição de violências, injustiças sociais e sofrimento. Tais registros foram emoldurados por um olhar de pesquisador servindo como material de reflexão.

Nesse sentido, elegemos como método de pesquisa a autoetnografia, ou seja, um gênero da etnografia e método de pesquisa qualitativo. A autoetnografia é um compilado de informações coletadas pelo pesquisador<sup>3</sup>, trazido das próprias memórias, de diálogos que ocorreram no passado em relação ao estudo dos grupos sociais. É a somatória potente entre o clássico teórico de análise crítica dos textos com a escuta dos sujeitos do qual a pesquisa fala. Escutar o 'outro' gera formas de sínteses simbólicas para compreender as sociedades e até mesmo o comportamento do Estado. Os símbolos que nos caracterizam se retroalimentam e é necessário entender este ciclo, não somente uma das partes<sup>4</sup>. A elaboração analítica sobre a própria experiência passada do pesquisador seria, assim, uma forma de recolher informações, em nosso caso, sobre as relações dos diferentes agentes em suas ocupações, sofrimento mental e desigualdades sociais no cotidiano das suas práticas nas favelas.

Ressalta-se que nas cenas aqui mobilizadas foi preservado o anonimato das pessoas, sendo usado nomes fictícios nos relatos recuperados do campo de trabalho, conforme previsto pela resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510 de abril de 2016.

## **Território e saúde coletiva: entre o conceito e a operacionalização do cuidado no SUS**

Começamos aqui recordando uma experiência de trabalho em unidades da AB, localizadas em um subúrbio da Zona Norte da capital.

*No primeiro dia de trabalho na equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), eu percebi que*

*iria matricular equipes que passavam por dinâmicas territoriais bem distintas. A equipe NASF era responsável pelo apoio de duas Clínicas de Família (CF). A distância entre as duas unidades era de apenas 2 quilômetros. E, mesmo sendo tão próximas, a recepção nos serviços ocorreu de forma distinta. Eu fui orientada a comparecer primeiro na unidade A, local onde a gerente iria me receptionar. A única exigência era o uso do crachá. O uso do crachá pelo profissional é um direito do usuário, mas no território é também uma forma de proteção do trabalhador. Já para unidade B, a orientação era a de não entrar na favela sozinha. Eu deveria avisar assim que saltasse na estação de trem mais próxima e um ACS iria ao me encontro. Na saída da estação de trem nos deparamos com os 'meninos do radinho', uma espécie de olhos do tráfico para mapear possíveis ameaças de outras facções rivais e/ou da segurança pública. Seguindo o caminho até a unidade, cerca de 500 metros, passamos por uma boca que vendia maconha e cocaína. Todos os 'atores', como são nomeados os jovens do tráfico naquela CF, expunham armas de fogo e comunicavam-se pelo rádio transmissor. Mais tarde entendi que o ACS que me receptionou era também uma liderança comunitária. Entrar com ele era uma espécie de ritual de apresentação na favela. (registro em diário pessoal enquanto trabalhadora de saúde do município no período de 2018 a 2020).*

O relato evidencia uma importante dimensão das contradições da cidade: o direito de ir e vir. Os meninos ligados ao tráfico – assim chamados porque, no Brasil, o traficante da favela é, em sua maioria, negro e jovem – têm sua locomoção circunscrita a um espaço extremamente restrito. Não saem da localidade da favela em que sua facção mantém o comando e nem mesmo comparecem à CF quando necessitam de algum acompanhamento em saúde. Nesses casos, a equipe deve prestar os cuidados de forma domiciliar.

Já os moradores e trabalhadores estão submetidos a determinadas regras do território que precisam ser observadas para garantir

sua mobilidade e direito de ir e vir. Convivem e presenciam o mercado ilegal de venda de entorpecentes, associado a outro mercado ilegal, que é o da venda de armas. A presença ostensiva dos fuzis e a iminência do conflito é uma constante, refletindo não apenas no modo cotidiano de organizar a vida, como também trazendo implicações para a saúde das pessoas.

Nesta cena, destaca-se a figura de um líder comunitário, indicado na experiência relatada e pelo lugar de mediação que ele exerce entre trabalhadores da saúde e um equipamento do Estado, moradores e o tráfego. O líder, reconhecido pela população como um morador importante na saúde e no processo de alfabetização de crianças, reúne os requisitos para exercer essa mediação.

Todos esses aspectos contribuem para a compreensão das relações de poder, de solidariedade e de acesso do lugar e, no caso específico da saúde, como inserem-se os equipamentos e dispositivos de atenção no território, como se lida com a segurança dos trabalhadores da saúde e todo impacto nas condições de vida da população envolvida. O que para nós visibiliza a necessidade de avançar nos desafios e potenciais que podem ser abarcados na efetivação das práticas sanitárias a partir da dimensão territorial.

Na prática gerencial e assistencial do SUS, na cidade do Rio de Janeiro, o conceito de território circunscreve áreas de cobertura e planejamento das ESF, definindo a cobertura assistencial das unidades e quais as famílias terão o acompanhamento longitudinal proposto.

Entre esses territórios, denominam-se territórios conflagrados as áreas em que ocorrem disputas armadas pelo poder e controle ilegal local. A questão é tão marcante dessas localidades, que foram criadas estratégias de funcionamento das unidades de saúde da AB de acordo com a magnitude do conflito instaurado, através do protocolo de Acesso Mais Seguro (AMS). O protocolo desenvolvido em conjunto com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha objetiva reduzir a exposição dos

profissionais, dos equipamentos e dos usuários à violência armada<sup>5</sup>.

O plano propõe a constituição de uma equipe interna de profissionais de cada unidade, que passam por uma capacitação realizada por multiplicadores ligados à Coordenadoria Geral de Atenção Primária. A capacitação busca auxiliar os profissionais a construir critérios para determinar a situação de risco do território de acordo com um semáforo de cores verde, amarelo e vermelho. Esses símbolos indicam que, quando a unidade está em verde, o trabalho que implica circular no território pode ocorrer; o amarelo determina sinal de alerta e que apenas ações internas na unidade podem ser realizadas; já o vermelho indica o fechamento ao longo do dia ou mesmo a não abertura do serviço.

Em uma revisão não sistematizada, encontramos a seguinte compreensão de território conflagrado: sem definição<sup>6</sup>; território com a presença da violência armada<sup>7,8</sup>; sob o domínio do tráfego de drogas<sup>9</sup>; com prevalência do ordenamento jurídico criminal<sup>10</sup>; localidade com frágil presença do Estado de Direito, que se evidencia na precarização de serviços públicos e em uma segurança pública que atua constantemente com violência<sup>11</sup>. O Projeto de Lei nº 9.762 de 2018, de autoria do deputado federal Ivan Valente (PSOL), define em seu art.1 §2º territórios conflagrados pela violência uma área caracterizada pelos altos índices de violência, apresentando índices de homicídios superiores à média nacional em mais de 25% e/ou que sejam objeto de operações de segurança resultantes de intervenção federal ou de garantia de lei e ordem.

No entanto, para quem trabalha e vive nesses territórios, restringir a compreensão de um território conflagrado como um território de disputa armada pelo poder local não visibiliza todas as implicações que esse cenário urbano impõe. Da mesma forma, o plano de AMS, não abarca toda a complexidade produzida nos modos de trabalho. Afinal, o que significa trabalhar sob o sinal amarelo? O que significa ter que se esconder, em meio

a um tiroteio, em uma sala de raio-x, pois essa é a sala teoricamente mais segura da unidade?

Vale lembrar que a expansão da ESF na cidade se deu sob a gestão de Organizações Sociais (OS), em unidades containers e, sendo containers, a exposição e risco em um momento de conflito é ainda maior para os profissionais e a população atendida. Nesse contexto, o que significa uma demanda de saúde mental nomeada como transtornos de ansiedade e/ou depressão diante de uma sobreposição de situações de violência e não garantia de direitos que compõem a história da maioria das famílias assistidas? O que significa acordar para trabalhar e ver a descrição de como está o território? Se há tiroteio, se a escola abriu, o posicionamento dos meninos do radinho e das bancas de tráfico de drogas, a presença do caveirão, como é chamado popularmente o carro blindado da Polícia Militar do estado do Rio de Janeiro que entra em favelas para incursões. O que significa mapear situações de violência e não poder acompanhar, encaminhar e até mesmo orientar, pois dependendo da ação poderá gerar riscos a si mesmo ou aos colegas da equipe? Qual o limite ético que profissionais de saúde enfrentam diante destas situações-limites, que significam escolher entre cumprir suas funções ou proteger sua vida e de outras pessoas?

Essas indagações, associadas a outros aspectos observados durante o período de trabalho no Nasf como as equipes incompletas, o adicional de distância para atrair os profissionais médicos, os dias de unidade aberta/fechada e a demanda crescente de cuidado em saúde mental revela parte dos desafios inscritos no problema.

Na prática, o trabalhador do SUS que desenvolve a prestação de cuidados nas favelas convive com o cinismo do Estado presente nessas localidades. Trabalha com uma sensação de enxugar gelo, na medida em que sabem que a melhoria das condições de saúde depende da melhoria das condições de vida. Que o mesmo Estado que propõe uma unidade de saúde, está integrado nas disputas ilegais

de poder, seja via milícia, seja via facções criminosas<sup>12</sup>.

Que o mesmo Estado que propõe cuidado pela via da saúde, propõe o encarceramento e ações desastrosas da segurança pública, como ocorreu na Chacina do Jacarezinho em 2021, desconsiderando a determinação legal do Supremo Tribunal Federal para não realização de operações policiais durante a pandemia do coronavírus. Que o ACS, integrante da equipe ESF e, portanto, agente do Estado, vai precisar sair do trabalho durante uma ação da polícia no território para garantir que sua casa não seja invadida em uma ação militar.

A este respeito, Bourdieu<sup>13</sup> expõe a precariedade enfrentada pelos trabalhadores de serviços públicos essenciais. Para o autor, a contradição colocada entre a precariedade e a manutenção do trabalho para garantia mínima de uma prestação do serviço, revelam dramas sociais vividos muitas vezes como dramas pessoais.

Reconhecemos que a ampliação dos serviços nessas áreas contribuiu para tornar visível injustiças sociais e formas de opressão em uma sociedade que permanece hierarquizando direitos e a condição de cidadania. Assim como que precisamos nos debruçar sobre os desafios que essas invisibilidades colocam para o SUS e apontar caminhos possíveis para a efetiva mudança. Sob esse aspecto, há um conjunto de questões já sinalizadas no debate acadêmico da saúde que merecem ser retomadas, dentre elas o próprio uso do conceito de território.

Uma importante contribuição para a ampliação do entendimento de território veio com os estudos de Milton Santos<sup>14</sup>, ao apontar que o território é construído e desconstruído por relações de poder que envolvem uma gama muito grande de atores que territorializam suas ações com o passar do tempo, sendo uma fração do espaço local articulado ao global e, portanto, formado por lugares contíguos e lugares em rede, no qual coexistem intenções de distintos atores e conflitos. Demonstra que são diversos os processos ocorridos e em constante construção, que estão em estreita relação na constituição de territórios e territorialidades,



sendo esses temporários, permanentes, estáveis e instáveis. Para o autor, o seu uso se dá pela dinâmica dos lugares e gera valores de múltiplas naturezas: culturais, econômicas, sociais, financeiras, dentre outras.

Confluindo com esse avanço, um grupo de sanitaristas do movimento conhecido como Epidemiologia Crítica, que ocorreu na América Latina nas décadas de 1960/70<sup>15</sup>, fez duras críticas à epidemiologia dos fatores de risco e às concepções ecológicas das doenças pela centralidade nos parâmetros estatísticos atrelada aos conceitos biologicistas das doenças, e não consideração pelos processos de determinação social da saúde. Engajados no processo de transformação social, questionam as condições de vida e sociais, os modelos de Estado e a necessidade de arranjos que buscassem enfrentar as desigualdades históricas e estruturais presentes nesses territórios.

Este movimento ganhou vários adeptos na saúde pública brasileira, ajudando a difundir o conceito de ‘espaço geográfico’, em substituição ao ‘espaço geométrico’ tradicionalmente utilizado pela epidemiologia<sup>15</sup>. A adoção do conceito de Espaço Geográfico na saúde pública, tomada do autor Milton Santos, vem, portanto, do desejo de transformação social e da necessidade de demonstrar os efeitos danosos da desigualdade social na saúde das populações. Essa confluência constituiu um novo arcabouço político e epistêmico para a definição de território.

No Brasil, a saúde coletiva incorpora o conceito de território em seus marcos normativos e nas proposições de políticas desde a constituição do SUS. No entanto, nos desenhos de gestão e na prática de cuidado, observamos uma ênfase na compreensão de território enquanto um mapa frio, definido como áreas de adscrição por abrangência de equipamentos e carteira de serviços. Corroborando com essa afirmativa, diversos estudos partem da problemática do uso desses termos dentro do campo da saúde pública, o que vem ocorrendo sem muita preocupação com a definição que foi dada pela ciência que o originou<sup>15-18</sup>.

Dessa forma, conhecer a cultura, os signos e as marcas históricas do local, aliado ao cotidiano e as vivências singulares de cada usuário apresentam-se como fundamentais para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde. É imprescindível que os formuladores e operadores de saúde questionem se sua abordagem do e no território estão produzindo inserção, autonomia ou institucionalização e coerção da vida nas práticas de cuidado. Como coloca Gondim et al.<sup>19</sup>, é preciso reconhecer processos e territorialidades, que muitas vezes transgridem os limites impostos por atores determinados.

Monken et al.<sup>15</sup> assinalam que

A busca de novos paradigmas para o campo da saúde coletiva deve ser acompanhada pelo desenvolvimento de métodos que articulem os níveis do indivíduo e das coletividades<sup>15(905)</sup>.

Apontando a necessidade de incorporação de instrumentos que incluam a dimensão da categoria ‘lugar’ na identificação de situações-problema para a saúde.

Cunha et al.<sup>20</sup> apontam um desencontro entre o território vivo e sua dinâmica, e o território adscrito na AB destacando dois constrangimentos. O primeiro, relacionado a não incorporação do saber e experiência de vida dos moradores, com predomínio de uma visão pautada no paradigma da medicina ocidental clássica; e o segundo, aos processos de trabalho nos equipamentos sanitários, que não permitem a operacionalização na prática de fundamentos e diretrizes da AB, como a intersectorialidade, a humanização e a educação permanente.

A intervenção sobre espaços e populações constitui, como aponta Foucault<sup>21</sup>, em formas preponderantes de manifestação do poder sobre a vida e a morte ao longo da história, como o poder do soberano, o poder disciplinar e o biopoder. A evolução das ciências médicas e das pesquisas envolvendo o corpo humano desembocaram em significativas questões e reflexões sobre o ‘fazer viver e deixar morrer’

e questões éticas que envolvem o controle e o poder médico sobre as populações.

Mbembe<sup>22</sup> traça um paralelo entre a biopolítica de Foucault e o paradigma do Estado de Exceção demarcado por Agamben, apontando a importância do conhecimento produzido pelos dois autores, mas também os seus limites para a compreensão sobre “fazer viver e deixar morrer” na contemporaneidade. Partindo da chave de análise do que se operacionalizou nos Estados escravistas e em regimes coloniais contemporâneos, denuncia a ausência da liberdade, expressões de terror, perda do lar, direitos ao corpo e do estatuto político. Dessa forma, reconhece o racismo como modelo exemplar do que ele chama “tecnologia destinada ao exercício do biopoder”<sup>22(18)</sup>.

Assim como, que os usos indiscriminados de armas de fogo entre populações operam processos de conflitos e destruição a fim de sistematizar as “novas formas de existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o estatuto de ‘mortos-vivos’”<sup>22(71)</sup>.

Partindo das reflexões trazidas pela cena e pelos autores citados, chamamos a atenção para o fato de que há ainda um caminho a ser trilhado na aplicação prática do conceito de território e em seu potencial para a organização e práticas de saúde que visem a efetiva mudança nas iniquidades existentes. É possível operacionalizar de fato propostas mais amplas do que a de território político administrativo, conferindo-lhe maior densidade teórico-metodológica-assistencial nas práticas e perspectivas de cuidado e na sua interface com outros setores que se relacionam com a questão da violência e seus impactos na saúde mental dos indivíduos.

Com vistas a essa ampliação, problematizamos o uso que tem sido feito do adjetivo ‘conflagrado’ na definição dos territórios ao ser associado, pelos meios de comunicação em massa e incorporados por grande parte da sociedade, a uma guerra às drogas e contra a criminalidade, reduzindo essas populações a um único modo de vida. Nos jornais e noticiários,

observamos a invisibilidade dos impactos dos conflitos armados na vida e morte dos sujeitos envolvidos e todas as formas de resistência e vida que estão presentes nesses territórios, em contraponto à ênfase dos resultados das apreensões de drogas, dinheiro e armas.

Dessa forma, propomos uma compreensão de território conflagrado que inclua os processos que se desenvolvem nestas localidades e a sobreposição de violências, abrangendo as produzidas por políticas e agentes públicos e não somente as relacionadas aos ilegalismos. Conflagrado indica, portanto, a sobreposição de formas de violência, que só podem ser compreendidas no âmbito da produção e reprodução do capitalismo e sua forma política, que operam definindo limites à vida e produzindo mortes. A vida no território conflagrado se dá no limite da morte. Porque se morre a qualquer momento de bala perdida, corpos desaparecem e vítimas são obrigadas a provarem que não são culpadas.

Estudos têm apontado parte desses impactos na saúde. Gonçalves et al.<sup>23</sup> indicam que a violência urbana, seja nos territórios ou dentro dos espaços institucionais, produz efeitos negativos para a saúde pública, seja como fator de agravo à população, ou como barreira de acesso aos serviços. Impactando direta ou indiretamente a saúde das populações mais gravemente afetadas e provocando efeitos nos processos de trabalho<sup>24,25</sup>, principalmente da ESF, que tem sua prática assistencial pautada na territorialização das ações em saúde. Mari, Mello e Figueira<sup>26</sup> assinalam indícios de alta prevalência de transtornos mentais associados a eventos traumáticos nas grandes cidades. Soma-se a essas evidências o fato de que, no Brasil, a violência afeta a população de modo desigual, gerando riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social<sup>27</sup>.

As falas abaixo, registradas durante o trabalho na AB em favelas da Zona Norte, exemplificam parte desses efeitos:

*A mudança de unidade ocorreu após afastamento do trabalho de três meses. Ali eu adoeci, tive várias crises de fibromialgia, perdi cerca de 10 quilos. Os conflitos armados eram frequentes no território e a*

*avaliação de risco era feita apenas por uma pessoa, que era considerada um líder comunitário, mas não era trabalhador da unidade. Frequentemente ficávamos em meio ao tiroteio. Mas a pior cena, foi ver uma pessoa sendo executada por um fuzil há menos de cinco metros de distância. Ali, eu desabei.*

*Eu gastei oito anos para parar de sentir o cheiro do micro-ondas. Chegar na unidade e sentir o cheiro dos corpos que foram incinerados marcou a minha experiência na estratégia. Eu desenvolvi transtorno de ansiedade e precisei ser trocada de unidade. (registros em diário pessoal enquanto trabalhadora de saúde do município no período de 2018 a 2020).*

Apesar das evidências sobre a produção de sofrimento psíquico, do aumento da taxa de mortalidade, do encarceramento, da interrupção de serviços públicos, poucos são os enfrentamentos para a mudança dessa condição de sobreposição de violências nas populações. Nesse sentido, propomos uma discussão que incorpore os processos de determinação dos conflitos e das condições de vida nesses lugares. Esses enfrentamentos são necessários para que se possa alcançar uma mudança efetiva na vida dos moradores de favelas. Para que eles possam viver e não sobreviver.

Compreendemos que, na análise destes conflitos e da forma como os moradores e trabalhadores do território experimentam este processo, o prisma da interseccionalidade traz uma ferramenta importante para explicar como as categorias de raça, classe, gênero, idade, estatuto de cidadania e outras posicionam as pessoas de maneira diferente no mundo. Estabelecendo canais de sucesso ou marginalização dos sujeitos e parcelas da população a partir de domínios de poder<sup>28</sup>.

Ao pensar a favela nessa cidade podemos pensar que as disputas sob o controle do território abarcam três domínios de poder distintos, porém interconectados: o do tráfico, o da polícia e o da milícia. Disputas essas que reverberam em domínios estruturais de poder

da sociedade brasileira, como as condições de moradia, o acesso à educação e a saúde nas favelas. E ao domínio cultural, como, por exemplo, o papel da mídia, que fabrica e dissemina narrativas de diferenciação do valor da vida de quem reside em favelas. Encontramos em Zaluar e Pereira<sup>29</sup> trechos do *Jornal do Brasil* (1900) e da *Revista Renascença* (1905) que demonstram como já no início do século XX os morros da cidade eram vistos por setores da população e pela polícia como locais perigosos, refúgio de criminosos. Os autores também revelam que o primeiro censo de favelas da capital, realizado em 1948, escancara o racismo em um documento oficial ao apontar que os pretos e pardos prevalecem nas favelas por serem “hereditariamente atrasados, desprovidos de ambição e mal ajustados às exigências sociais modernas”<sup>29(56)</sup>.

## **Atenção Básica e o cuidado em saúde mental em territórios urbanos violentos**

*Em julho de 2018, Renata, 45 anos, casada e mãe de dois filhos compareceu como demanda espontânea à ESF em crise e foi acolhida pela Terapeuta Ocupacional da equipe do NASF. Apresentava-se chorosa, com pensamento confuso, voz trêmula e ideiação suicida. Estava há dias sem conciliar bem o sono, a alimentação e com dificuldades de manter-se no trabalho. Havia perdido o filho primogênito, de 25 anos, que fora assassinado pelo tráfico quatro semanas antes. O filho foi esquartejado por trocar mensagens no celular com a namorada de um dos chefes do tráfico local. O velório não pode ser realizado porque o corpo não foi encontrado. Renata justificava: ‘Ele era trabalhador, um bom rapaz, só gostava de namorar’. A denúncia de corpo desaparecido ao sistema de justiça não pode ser feita pelo medo que a família tinha de represálias do tráfico.*

*Nos atendimentos individuais que se seguiram outras violências apareceram. Renata foi estuprada por um desconhecido, aos 24 anos de idade, quando estava a caminho de uma entrevista de emprego. A primeira pessoa que ela contou foi uma amiga, que a culpou por ela ter se colocado em uma situação de risco (sic). Diante da reação da amiga, ela decidiu calar-se. Meses depois ela procurou ajuda de um médico, pois não conseguia ter relações sexuais com o marido. A orientação do mesmo foi que ela passasse a praticar sexo anal. Renata sente-se mal pela orientação médica e cala-se, retomando o episódio 25 anos depois, nos atendimentos realizados na ESF.*

*Ao longo do ano de 2019 toda a equipe NASF da unidade foi desfeita, a equipe de ACS foi reduzida e vários profissionais foram demitidos e/ou não aceitaram a nova proposta de trabalho com redução significativa de salário. Renata foi encaminhada para atendimento na atenção secundária, mas sem previsão de vaga para continuidade de acompanhamento em saúde mental. (registro em diário pessoal enquanto trabalhadora de saúde do município no período de 2018 a 2020).*

A narrativa acima desnuda uma sobreposição de violências sofridas por Renata, associadas aos processos de vulnerabilização que perpassam o seu território de moradia, as violências de gênero e a reprodução da não garantia de direitos de cidadania a grande parte da população brasileira. Renata não pôde denunciar o desaparecimento do filho e nem falar sobre isso com seus familiares e vizinhos. Não recorre ao que seria direito garantido pelo Estado porque esse mesmo Estado não lhe garante os seus direitos. Infelizmente, esse relato é uma representação das diversas formas de opressão a que estão sujeitos os moradores de territórios conflagrados. Territórios carregados pelo estigma do crime, estigma que deslegitima a fala de seus moradores.

Machado<sup>30</sup> desenvolve o conceito de sociabilidade violenta, apontando que os favelados vivem sob um triplo cerco: o dos traficantes que mantém o domínio do território; o da polícia, que tem ‘permissão para matar’ suspeitos, e

a mentalidade de setores da população que erguem muros simbólicos de desinteresse, inviabilizando uma questão coletiva e circunscrevendo a um problema particular. Na investigação realizada pelo autor, os depoimentos revelam o silenciamento, aniquilamento dos sujeitos, um cotidiano em que a violência é esperada e o esforço é o de seguir em frente.

Minayo<sup>25</sup> aponta a violência como uma temática complexa, polissêmica e controversa que afeta a área da saúde ao acarretar lesões, traumas e mortes físicas e emocionais. A autora busca sua conceituação do fenômeno da violência a partir da produção do campo sociológico, retomando autores como Pascal e Hannah Arendt, ao situar a violência como uma manifestação causada por outros processos, sendo capaz de dramatizar causas. Traduz a existência de problemas sociais, evidenciando conflitos de autoridade, lutas pelo poder e domínio, posse e/ou aniquilamento do outro ou de seus bens.

Recorremos à proposição de Das et al.<sup>31</sup> de “margem do Estado” para a compreensão das reproduções de poder, violência e não garantia de direitos pensando nas áreas de favelas. As autoras propõem três dimensões: 1) periferias habitadas por pessoas tidas como insuficientemente socializadas de acordo com as leis e a ordem vigentes; 2) lugares onde os direitos podem ser violados através de dinâmicas distintas de interação das pessoas com documentos, práticas e palavras do Estado; e 3) um espaço localizado entre corpos, leis e disciplina<sup>31(8-10)</sup>. O salto teórico das autoras é o de pensar o Estado a partir de suas próprias margens, não reproduzindo os equívocos de estudos que entendem os espaços onde se localizam as favelas como resultados de uma atuação falha dos organismos estatais.

Em todos os sentidos acima, a margem deve ser compreendida em uma perspectiva relacional. Ou seja, a margem não significa fora do Estado ou a parte da sociedade. As favelas são parte de nossa organização política e societal, tendo um papel importante na acumulação capitalista e na forma política

que a sustenta. Os seus moradores, em estado de vulnerabilização, produzem uma mão-de-obra barata, acessível e descartável. São ainda consumidores de produtos, mobilizadores de uma economia de escala volátil que geram custos sociais mínimos para o capital e para o Estado, garantindo um mínimo de renda para um consumo e transferência de recursos para o circuito principal.

É uma parcela da população incluída no circuito inferior da economia, sem qualquer proteção, sem respeito às suas vidas. Como salienta Sabroza<sup>32</sup>, são inseridos, inseguros e irados, apresentam baixa incorporação nas inovações técnico-científicas e não têm garantida a segurança social. Produzem uma nova segmentação da população urbana: os vulneráveis, que estão integrados ao circuito inferior e inseguro do capitalismo; e os excluídos, com dificuldades de conseguir alguma fonte de renda e perda da condição de cidadão.

Estes territórios vulnerabilizados, percebidos como lugar de violência, são parte integrante da estrutura e dinâmica de uma forma política de Estado, onde regulação, controle e opressão tem um lugar fundamental. Portanto, eles são marcados por uma forma de atuação do Estado, e não por sua ausência. Como muitos ativistas de favelas destacam, o Estado está na favela sim, está com a intervenção armada, com serviços públicos precarizados.

Retomando Mbembe<sup>33</sup>, esse modo de operar evidencia a 'necropolítica', ou seja, práticas de Estado que ao invés de produzir vida produzem morte, sendo o racismo elemento crucial para sua compreensão. A partir dessa discussão, denuncia a hierarquização sobre a cidadania, a vida e a morte transfigurando o elemento da hierarquização entre o Norte e o Sul global.

Essa hierarquização é reproduzida dentro do espaço urbano de metrópoles do Sul, como, por exemplo, nas favelas cariocas. Ali enxergamos o necropoder, espetacularizado pela mídia nacional sob a justificativa de guerra às drogas. A autorização para extinguir o 'bandido' é dada de maneira tácita pelo Estado, que identifica o traficante de drogas nas favelas e sujeita um

corpo negro – dos traficantes e dos moradores, entrelaçando injustiças de gênero, raça e classe, ao construir minorias descartáveis.

O que aprofunda a discussão nas favelas é que a não garantia de direitos individuais acontece sem a deflagração de um Estado de Exceção<sup>34</sup>. Ou seja, algumas populações e territórios não conseguem ter assegurado o que a constituição garante. Isso vem sendo denunciado constantemente e permanece não chocando. Pessoas são assassinadas: 111 tiros foram disparados contra 5 corpos de jovens negros, que comemoravam o primeiro emprego, na chacina de Costa Barros/RJ. Cotidianamente denúncias são feitas e fica a pergunta: Por que essa sobreposição de violações dos direitos fundamentais não se tornam uma questão a ser enfrentada?

A resposta ecoa nos corpos que podem morrer, nas não garantias de direito que permitem matar, nas vidas que não valem a pena. Para o Estado, é apenas uma vida descartável. Mas para quem vive nesses territórios e/ou trabalha em um cotidiano imerso em sobreposições de violência isso desnuda invisibilidades, sofrimentos, situações iníquas de saúde. Nesse sentido, podemos pensar que o trabalhador, mesmo o que reside em outras áreas da cidade, também é margem.

Abarcando o avanço teórico dos autores, compreendemos que o adjetivo conflagrado indica uma sobreposição de violências inscritas nestes territórios, resultante de processos complexos associados à reprodução do capitalismo e suas formas políticas; a produção da favela enquanto margem do Estado<sup>31</sup>, a disputa armada pelo poder do comércio de drogas ilegais ligadas ao narcotráfico, sendo esse um desdobramento da chamada Guerra às Drogas; às políticas constituídas para o exercício do necropoder<sup>33</sup>.

## Considerações finais

Os relatos e as cenas descritas trazem à tona parte do impacto da violência contínua em territórios conflagrados nas condições de vida e

saúde da população, principalmente das pessoas que vivem e trabalham em favelas. A repetição dessas narrativas que reaparecem como demandas de cuidado em saúde na ESF e são, muitas vezes invisibilizadas e não registradas nas estatísticas, demonstram a necessidade de refletirmos sobre como nos mantemos ainda subjugados e presos em uma lógica colonial e patriarcal, que reinventa constantemente novas formas de controle, poder e morte das minorias.

Os fios cruzados dessas histórias, associados às relações de poder do território, desnudam o descompasso entre a consolidação democrática e a garantia de direitos básicos, sociais e civis, ao manter injustiças interseccionadas no tripé classe, raça e gênero. Essas vidas denunciam um dos nós da sociedade brasileira: a produção de uma cidadania hierarquizada que permanece impedindo a universalização de direitos e a proliferação de espaços de violência, espaços institucionais, territoriais e sociais.

Buscamos refletir sobre a utilização do conceito de território na saúde, considerando a dinamicidade necessária às práticas de cuidado no espaço onde a vida acontece. Tomando como lugar de análise territórios urbanos conflagrados e equipamentos da AB, torna-se imperativa a análise crítica sobre as condições de vida e saúde das coletividades que vivenciam experiências cotidianas de violência e não garantia de direitos sob uma perspectiva interdisciplinar e dialógica.

Refletimos sobre um dos desafios atuais do espaço urbano brasileiro: viver e trabalhar em

territórios conflagrados; buscando aprofundar em outros aspectos dessa dimensão, como as diversas formas de violência narradas ao longo do texto, seus impactos nas necessidades de saúde e na construção do cuidado. Esse desafio aponta para a necessidade de enfrentamentos políticos, sociais e de saúde pública, que combinam questões históricas nunca superadas, como o racismo e a guerra às drogas, a questões essencialmente conjunturais, como a crise da saúde pública. O acirramento das desigualdades, do sofrimento, da desassistência e a reprodução de mortes evitáveis, que mantém vulnerabilidades entre territórios e grupos, de acordo com a raça, gênero e condições socioeconômicas, precisam ser objeto de estudos e enfrentamento entre as diversas áreas do conhecimento e a sociedade. É preciso se pensar em uma transformação efetiva com vistas à garantia de direitos das populações que se encontram às margens do Estado.

## Colaboradoras

Costa VC (0000-0002-5519-3570)\* contribuiu para concepção, planejamento e análise do manuscrito; elaboração da revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final. Baptista TWF (0000-0002-3445-2027)\* e Cunha MB (0000-0001-7509-9138)\* contribuíram para concepção, análise e revisão do artigo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Gomes R, Deslandes SM. Interdisciplinaridade em Saúde Pública: um campo em construção. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 1994; 2(2):103-114.
2. Favret-Saada J. Ser afetado. *Cad. Campo*. 2005; (13):155-161.
3. Fiore M. Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos [tese]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas; 2012. 254 p.
4. Santos SMA. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. *Plural*. 2017; 24(1):214-241.
5. Comitê Internacional da Cruz Vermelha. Programa Acesso Mais Seguro. [acesso em 2021 set 2]. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro>.
6. Medeiros CS, Silva IS, Ferreira JVG. Nós por nós mesmo um relato de experiência decolonial em educação no Complexo da Maré. *Periferia*. 2021; 13(1):346-362.
7. Gallo EA. Educação patrimonial em contexto periférico: Preservação da igreja de São Daniel em Mangueiras/RJ. *Periferia*. 2020; 12(2):134-155.
8. Cezar CCM. Estratégia de Saúde da Família em território conflagrado pela violência armada: o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016. 104 p.
9. Broide J. Adolescência e Violência: criação de dispositivos clínicos no território conflagrado das periferias. *Rev. psicol. política*. 2010; 10(19):95-106.
10. Pereira ERN. Gestão escolar em territórios conflagrados: efeitos sobre a cultura profissional de diretores de escolas de São Paulo. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018. 436 p.
11. Krenzinger M, Farias P, Morgado R, et al. Violência de gênero e desigualdade racial em uma pesquisa com mulheres do território conflagrado do conjunto de favelas da Maré/Rio de Janeiro. *Rev. Trab. Necessário*. 2021; 19(38):266-289.
12. Zaluar A, Conceição IS. Favelas sob o controle das Milícias no Rio de Janeiro- que paz? *Rev. São Paulo em Persp*. 2001; 21(2):89-101.
13. Bourdieu P. *Miséria do Mundo*. Petrópolis: Vozes; 1997.
14. Santos M. O retorno do território. In: Santos M, Souza MAA, Silveira ML, organizadores. *Território, Globalização e Fragmentação*. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 15-20.
15. Monken M, Peiter P, Barcellos C, et al. O território na saúde: construindo referências para análises de saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.
16. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3):898-906.
17. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. educ. saúde*. 2010; 8(3):387-406.
18. Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, et al. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2022 out 13]; 32(9):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mhkpNm87vhrXYBWKzy7psjy/?lang=pt>.
19. Gondim GMM, Monken M, Iñiguez L, et al. O território da saúde: Organização do sistema de saúde e territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-255.

20. Cunha MB, Pivetta F, Porto MFS, et al. Vigilância Popular em Saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: Botelho BO, Vasconcelos EM, Prado EV, Cruz PJS. Educação Popular em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 79-101.
21. Foucault M. Microfísica do Poder. 24. ed. São Paulo: Graal; 2007.
22. Mbembe A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 edições; 2018.
23. Gonçalves HCB, Queiroz MR, Delgado PG. Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda? *Fractal: Rev Psicol.* 2017; 29(1):17-23.
24. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública.* 1994; 10(1):07-18.
25. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
26. Mari JJ, Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Rev. Bras. Psiquiatria.* 2008; 30(3):183-184.
27. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006; (11):1211-1222.
28. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2020.
29. Zaluar AM, Pereira MA. Um século de favela. Rio de Janeiro: FGV; 2014.
30. Machado LAS. Vida sob Cerco. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.
31. Das V, Poole D. Anthropology in the margins of the State. New Delhi: Oxford University Press; 2004.
32. Sabroza PC. Concepções sobre Saúde e Doença. Curso de Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: ENSP- Fiocruz; 2004.
33. Mbembe A. Necropolítica. *Rev. Art. Ens.* 2016; (32):122-151.
34. Agambem G. Estado de Exceção. São Paulo: Boitempo; 2008.

---

Recebido em 31/10/2021  
Aprovado em 29/07/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Humanization of birth, women's empowerment, and midwives' actions and knowledge: experiences from Quebec and Chile

*A humanização do nascimento, o empoderamento das mulheres e a reapropriação de ações e conhecimentos das parteiras: experiências do Québec e do Chile*

Raymonde Gagnon<sup>1</sup>, Paulina López Orellana<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213503

**ABSTRACT** Whether in pre-pregnancy, pregnancy, birth and/or the postnatal and neonatal periods, midwives' practices are underpinned by humanism. However, in this era of postmodernity, there is an ever-growing need for rehumanization. This article adopts an auto-ethnographic approach in order to undertake a reflective analysis on the humanization of birth based on the practice of midwifery in two different contexts, namely Quebec (Canada) and Chile. In light of the evolution of the profession in these two countries, and the influence of health policies and social movements, there are factors such as the systematic use of technology and the hypermedicalization of reproductive processes which are maintaining women's ignorance and keeping them from being able to participate in their maternity process. Women's autonomy and empowerment become a key element for their participation in decisions regarding their maternity, assistance methods, or type of care. Concurrently, midwives' autonomy is a prerequisite for fully exercising their role in supporting and assisting women in this re-appropriation of their power by means of a comprehensive approach that takes into account psychological and social aspects as well as biomedical ones.

**KEYWORDS** Humanizing childbirth. Midwife. Empowerment. Medicalization. Quebec. Chile.

**RESUMO** Seja na pré-gravidez, na gravidez, no nascimento, seja nos períodos pós-natal e neonatal, as práticas das parteiras são sustentadas pelo humanismo. Entretanto, na atual era de pós-modernidade, há uma necessidade cada vez maior de rehumanização. Este artigo adota uma abordagem autoetnográfica, a fim de realizar análise reflexiva sobre a humanização do nascimento baseada na prática da obstetrícia em dois contextos diferentes: Quebec (Canadá) e Chile. À luz da evolução da profissão nestes dois países e da influência das políticas de saúde e dos movimentos sociais, existem fatores, como o uso sistemático da tecnologia e a hipermedicalização dos processos reprodutivos, que estão mantendo as mulheres desinformadas e impedindo-as de participar de seu processo de maternidade. A autonomia e o empoderamento das mulheres tornam-se um elemento-chave para sua participação nas decisões relativas à sua maternidade, métodos de assistência ou tipo de cuidado. Ao mesmo tempo, a autonomia das parteiras é um requisito para o pleno exercício de seu papel de apoio e assistência às mulheres nesta reapropriação de seu poder, por meio de uma abordagem abrangente, que leve em conta tanto aspectos psicológicos e sociais quanto biomédicos.

**PALAVRAS-CHAVE** Humanização do parto. Parteira. Empoderamento. Medicalização. Quebec. Chile.

<sup>1</sup>Université du Québec à Trois-Rivières - Quebec, Canada.

raymonde.gagnon@uqtr.ca

<sup>2</sup>Universidad de Valparaíso - Valparaíso, Chile.



## Introduction

The humanization of birth is a concept that became widespread in the early 2000s following an international conference on the subject held in Brazil and bringing together 26 countries. The concept of humanization refers to a process of communication and caring between people that leads to personal transformation, an understanding of the fundamental meaning of life, a feeling of compassion and oneness with the universe, spirit, nature, as well as with others in our families, communities, countries and the larger human family in continuity with past and future generations<sup>1</sup>. It applies to all aspects of health care and especially to childbirth, since it has an influence on life and is a key to sustainable social development. Humanization is an important means of supporting and strengthening individuals and groups in order to have a fulfilling life. Humanizing birth involves, among other things, giving support and comfort to women, and has been seen as a way to help eliminate the fear of pregnancy and childbirth that has developed in the postmodern world<sup>2,3</sup>.

Twenty years later, there continues to be a need to re-humanize. This need concerns obstetric and perinatal practice in all its facets, whether during pre-pregnancy, pregnancy, birth or care for mothers and newborns. Women's fears are growing<sup>4,5</sup>, and to varying degrees, studies are highlighting pervasive obstetric violence in care during the maternity process<sup>6,7</sup>. Around the world, many women experience disrespectful treatment and abuse during birth in health facilities<sup>8</sup>. According to the World Health Organization (WHO), the humanization of birth remains an important concern. The WHO promotes this concept as a guiding value that all countries should uphold and apply, recognizing that a positive childbirth experience is important for all women. The WHO<sup>9(10)</sup> defines a positive childbirth experience as:

one that fulfils or exceeds a woman's prior personal and sociocultural beliefs and expectations, including giving birth to a healthy baby

in a clinically and psychologically safe environment with continuity of practical and emotional support from a birth companion(s) and kind, technically competent clinical staff. It is based on the premise that most women want a physiological labour and birth, and to have a sense of personal achievement and control through involvement in decision-making, even when medical interventions are needed or wanted.

Midwives unquestionably have an important role to play in the humanization of these events. Evidence and reports from international forums in favour of midwives have only proliferated over the past decade. Midwives' assistance facilitates positive birth experiences for mothers and improved health outcomes<sup>10,11</sup>. However, a challenge for the humanization of childbirth is hypermedicalization, which remains a significant barrier as it increases in pace with the growing pervasiveness of technology and interferes with representations of the processes surrounding birth, both for caregivers and women, and with the relationships they form<sup>12</sup>.

An analysis of the different practice contexts should shed light on the main challenges that midwives face in providing quality support in order to enable women to have a positive experience of maternity.

The purpose of this article is to bring to light the evolution of the profession of midwife in Quebec and Chile in order to identify proposals that might enable them to fully exercise their role in a context where a return to humanism and respect for women is becoming a global need.

## Methodology

The critical analysis presented here is mainly based on the experiential knowledge of the authors, who are midwives themselves and have held various professional positions and worked in organizations aimed at improving care for women and their families in their respective countries. The auto-ethnographic

approach is a recognized method that allows for combining theoretical analysis and empirical research by focusing on the experiences of people directly involved in phenomena in order to better grasp the social practices associated with them in society<sup>13</sup>. From the perspective of a pragmatic constructivist paradigm, research legitimizes knowledge through reflective work<sup>14</sup>. This approach, drawing on knowledge arising from experience in a professional setting, focuses on understanding cultural experience<sup>15</sup> and reporting on the experience of one's own group<sup>16</sup>. The comparative ethnographic approach helps illuminate contextual dimensions and better understand how they contribute to shaping a professional identity as it appears to us. The present reflection is based on publications on this topic and on the authors' research in the field of midwifery, and suggests areas of convergence and divergence across the two contexts.

## History and evolution of the midwifery profession in Chile and Quebec

Chile is one of the very first countries where midwifery has been professionally established in America, while Canada, including Quebec, has only recently legally recognized the profession.

The university training of midwives in Chile developed under the influence of public policies. The first midwifery school in Chile was inaugurated in 1834 at the University of Chile Faculty of Medicine with the aim of reducing maternal and infant mortality. Later, in 1913, with the recognition of newborn care up to 28 days of life, these schools were named Schools of Obstetrics and Child Care. As the profession spread to rural areas, the Chilean government prohibited the practice of empirical midwives. It is estimated that this practice died out in the first half of the 20th century<sup>17</sup>.

Since its inception, the profession has served the health goals of the country and, as a result, it is the state that has provided training and employment for Chilean midwives. Until the 1970s, the scope of practice of Chilean midwives was limited to the health of the mother-child pair. However, major socio-demographic and socio-cultural changes have contributed to expanding this professional role through universal access to sexual and reproductive health programs, at all stages of women's reproductive cycle. Nevertheless, since the 1980s, the privatization of the health sector has restricted the full exercise of their competencies. Thus, in private clinics, deliveries are performed by doctors. In parallel with the hyper-medicalization of obstetric practice, the community sector has gradually been reduced and liberal practice remains limited. Since 2006, ministerial standards have tended to strengthen the humanization of birth and to restore a more active role for midwives in hospitals. This trend should also encourage greater independent private practice, including home birth.

In Chile, the Sanitary Code regulates the practice of midwifery while the Order of Midwives (created in 1962) is primarily mandated with guaranteeing the proper practice of the profession, but also defending it. Importantly, under the military dictatorship (1973–1989), all professional orders lost the powers to guarantee professional ethics, and being on the roll was no longer a requirement in order to practice. They have still not recovered these powers – a fact that has considerably weakened the bond between midwives and the advocacy efforts of the professional order. Today, according to the records of the National Order, 8,000 out of the country's 14,500 midwives belong to the order.

As Chile is a highly centralized country, the practice of midwifery spread homogeneously. Currently, midwives are distributed across all 16 regions of the country and are responsible for normal deliveries in all public maternity services. Despite this, Chilean

midwives' participation in assisted birth has only dropped, from 75.5% in 1991 to 48.4% in 2017, while medical intervention during pregnancy, labour and birth has only increased<sup>18</sup>.

In Quebec (Canada), at the beginning of the colony, in the 1600s, midwives from France came to practice in what was then called New France. With the creation of the Corporation des médecins in 1847 and rising numbers of doctors, midwives were first controlled and then excluded, and almost disappeared altogether<sup>19</sup>. In the late 1970s there emerged a social movement criticizing the medicalization surrounding birth. Groups strongly called for the humanization of birth, women's empowerment, and the reappropriation of related actions and knowledge. It was in this context that the practice of midwives resurfaced, initially in the form of pilot projects in 1990<sup>20</sup>. Following the success of this experiment, the Government of Québec legalized the profession in 1999 by creating a professional order of midwives, and integrated them into the public health network, as front-line professionals<sup>21</sup>. A university training program was also launched in 1999.

Quebec is one of Canada's 10 provinces, from which it differs in important respects: It is the only French-speaking province, and has its own distinct culture. The laws governing professional orders and state jurisdiction over health services also differ. The scope of practice is determined by the Midwives Act, which covers pregnancy, birth and normal postnatal care up to six weeks of life. Situations involving consultation and transfer of care to a doctor are governed by a specific regulation<sup>22</sup>. Otherwise, the woman and the newborn remain under the sole care of the midwife. Each midwife must be a member of the Ordre des sages-femmes in order to practice. The mandate of the order is to protect the public and to promote the development of the profession. The order regulates practice through admission, professional inspection, disciplinary measures in the event of breaches of the code of conduct, continuing education, and

control of illegal practice<sup>23</sup>. The Midwives Act has thus enabled real professional autonomy.

The province currently has 262 active midwives. Midwives have also formed an association with the mandate of upholding the professional, economic and social interests of its members<sup>24</sup>.

All midwives work under contract in public health centers. A council of midwives established in each of these centers is responsible for generally monitoring and assessing the quality and relevance of the acts performed, while ensuring an appropriate distribution of services<sup>25</sup>.

Any woman with a midwife can choose the place of birth, namely a birth center (chosen by 80–85% of women), a hospital (chosen by 2–3%) or at home (chosen by 15–20%). The services are covered by the Quebec public health insurance plan<sup>26</sup>.

In Quebec, of the 85,000 births that take place each year, only 4.5% are currently performed with midwives. To reduce this gap, a government development plan has been established to expand the proportion of midwifery services to at least 10% of women for all regions of Quebec<sup>24,26</sup>.

## Midwifery practice and its relationship to the humanization of birth

The humanization of birth is a central concern for midwifery in Quebec. This concern was a result of the *Accoucher ou se faire accoucher* symposia organized in 1980 by the Association de santé publique du Québec, in all regions of Quebec, which allowed women and families to make their voices heard and to demand the humanization of birth, the creation of birth centers, and the legalization of the profession of midwife<sup>20</sup>. Thus, the practice was able to develop under a different paradigm in response to women's demand to humanize birth and to reappropriate their experience of maternity.

As Chile is a highly centralized country, the practice of midwifery spread homogeneously and in accordance with protocols in medical teams, especially for childbirth assistance and newborn care.

The risk approach introduced in obstetric and perinatal standards has gradually translated into 'zero tolerance' toward risk. Obstetricians have been given a very prominent role in procedures such as caesarean sections, and therefore childbirth inductions have, in some cases, become systematic. In this context, midwives have gradually faded from the scene and been estranged from their professional role as supportive figures who protect and ensure their natural physiological processes during childbirth and birth. Today, some growing feminist movements associate the image of the midwife with the violence exerted by obstetric teams. In light of these movements, the debate is progressing and one bill against obstetric violence considers that each woman should be accompanied by a midwife during labour and childbirth.

It is worth noting that, apart from hospitals and private clinics, midwives in community clinics with a more preventive role, applying the principles of monitoring and continuity of care even at home and having an educational role in the school community, are less exposed to criticism from the female population.

## Women's empowerment and professional autonomy

Analysis of our experience reveals that in order to promote autonomy in maternity, midwives must have a woman-centered practice guided by a comprehensive approach that takes into account psychological and social aspects as well as biomedical ones. This can only be achieved by establishing a genuine professional relationship characterized by active listening and respect toward women.

In Quebec, this means a relationship of mutual trust where each woman and midwife can trust the other. The midwife brings her professional

knowledge and skills to the relationship, while the woman contributes her knowledge of herself and her feelings. Support holds a key place in follow-ups. "Recognizing women's autonomy entails having a dialogue with them, which changes the relationship to risk because it becomes discussed and shared"<sup>27(145)</sup>. This means a non-hierarchical relationship, with the full recognition that it is the woman who wields the power to make the decisions. To this end, midwives must provide parents with information so that they can make informed choices. This approach also involves taking an interest in the views and values of parents, whether in prenatal screening, diagnostic examinations, care, their expectations relating to birth, etc. From the point of view of Quebec parents, a non-hierarchical relationship demands reciprocity and collaboration<sup>27</sup>. The environment is also an important element in facilitating and humanizing birth and carrying out the birth plan as desired by the parents.

More broadly speaking, popular education allows women and families to demystify the birth and likely be less afraid of it. In a society marked by risk, it becomes essential to reinforce the fact that the birth experience could take place without intervention most of the time. Accurate information can give power back to women and families in the birth of a child, i.e., a transformative and highly significant event in their lives.

Moreover, "professional autonomy is the backbone that allows the profession to stand up, to realize itself, and to uphold its social mission"<sup>27(147)</sup>. Without professional autonomy, midwives cannot fully perform their job of providing comprehensive support in a spirit of respect for individual differences.

## Barriers to women's autonomy and the humanization of care

According to our analyses, the medicalization of practices around birth, the rise of technology, the directive approach, and the sometimes

blind or non-consensual systematization of care offered to women constitute barriers to developing women's autonomy and the humanization of care.

Accompanying women throughout their reproductive life, in the care of a new child and the development of their families, means being there with women and families during profoundly meaningful life events that are not fundamentally linked to illness. This requires a holistic approach centered on all the needs attendant to this life transition. Yet scientific knowledge and medical research have developed in relation to pathology<sup>28</sup>.

Since the 1980s, Chilean midwives have participated in the risk-based biomedical model, applying the ministerial protocols and standards that guide obstetric practice. These documents are drawn up by expert committees with a strong medical presence. The predominance of the medical approach and the socio-political context linked in particular to the privatization of health care has resulted in midwives' loss of autonomy in private clinics where deliveries are performed by doctors. In general, the midwife's role in normalizing the process of pregnancy and childbirth is limited. The rise of the private sector in Chile and the associated increase in interventions, including caesarean sections, shows that excessive medicalization of pregnancy and birth leads to a gradual loss of midwives' presence and role<sup>29</sup>. This is concurrent with the spread of a certain culture of risk and fear among women. Women are less and less confident in their ability to be protagonists in an area as essential to their lives as maternity.

Chile has recently adopted a policy on the practice of humanized childbirth, and although the scientific community seemed to be aligned with the ministerial recommendations for a more respectful childbirth, the proposed changes are progressing slowly. Moreover, complaints about obstetric violence have been noted in addition to the public's demand for quality care<sup>30</sup>.

In Quebec, the scope of practice allows midwives to focus more on normality and affords them some protection from growing medicalization. However, they are not immune to the ever-growing numbers of tests and examinations, the influence of clinical medical guidelines (e.g., inducing labour at an advanced maternal age), or the technological values that pervade society and influence women or midwives themselves.

Since midwives are still few and far between and can assist only about 4% of births, they remain marginal, even if they are integrated into the health system. Their vision of birth as falling under a holistic paradigm continues to lie on the fringes of the dominant medical paradigm. They must fight constantly to hold on to certain gains. For example, according to the legislative regulations, women who have had a caesarean section may be cared for by a midwife during a subsequent pregnancy. However, even if midwives carefully measure the risks (e.g., type of caesarean section, thickness of the scar, etc.), they come up against a powerful medical lobby in favour of withdrawing these rights or preventing agreements between institutions to provide the medical support required when new midwifery services are established. There is inequality in the balance of power. In some settings, out-of-hospital birth also remains contested, despite the evidence of its safety for healthy women under the care of skilled professionals<sup>31,32</sup>. Physicians also question midwives' conduct (clinical behaviours), which creates tension during consultations and transfers, for both women and midwives. Some doctors sometimes assume the right to keep women under their care following a consultation, or to collaborate only on the condition that they impose their own rules. Over time, the community engagement of midwives, too, has eroded. They devote themselves to the families they meet, but no longer participate or participate very little in the community life that allowed them to remain close to women and families and their concerns, and to play a

more prominent social role. User committees, which had a strong presence in the early 2000s, have found themselves threatened under certain health center administrations. All of these factors are contributing to creating environments that are less conducive to normal life events and to the recognition of women's abilities.

In both countries, the medical influence is still present in clinical practice and in certain continuing education programs. Development of the profession is also limited by competition with other health professions, such as nurses in Quebec who continue to occupy the field of obstetrics as well as nurses in Chile, where, with the cross-cutting skills of the health professions, nursing practice is gradually gaining ground where midwives would benefit from exercising their full role for the well-being of women, newborns and families. Additionally, with the rise of technology, the role of midwife is also poised to change profoundly considering that with the increasing rates of caesarean sections (about 30% in Quebec and 50% in Chile), birth is more and more an act that falls under the field of medicine. Moreover, the dominant paradigms of risk and medicalization open the door for and are already profoundly transforming birth, related events, and the experience of women and newborns.

For example, the institutions where midwives practice play a significant role. When midwives must comply with institutions to the detriment of their relationships with women, this results in a mode of practice contrary to professional ethics<sup>33</sup>. In addition, the very hierarchical structures of some health facilities prevent visibility and recognition within the obstetric and perinatal team of midwives' contributions and leadership in the areas of low-risk pregnancies, normal deliveries and child care. Maternity services would benefit from fostering a model of care focused on relational continuity that is personalized in accordance with the one midwife/one woman principle, as also recommended by the WHO<sup>34</sup>.

Obstacles can also arise from midwives themselves. Indeed, the work of midwives has been bureaucratized by new requirements which

have not been challenged or assessed for their impacts, through the delegation of duties specific to the profession to other junior subordinates on a team (e.g., welcoming a woman in labour) or through midwives' consent to take on more and more administrative tasks (e.g., digitizing clinical records) to the detriment of the quality time highly valued by women.

Focusing solely on measurable clinical parameters and moving away from support goes against the movement of humanizing births and recognizing women's autonomy in their maternity.

In addition, when a woman wants to exercise a choice that the midwife does not approve of, the midwife may tend to convince the woman to agree to the recommended care and then to use 'increasing intrusion' strategies associated with domination and the patriarchal institution<sup>35</sup>.

Moreover, professionals are often slow to change their practices despite scientific evidence and continue to use strategies that are not guaranteed to be effective. "There is, therefore, a long way to humanize the care provided during childbirth"<sup>36(59)</sup>.

## Proposals for a humanizing practice

A woman-centered humanizing practice involves developing or maintaining ties with different groups of women. It is a challenge that requires a strong professional identity.

Woman-centered care entails clinical practice that emphasizes the woman/midwife relationship and women's choice, control and empowerment in their experience. To this end, caregivers must develop a meaningful relationship with women and create an environment that respects their choices and decisions<sup>37</sup>.

Autonomy in the processes surrounding motherhood is strongly linked to the context of women's lives and is associated with socio-cultural, economic and political dimensions. In order to achieve full autonomy, women need to be freed from all domination.

To this end, it is important to convey a different vision of birth and childcare. In today's society, the overvaluing of technical knowledge and the hypermedicalization of reproductive processes maintain women's ignorance and inability to participate in their physiological birth process<sup>7</sup>. Power and knowledge are inseparable, because one strengthens the other<sup>38</sup>. Thus, greater sharing of midwives' knowledge about pregnancy, childbirth and everything surrounding motherhood, including rights such as the refusal of interventions or care, helps to further women's power and autonomy<sup>39</sup>.

Maintaining a specific, solid and independent professional practice requires appropriating the midwife identity, focusing on it in alignment with professional values, and developing leadership adapted to technological and socio-cultural changes. Reclaiming the meaning of the midwifery profession and its social role becomes imperative in our societies in order to rediscover support for women and to celebrate birth<sup>40</sup>.

As we have seen, the social role of midwife is an important part of the profession and involves a partnership with women, families and the community in order to provide well-adapted support.

Midwives' expertise includes the application of popular education principles connected to health promotion and protection. Indeed, the behavioural changes that are so sought-after in health promotion are built upon the foundation of empowering individuals and communities<sup>41-44</sup>.

The profession of midwife, in its essence, personifies the protective figure of the physiological processes of pregnancy and childbirth<sup>42</sup>. This can generate 'shockwaves' in the world of obstetrics, owing to the difference in models of care, i.e., centered on principles of humanization versus derived from the biomedical technocratic model<sup>43,44</sup>.

The growing medicalization of obstetrics in conjunction with the restriction of the role of midwives becomes an important issue that calls for reclaiming the founding pillars of the profession. To be able to provide holistic and personalized care, midwives need to be autonomous and to distance themselves from the patriarchal

biomedical model. There is a need to respond with a proactive stance and without submitting to the hypermedicalization in obstetrics and perinatology. Midwives' autonomy can ensure women's autonomy in a world where many elements contribute to restrict it<sup>27</sup>.

Professional ethics have played an important role in the practice of midwives since the earliest times. The professional order, whose mission is to protect the rights of users, is an essential means of upholding ethical principles and the quality of services. As such, it is important that it bring all professionals together. Our experiences confirm that professional orders, professional associations and universities are key pillars for ensuring professional quality as promoted by the International Confederation of Midwives<sup>45</sup>. It is also important to ensure peer training, which makes it possible to offer a practice that is relevant to women and adapted on an ongoing basis. In addition, there is a need to defend the profession against initiatives to restrict it or alter the professional profile of midwives, and to participate in professional bodies and make this visible in the community.

To address many of the challenges mentioned above, research by midwives is a very powerful tool. This research includes documenting practices, increasing and disseminating knowledge, innovating, and improving actions and outcomes. Research highlights the impact of midwifery which is not measured only in terms of epidemiological or demographic statistics, but also in terms of psychological and social outcomes.

Finally, another challenge is to ensure the presence of midwives in decision-making bodies for public policy, i.e., not only healthy policies, but also social policies concerning women and children's health. It is important to advocate for access to public health services. As Murray's studies in Chile have shown, it is clear that in addition to exacerbating social inequality, private services strongly contribute to the medicalization of health<sup>29,46</sup>.

*Table 1* summarizes the main proposals arising from our reflexive analysis.



Table 1. Proposals for developing an autonomous and humanizing practice of midwifery

---

Developing a meaningful relationship with women and creating an environment that respects their choices and wishes.
Sharing of midwives' knowledge about pregnancy, childbirth and everything surrounding motherhood, including rights to participate in their physiological process.
Appropriating the identity of midwife and developing leadership with respect to the physiological process of pregnancy, and childbirth.
Strengthening the social role of the profession in partnership with women, families and the community in order to be at the forefront and to provide comprehensive practice adapted to contexts.
Responding to hypermedicalization by adopting a proactive as opposed to submissive stance, and mobilizing the knowledge of midwives as well as that of women with respect to their own process.
Protecting women's rights and defending the profession and its ethical principles, which is essential in order to guarantee the quality of services.
Participating in bodies for the development of the profession, such as professional orders, professional associations, universities and continuing education institutions.
Carrying out applied research to highlight practice outcomes and demonstrate impacts.
Participating in power-wielding and decision-making bodies in all areas concerned by the profession.

---

Source: Own elaboration.

## Conclusions

Critical analysis of the history and evolution of midwifery in Chile and Quebec shows that the differences between the two countries are mainly attributable to the socio-political context surrounding the profession's development. In Chile, midwifery first developed under the auspices of social and health policies. Subsequently, the neoliberal model favored the private sector, which controlled obstetrical and perinatal processes and restricted the autonomy of midwives' professional practice. In Quebec, women's demands put pressure on the government to legalize the profession i.e., demands for care based on their needs as defined by them. The respective postures of serving health policy and serving the needs of users shape the goals and means of midwifery; these two determinants should not be in opposition.

The experiences of Chile and Quebec show that at least two conditions are required in order to fully exercise the role of

midwife. The first is state support via public policies to achieve broad coverage of care, as in the case of Chile where midwives' work has translated into improved indicators of maternal, perinatal and child health nationwide. The second is professional autonomy, which is more developed in Quebec. This is a prerequisite for meeting women's needs and guaranteeing the essential role of midwife, which is to protect the normal course of pregnancy, delivery and birth, as well as contribute to individual, family and social well-being throughout these processes.

These aspects are essential if the voices of women and their families are to be heard. Only in this way will midwives be able to assert the profession in all its uniqueness and fully exercise their social role. Their practice has a significant impact on the health care system when they contribute to promoting health, reducing unnecessary interventions, and furthering the well-being of the families they serve. In the future, midwives will be called upon to work more extensively in the community and to exercise leadership

within civil society to promote awareness of the mechanisms that diminish the decision-making power of women and families.

Whether in North America, South America or elsewhere, faced with common issues such as hypermedicalization, midwives stand to benefit from strengthening their identity by applying the founding principles of their role while preserving their professional autonomy in order to safeguard a humanized practice.

## Collaborators

Gagnon R (0000-0002-2899-7303)\* contributed to data collection for Quebec, critical analysis, design and writing of the manuscript, review of the article at all stages, and supervision of the production of the article. Orellana PL (0000-0003-2139-518X)\* contributed to the collection of data for Chile, critical analysis, participated in the drafting of the manuscript, and revision of the article at all stages. ■

---

## References

1. Umenai T, Wagner M, Page LA, et al. Conference agreement on the definition of humanization and humanized care. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75(S1):S3-4.
2. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75(S1):S55-8.
3. Reiger K, Dempsey R. Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health Sociol Rev.* 2006; 15(4):364-73.
4. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, et al. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery.* 2015; 31(1):239-46.
5. Nilsson C, Lundgren I, Karlstrom A, et al. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women Birth.* 2012; 25(3):114-21.
6. Lévesque S, Bergeron M, Fontaine L, et al. La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle [Obstetrical violence in healthcare settings : a concept analysis]. *Rech fem.* 2018; 31(1):219-38.
7. Rocha NFF, Ferreira J. The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review. *Saúde debate.* 2020; 44(125):556-68.
8. World Health Organization. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins [Preventing and eliminating disrespect and ill-treatment during childbirth in health facilities] Geneva (CH): WHO; 2014. 4 p. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO\\_RHR\\_14.23\\_fre.pdf;jsessionid=FE98FD603FA2BBF0063B195E37C21651?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;jsessionid=FE98FD603FA2BBF0063B195E37C21651?sequence=1).
9. World Health Organization. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [WHO recommendations for care during delivery, for a positive birth experience]. Geneva: WHO; 2018. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. United Nations Populations Fund; World Health Organization; International Confederation of Midwives. *The State of the World's Midwifery 2021*. New York: United Nations Population Fund; 2021. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302_0.pdf).
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*. 2014; 384(9948):1129-45.
12. Conrad P, Waggoner M. Medicalization. In: Dingwall R, Quah SR, Cockerham WC. *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society*. Malden (MA): Wiley-Blackwell; 2014. p. 1448-452.
13. Denzin NK. *Interpretive autoethnography*. Los Angeles (CA): Sage Publications; 2014.
14. Albert MN. L'autopraxéographie, une méthode pour participer à la compréhension de la complexité de l'entrepreneuriat [Autopraxis, a method to participate in the understanding of the complexity of entrepreneurship]. *Projectique*. 2017; 1(16):69-86.
15. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: an overview. *Hist Soz Forsch*. 2011; 36(4):273-90.
16. Plummer K. *Documents of life 2: an invitation to a critical humanism*. 2. ed. London: Sage; 2005.
17. Zarate MS. De Partera a Matrona. *Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX*. *Calidad Educación*. 2018; 27:284-97.
18. Lopez OP. Indicateurs d'hypermédicalisation de la prise en charge obstétricale à partir de l'évolution des grossesses, des accouchements et des naissances au Chili. *Périnatalité*. 2021; 13(1):10-6.
19. Laforce H. *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec (QC): Institut québécois de recherche sur la culture; 1985.
20. Giroux ME, Comeau Y, Thuy-Diep L. *La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec, 1975-1999*. Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales; 2008.
21. *Midwives Act. Compilation of Quebec Laws and Regulations, chapter S-0.1*. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/S-0.1>.
22. Quebec. Regulation respecting cases requiring consultation with a physician or transfer of clinical responsibility to a physician. *Compilation of Quebec Laws and Regulations, chapter S-0.1, r.4*. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%204>.
23. *Comités. Québec (QC): Ordre des sages-femmes du Québec*; 2021. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: <https://www.osfq.org/fr/ordre>.
24. *Regroupement Les sages-femmes du Québec*. Email with Raymonde Gagnon. Trois-Rivières (QC, Canada): Université du Québec à Trois-Rivières; 2021.
25. *Act respecting health services and social services. Compilation of Quebec Laws and Regulations, chapter S-4.2*. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/ShowDoc/cs/S-4.2>.
26. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La ministre McCann souligne les 25 ans de la pratique des sages-femmes au Québec [Minister McCann marks 25 years of midwifery practice in Quebec]*. Québec (QC): Cabinet de la ministre de la Santé et des Services sociaux; 2019 May 5. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/la-ministre-mccann-souligne-les-25-ans-de-la-pratique-des-sages-femmes-au-quebec-819295855.html>.
27. Gagnon R, Lemay C, Legault GA, et al. *L'identité professionnelle des sages-femmes du Québec. Une démarche de réflexion collective. Rapport de recherche Engagement partenarial UQTR-RSFQ*. 187 p. Trois-Rivières (QC): Université du Québec à Trois-Rivières; 2021.

28. Tew M. Safer childbirth?: a critical history of maternity care. Berlin (DE): Springer; 2013.
29. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*. 2000; 321(7275):1501-5.
30. Silva A, Pantoja F, Millon Y, et al. Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: a scoping review. *Medwave*. 2020; 20(9):1-13.
31. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, et al. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health*. 2014; 59(1):17-27.
32. Hutton EK. The safety of home birth. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016; 38(4):331-3.
33. Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nursing Ethics*. 2019; 26(7-8):2147-57.
34. Brady S, Lee N, Gibbons K, et al. Woman-centred care: an integrative review of the empirical literature. *Int J Nurs Stud*. 2019; (94):107-19.
35. Jenkinson B, Kruske S, Kildea S. The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: a feminist thematic analysis. *Midwifery*. 2017; (52):1-10.
36. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, et al. Practices of health professionals in delivery and birth care. *Rev Rene*. 2017; 18(1):59-67.
37. Nieuwenhuijze M, Leahy-Warren P. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: a concept analysis. *Midwifery*. 2019; (78):1-7.
38. Foucault M. Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977. New York: Pantheon Books; 1980.
39. Fahy K. Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Aust J Midwifery*. 2002; 15(1):5-13.
40. Kitzinger S. Rediscovering the social model of childbirth. *Birth*. 2012; 39(4):301-4.
41. Carvalho FFB, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas' [Reflecting on the established in Health Promotion to problematize 'dogmas']. *Saúde debate*. 2017; 41(spe3):265-76.
42. International Confederation of Midwives. Philosophy and Model of Midwifery Care. The Hague: ICM; 2014. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: [https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005\\_v201406\\_en\\_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf).
43. Amaral RDCSA, Alves VH, Pereira AV, et al. The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. *Escola Anna Nery*. 2019; 23(1):1-9.
44. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75(S1):S5-23.
45. International Confederation of Midwives. Guide pratique de la réglementation de l'ICM [Practical Guide to the ICM Regulations]. The Hague (NL): ICM; 2015. 87 p. [accessed 2022 Oct 6]. Available in: <https://internationalmidwives.org/our-work/association/association-resources.html>.
46. Murray SF, Elston MA. The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of healthcare: a case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociol Health Illn*. 2005; 27(6):701-21.

---

Received on 12/07/2021

Approved on 07/29/2022

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

# Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um Estudo de Avaliabilidade

## *Hospital care during childbirth: an Evaluability Assessment*

Célia Adriana Nicolotti<sup>1</sup>, Josimari Telino de Lacerda<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213504

**RESUMO** O objetivo do estudo foi o de analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento considerando a descrição e modelização da intervenção, a identificação de elementos, contextos e interessados na avaliação e sua viabilidade. Estudo de Avaliabilidade com abordagem exploratória e qualitativa. Realizaram-se revisão bibliográfica, documental e entrevistas com *stakeholders*, cujos resultados orientaram a modelização da assistência hospitalar ao parto e nascimento. O modelo avaliativo foi submetido a consenso pelo Método Delphi, em conjunto com especialistas da área, e definidas estratégias para o desenvolvimento de estudo avaliativo. A assistência ao parto e nascimento deve considerar o cuidado humanizado, evidências científicas e direitos. As condições estruturais e organizacionais e o desenvolvimento das ações devem assegurar acesso, qualidade e satisfação das mulheres. A avaliação deve contemplar o olhar dos diferentes atores envolvidos no processo. Concluiu-se que a assistência hospitalar ao parto e nascimento é avaliável e o Estudo de Avaliabilidade contribuiu para a delimitação do recorte da avaliação, ampliação do conhecimento acerca do objeto e para a definição das estratégias metodológicas e instrumentos de coleta do estudo avaliativo a ser desenvolvido na sequência. O modelo avaliativo pode ser utilizado em outros contextos, com adaptações de acordo com cada realidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde das mulheres. Tocologia. Parto. Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *The aim was to analyze the evaluability of hospital care during childbirth, identify elements, contexts and actors to be considered in an evaluation plan and its feasibility. Evaluability Assessment with an exploratory and qualitative approach. A literature review, documents and interviews with stakeholders were carried out, the results of which guided the modeling of hospital care during childbirth. The evaluative model was submitted to consensus using the Delphi Method together with specialists in the area and strategies were defined for the development of an evaluative study. Childbirth care must observe humanized care, scientific evidence and rights. Structural and organizational conditions and the development of actions must ensure access, quality and satisfaction for women. The evaluation must contemplate the perspective of the different actors involved in the process. It was concluded that hospital care during childbirth is assessable and the Evaluability Assessment contributed to delimiting the scope of the evaluation and expanding knowledge about the object; for the definition of the methodological strategies and instruments of collection of the evaluation study to be developed in the sequence. The evaluative model can be used in other contexts, with adaptation according to each reality.*

**KEYWORDS** *Women's health. Midwifery. Parturition. Health evaluation.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. [celia.nicolotti@gmail.com](mailto:celia.nicolotti@gmail.com)



## Introdução

A assistência hospitalar ao parto e nascimento faz parte do eixo obstétrico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), que é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e se orienta por seus princípios e suas diretrizes. Em 2011, passou a ser organizada como uma rede de atenção à saúde, denominada Rede Cegonha<sup>1,2</sup>. Antes da publicação deste artigo, foi publicada a Portaria GM/MS nº 715/2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 e institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

O Brasil se destaca no cenário internacional por excessiva intervenção cirúrgica na assistência ao parto e nascimento. Em 2019, ocorreram cerca de três milhões de nascimentos, 98% realizados em hospitais, a maioria assistida por médicos, sendo 57% cesarianas<sup>3</sup>, número superior ao limite de 15% proposto por organismos internacionais<sup>4</sup>. Estudos alertam que a assistência ao parto e nascimento no País caracteriza-se pelo uso excessivo de intervenções e pela existência de violência no momento do parto, o que expressa desafios à sua qualificação<sup>5,6</sup>.

A assistência ao parto e nascimento é uma questão relevante para a saúde coletiva devido à sua magnitude, complexidade e singularidade, pois se trata de um momento único na vida de mulheres, bebês e famílias. No Brasil, há oferta desigual do cuidado hospitalar nas diferentes regiões, em especial em pequenos municípios, o que demanda esforços para a efetivação da regionalização. A integração entre os diferentes pontos de atenção com a vinculação das mulheres à unidade de referência pode contribuir para evitar as demoras no atendimento e a morbimortalidade materna e neonatal<sup>7</sup>.

Apesar dos avanços técnicos e científicos na área da saúde e os benefícios alcançados, ainda persistem taxas elevadas de morbimortalidade materna e infantil no Brasil.

Aspecto esse descrito como ‘paradoxo perinatal’ quando mais tecnologia não significa, necessariamente, mais qualidade na assistência e mais saúde materna e neonatal, tampouco satisfação das mulheres com o atendimento, uma vez que elas reivindicam um tratamento mais digno e respeitoso durante a assistência<sup>8</sup>.

Para a garantia de resultados favoráveis, a assistência hospitalar ao parto e nascimento deve ser centrada nas necessidades de saúde, fundamentada em práticas baseadas em evidências científicas e considerar a evolução fisiológica do parto<sup>9,10</sup>, o que demanda a articulação de diferentes áreas e profissionais dos serviços e o desenvolvimento de inúmeras ações assistenciais e gerenciais.

Nesse sentido, é relevante estudar a assistência hospitalar ao parto e nascimento de maneira ampliada, como um processo que abrange diferentes momentos, desde a admissão até a alta hospitalar, a partir de diferentes aspectos do objeto. Identificar como a assistência hospitalar ao parto e nascimento está estruturada e vem sendo desenvolvida, suas fragilidades, suas potencialidades e os aspectos a serem melhorados contribui para a tomada de decisões e para o aperfeiçoamento de políticas, programas, serviços ou ações avaliadas<sup>11,12</sup>.

A assistência ao parto e nascimento tem sido objeto de estudos com distintos enfoques metodológicos. Dentre os estudos avaliativos, destacam-se os que abordam o tema a partir da perspectiva da assistência com foco em um assunto específico, por exemplo, assistência ao parto normal e cuidados obstétricos de emergência<sup>13-15</sup>. Não foram encontrados estudos de avaliabilidade relativos à assistência hospitalar ao parto e nascimento.

A realização prévia de um Estudo de Avaliabilidade (EA) contribui para uma avaliação mais assertiva, uma vez que possibilita identificar a construção lógica e teórica do programa; compreender mais sobre a cultura, o contexto, a complexidade

e a evolução do programa; facilitar o envolvimento dos interessados na avaliação; aprofundar o conhecimento sobre o objeto como um todo; descrever um plano avaliativo e analisar a sua viabilidade<sup>16-18</sup>.

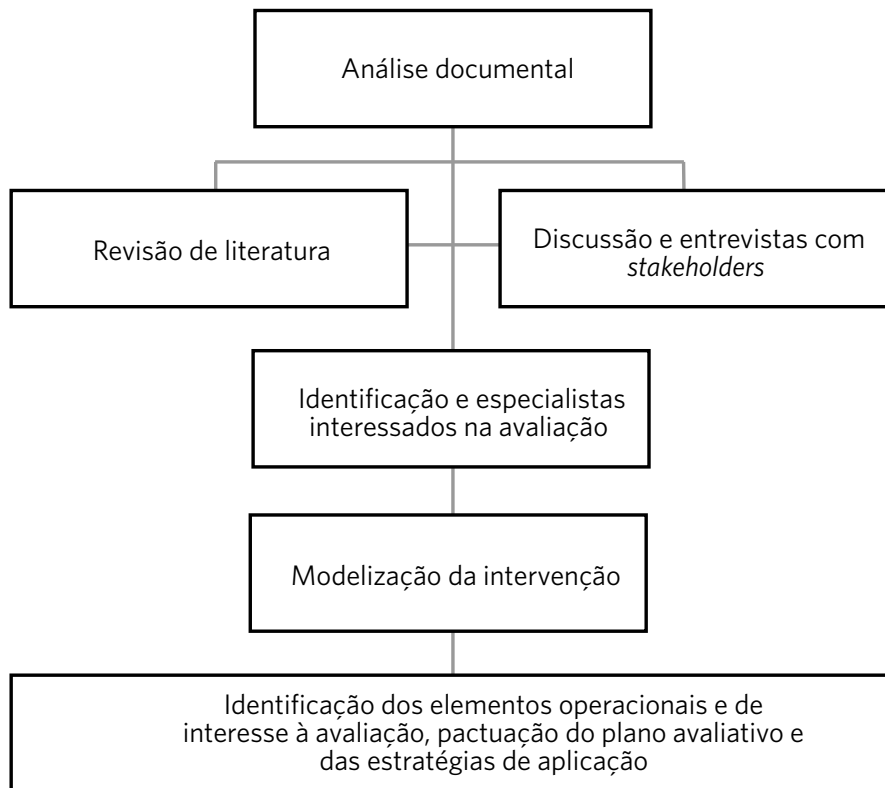
Considerando-se o exposto, o objetivo do estudo foi o de analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento considerando a descrição e modelização da intervenção, a identificação de elementos, contextos e interessados no processo avaliativo e sua viabilidade.

## Material e métodos

Trata-se de um EA de abordagem exploratória e qualitativa que tem como objeto a assistência hospitalar ao parto e nascimento e foi desenvolvido de outubro de 2018 a novembro de 2019.

A condução deste EA seguiu os pressupostos de Thurston e Ramaliu<sup>16</sup> e de Trevisan e Walser<sup>17</sup>, assumindo um processo dinâmico, não estanque, em que os elementos podem ser revisitados (*figura 1*).

Figura 1. Etapas do Estudo de Avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Brasil, 2021



Fonte: elaboração própria.

Para a descrição do programa e construção do modelo avaliativo, foram analisados documentos técnicos da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Ministério de Saúde

brasileiro e de outros países que possuem modelos de assistência ao parto e nascimento de excelência e artigos científicos relacionados ao objeto do EA (*quadro 1*).

Quadro 1. Documentos e artigos científicos utilizados para a construção do modelo avaliativo

TÍTULO	AUTORIA	ANO
<i>Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud</i>	Ministerio de Sanidad y Consumo, España	2007
<i>Maternidad Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones</i>	Ministerio de Sanidad y Política Social, España	2009
<i>Intrapartum care for healthy women and babies</i>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), United Kingdom	2014
<i>Intrapartum care</i>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), United Kingdom	2015
<i>Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines - Chapter 4 Care during labour and birth</i>	Public Health Agency of Canada, Canada	2018
<i>WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience</i>	World Health Organization	2018
<i>Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benefícios para a nutrição e a saúde de mães e crianças</i>	Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil	2013
<i>Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana</i>	Ministério da Saúde, Brasil	2016
<i>Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal</i>	Ministério da Saúde, Brasil	2017
<i>Portaria de consolidação nº 3/2017 - anexo II Rede Cegonha</i>	Ministério da Saúde, Brasil	2017
<i>Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews</i>	JONES, L. et al.	2012
<i>Caesarean section for non-medical reasons at term</i>	LAVENDER, T. et al.	2012
<i>Maternal positions and mobility during first stage labour</i>	LAWRENCE, A. et al.	2013
<i>Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes</i>	MCDONALD, S. J. et al.	2013
<i>Enemas during labour</i>	REVEIZ, L. et al.	2013
<i>Restricting oral fluid and food intake during labour</i>	SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L.	2013
<i>Routine perineal shaving on admission in labour</i>	BASEVI, V.; LAVENDER, T.	2014
<i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants</i>	MOORE, E. R. et al.	2016
<i>Midwife-led continuity models versus other models of care for child-bearing women</i>	SANDALL, J. et al.	2016
<i>Continuous support for women during childbirth</i>	BOHREN, M. A. et al.	2017
<i>Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia</i>	GUPTA, J. K. et al.	2017
<i>Fundal pressure during the second stage of labour</i>	HOFMEYR, G. et al.	2017
<i>Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth</i>	JIANG, H. et al.	2017

Fonte: elaboração própria.

Além disso, foram utilizados artigos considerados de referência na temática da assistência humanizada ao parto e nascimento, tais como: Davis-Floyd<sup>19-22</sup>; Diniz<sup>8,23</sup>; Hotimsky, Schraiber<sup>24</sup>; Rattner<sup>25</sup>; Tornquist<sup>26,27</sup>; Wagner<sup>28,29</sup>; Biurrun-Garrido, Gobernadoras<sup>30</sup>, dentre outros.

Com base na leitura e síntese dos artigos e documentos, foram elaboradas as versões

preliminares do modelo avaliativo, posteriormente analisadas e discutidas com integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas) e docentes e discentes da disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).



Para aprofundar o conhecimento sobre o objeto e identificar outros elementos do funcionamento da assistência hospitalar ao parto e nascimento, bem como fatores que influenciam sua implantação, realizaram-se seis entrevistas individuais com *stakeholders*. Os participantes foram selecionados por sua atuação na gestão em saúde das mulheres ou crianças em nível federal ou estadual (2), reconhecida atuação em maternidades brasileiras de referência na assistência ao parto e nascimento (2) e atuação no movimento de mulheres em âmbito nacional ou local (2).

As entrevistas foram realizadas presencialmente e à distância, entre os meses de fevereiro e abril de 2019, com apoio de um roteiro semiestruturado contendo perguntas sobre o contexto envolvido na implantação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, seus objetivos, suas ações e seus resultados. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise.

Os dados coletados nas entrevistas, documentos e artigos foram analisados por meio da análise de conteúdo temática<sup>31</sup> com apoio do *software* Atlas.ti versão 8.4.4, a partir das quatro categorias previamente definidas nas questões do roteiro: contexto, objetivos, ações e resultados. A partir dessa análise, foi elaborada nova versão do modelo avaliativo.

Para dar continuidade à ampliação da compreensão do objeto do EA e validar o modelo avaliativo, foi utilizada a técnica de consenso Delphi, com apoio de formulário eletrônico na plataforma Survey Monkey. O Delphi é um método reconhecido por ser versátil, uma vez que usa informações tanto da experiência como do conhecimento dos participantes de um grupo de especialistas. Contribui para o aumento da confiabilidade, pois supera as limitações de análise de um único indivíduo<sup>32</sup>.

Os participantes do Delphi foram selecionados por sua atuação na gestão em saúde das mulheres e crianças em nível federal e estadual ou em maternidade (3), reconhecida experiência acadêmica na área de saúde das mulheres ou crianças e avaliação em saúde

(6) e atuação em maternidades de referência brasileiras nas áreas de medicina e enfermagem obstétrica e neonatologia (5). Entre os 14 especialistas convidados, onze participaram das duas rodadas (78,5%), dois não responderam ao convite e um aceitou, mas não efetivou sua participação.

Na primeira etapa do Delphi, os participantes tiveram um prazo de 30 dias para responder sobre a concordância plena, parcial ou discordância quanto ao modelo avaliativo e à pertinência dos elementos. Nos casos de concordância parcial ou discordância, foi solicitada justificativa e contribuição para alteração. Todas as contribuições foram analisadas e compiladas. O modelo com o texto ajustado foi reenviado aos participantes para nova etapa de consenso com prazo para retorno em até 30 dias. O modelo avaliativo foi considerado validado quando obteve 90% de concordância dos especialistas participantes, o que aconteceu na segunda etapa de validação.

A partir das informações coletadas nas entrevistas e validação do modelo avaliativo, foi elaborado o plano da avaliação com definição da abordagem, participantes, métodos e técnicas de coleta de dados.

Respeitaram-se os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UFSC (parecer nº 3.121.213/2019).

Para preservar a identidade dos participantes das entrevistas, foi utilizada a letra S (*stakeholder*) seguida do número referente à ordem com que ocorreram as entrevistas.

## Resultados e discussão

Embora nem todos os documentos analisados apresentassem explicitamente os objetivos, as ações e os resultados, foi possível identificar esses elementos na análise, acrescido do material coletado nas entrevistas e das colaborações dos especialistas durante a validação do modelo. Também foi possível identificar

aspectos de contextos internos e externos ao setor saúde e que podem influenciar a assistência ao parto e nascimento. Esses aspectos foram inseridos na proposição do modelo avaliativo que adotou como campo de atuação o hospital, assumindo-se como premissa a assistência ao parto e nascimento baseado na humanização do cuidado, com utilização das melhores evidências científicas disponíveis e garantia de direitos.

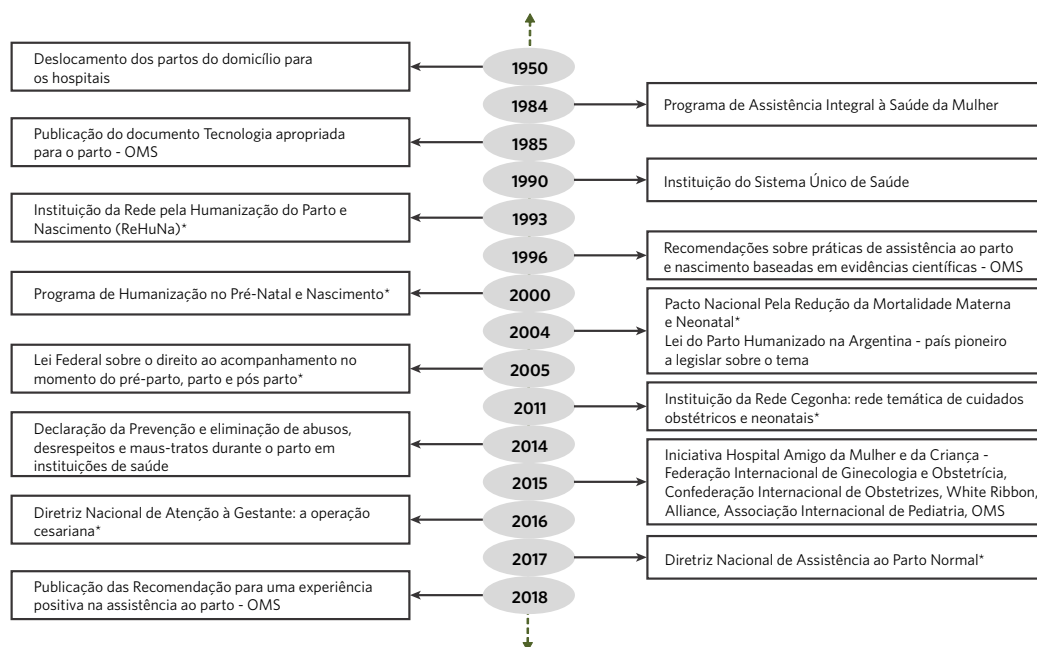
### Ampliando o conhecimento sobre o programa

A atenção ao parto e nascimento sofreu profundas alterações ao longo do tempo e, na década de 1950, a institucionalização em âmbito hospitalar se consolidou<sup>33</sup>.

Na *figura 2*, apresenta-se linha do tempo com os principais marcos após a institucionalização hospitalar do parto, na qual é possível observar a preocupação de organismos internacionais com recomendações e orientações para uma atenção humanizada, práticas baseadas em evidências científicas, respeito aos direitos da mulher e adoção de medidas para redução da mortalidade materna e neonatal.

No Brasil, a preocupação estava presente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher de 1984<sup>34</sup>. A instituição do SUS impulsionou a adoção de políticas e programas nessa direção, cujos marcos mais recentes são a Rede Cegonha e as diretrizes de atenção às gestantes no parto vaginal e cesariana.

Figura 2 . Principais marcos da assistência ao parto e nascimento, 2021



Fonte: elaboração própria.

\*Marcos referentes ao Brasil.

Propiciar uma assistência segura, melhorar a qualidade das práticas, utilizar as melhores evidências disponíveis e alcançar bons resultados para as mulheres e bebês são objetivos descritos nos documentos analisados. Discutir as preferências das mulheres, com apoio das equipes para tomar decisões informadas sobre o parto, foi descrito como objetivo em documentos oficiais da Espanha e do Reino Unido<sup>35-38</sup>.

Alcançar uma experiência positiva de parto e nascimento para as mulheres e famílias é objetivo indicado pela OMS e por documentos oficiais do Reino Unido e Canadá<sup>10,37-39</sup>. A World Health Organization (WHO)<sup>10</sup> reforça também o objetivo de garantir o apoio contínuo às mulheres, tanto prático como emocional, por meio de equipe qualificada. Documentos brasileiros acrescentam a necessidade do atendimento em rede, melhoria do acesso e do acolhimento<sup>3,9,40</sup>.

A perspectiva dos *stakeholders* sobre os objetivos converge para o indicado nos documentos, especialmente no que se refere à segurança, à autonomia das mulheres, ao uso das melhores evidências disponíveis e à qualidade assistencial.

*Prestar uma assistência que preserve as dimensões deste evento familiar, cultural, sexual, afetivo, que reforce o protagonismo e autonomia dessa mulher, que inclua a família, que fortaleça o desenvolvimento da fisiologia do parto e ao mesmo tempo que tenha disponível todos os recursos da tecnologia em caso de intercorrências e/ou complicações para a mulher ou o bebê. (S1).*

Além disso, reforça a assistência humanizada, a inserção da família no cuidado e o cuidado no pós-parto:

*Tem que ser com segurança, com gentileza, com humanização, com a oferta das melhores práticas, com a concordância dessa mulher. [...] com a inserção da família no plano de cuidado e com assistência hospitalar com a preparação da alta e com as devidas orientações e encaminhamentos no pós-parto. (S2).*

*[...] tem que ter um acompanhamento mais qualificado, tem que ter uma escuta mais qualificada, tem que ter um viés, que eu digo, assim, mais humano, entendeu?... o principal objetivo assistencial é visualizar a mulher naquele momento e poder dar uma assistência que ela se sinta à vontade durante aquele processo em si, que ela vai estar vivenciando. (S4).*

A operacionalização dos objetivos está expressa como diretrizes gerais na maioria dos documentos analisados. Os documentos apresentam evidências científicas para basear as práticas. Em síntese, versam sobre a assistência multidisciplinar às mulheres, aos recém-nascidos e às famílias, com ênfase nos requisitos funcionais, estruturais e organizacionais e com garantia de condições adequadas de segurança, qualidade e eficiência para realização das atividades.

As maternidades devem respeitar os direitos das usuárias, recém-nascidos e familiares, promover o compartilhamento de informações e a comunicação, considerar as necessidades individuais da mulher e família e garantir o uso de práticas recomendadas e a segurança na atenção ao parto e nascimento<sup>9,35,36,38,39</sup>. No contexto brasileiro, se destacam também ações de acolhimento com classificação de risco, vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro nos casos necessários<sup>3</sup>.

Os *stakeholders* ratificaram grande parte dos aspectos encontrados nos documentos e contribuíram para o detalhamento de questões ligadas à estrutura física e abordagens em diferentes momentos da atenção, incluindo o pós-parto.

*Cuidado singular centrado nas necessidades da mulher, com equipe capacitada para potencializar as competências próprias da mulher em dar à luz o seu filho, precisa vigilância constante do desenvolvimento do trabalho de parto com oferta das tecnologias leves, relacionais [...] é necessário garantir ambiente privativo, acolhedor, arejado, com acesso a chuveiro, banheira em tempo integral e área de deambulação, que é fundamental para o bom andamento do trabalho de parto. (S1).*

*No pós-parto, eu acho que uma das coisas que a gente fala muito, mas parece que ainda falta um pouco mais esse olhar, é o olhar... no pós-parto, a gente direciona, às vezes, muito o olhar para o recém-nascido, né? E acho que a gente precisa trabalhar um pouco mais esse olhar voltado para a puérpera ali, naqueles primeiros momentos em si, até a questão dela, como ela está se sentindo... (S5).*

*Oferecer espaço físico, profissional capacitado e que toda estadia dessa gestante, pelo menos seria o ideal, seguisse um protocolo, um caminho até ela ir embora, chegar, ter o filho, fazer os procedimentos que tem que fazer e as orientações de higiene, amamentação e a alta. (S6).*

Os *stakeholders* contribuíram também para questões tais como a importância da garantia de vaga para a gestante que chega ao hospital a partir da articulação com a atenção básica, pactuação do atendimento especializado, bem como na necessidade de deixar mais evidente a função da gestão.

*Acho que a integração entre as redes de atenção é uma coisa também que atrapalha, né? Se falta essa integração, a gente vê que isso também repercute lá na frente. Então, a partir do momento que existe um... elas têm essa integração, toda essa vinculação dela já vai organizando desde o início pré-natal. Isso, com certeza, vai trazer bastante benefício. (S5).*

*Também precisa ter pactuação de disponibilidade de sangue e hemocomponentes, de UTI materna e transporte seguro porque pode ser necessário e é fundamental para garantir a vida. Mas isso é para intercorrência, a maioria não vai precisar, mas se precisar, precisa ter acesso. (S1).*

Os resultados da assistência ao parto e nascimento estavam bem expressos nos documentos. Os principais resultados identificados foram a melhoria dos resultados para mulheres e bebês, com redução da morbimortalidade materna e neonatal; conservação e promoção da saúde física e mental; assistência adequada

em particular nos casos de risco que apresentam ou podem apresentar complicações; aumento do percentual de amamentação exclusiva; redução de danos evitáveis; e que o processo de parto e nascimento seja uma experiência positiva e que traga satisfação por meio do atendimento<sup>3,9,10,35,36,38-40</sup>.

Os *stakeholders* corroboraram esses resultados:

*Prá mim é ter mãe e bebê saudáveis com o mínimo de intervenções, vivenciar esse momento como um momento cheio de significados positivos para a sua vida, como um momento de promoção da saúde física e mental. (S1).*

*Humanização, segurança, diminuição da mortalidade materna e neonatal acho que seriam os principais a serem atingidos. (S2).*

Além de identificar os principais aspectos da operacionalização, vale ressaltar que colocar recomendações em prática pode levar tempo e sofre influência de diferentes contextos e atores sociais. As alterações devem estar alinhadas às prioridades locais e serem compartilhadas com os atores envolvidos, tendo clareza de que as estratégias para implantação serão distintas entre os serviços.

A assistência hospitalar ao parto e nascimento pode estar organizada a partir de diferentes perspectivas, a depender dos elementos que orientam essa organização e da influência de fatores contextuais.

A maioria dos documentos analisados identificou fatores de contexto que podem influenciar na atenção, os quais foram ratificados pelos *stakeholders* e especialistas. São eles a perspectiva de gênero, orientação sexual, diversidade cultural, étnica e racial, questões sociais, econômicas, culturais, educacionais, epidemiológicas e linguagem.

*Ainda é um tabu para as equipes muito grande lidar com a questão da sexualidade, vira questão de piada é a lésbica, a trans, as pessoas ficam conhecida dessa forma e acreditam que essa*

*população não é merecedora de direitos, como as mulheres pobres... a pessoa pobre ainda agradece quando é maltratada, a mulher pobre parece menos merecedora de atenção e isso é da parte de toda a equipe, não é só dos médicos. (S2).*

Valores e crenças também exercem influência sobre a implantação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Os profissionais de saúde, em especial os obstetras, contribuem com seu posicionamento na construção de valores e crenças acerca dos modos de parir e de nascer<sup>41</sup>. Eles podem, por exemplo, levar mulheres a desejarem uma cesárea sem indicação clínica por acreditarem que é um processo menos doloroso, mais seguro e rápido<sup>42</sup> ou a não se sentirem seguras para expor suas opiniões frente a profissionais de saúde. Esses profissionais devem reconhecer que cada mulher possui uma cultura própria e pode atribuir significados diferentes à vivência do parto<sup>25</sup>.

*[...] ter essa visão mais diferenciada para as mulheres de cor, étnicas, negras, como eu, indígenas, quilombolas, que a nossa realidade é diferente. Entendeu? Às vezes eu sofro ao muito falar isso, acho que você já está percebendo, né? Porque foram muitos anos assim. Agora eu já entendo um pouco mais o meu corpo, já consigo entender o que está acontecendo. Mas eu tive que aprender isso sozinha... (S4).*

Ademais, políticas e normas estabelecidas, o modelo de atenção obstétrica e a formação dos profissionais de saúde podem exercer influência sobre o cuidado. Os modos de formar em saúde, comumente calcados em paradigmas conservadores, muitas vezes, contribuem para perpetuar as desigualdades na assistência em saúde e seguem na contramão da assistência orientada à humanização, às evidências científicas e aos direitos<sup>43</sup>,

*[...] o médico é formado para intervir em situações onde a normalidade saiu do rumo. Pode aprender, mas hoje a maioria não sabe, nem quer e a academia também não quer ensinar isso, quer ensinar a fazer toque, episiotomia, cesárea. (S1).*

Os objetivos, as ações e os resultados foram contemplados no modelo lógico. Os fatores de contexto foram considerados na proposição do modelo teórico. Uma importante contribuição dos especialistas foi a diferenciação do contexto interno e externo ao Sistema de Saúde, que será apresentada no próximo item.

## **Desenvolvimento do modelo avaliativo**

Com base nos principais aspectos da descrição da assistência hospitalar ao parto e nascimento, foram elaborados os modelos teórico e lógico, apresentados nas *figuras 3 e 4*, respectivamente.

### **MODELO TEÓRICO**

No modelo teórico, destaca-se o papel da gestão do SUS e dos hospitais na garantia de condições estruturais e organizacionais para a execução das ações de assistência no pré-parto, parto e nascimento e pós-parto.

O enfoque da assistência hospitalar ao parto e nascimento deve ser pautado nas melhores evidências disponíveis e na redução de intervenções não recomendadas, na promoção da assistência digna e respeitosa, com empatia, escuta ativa e diálogo a partir de saberes distintos e respeito à autonomia das mulheres na tomada de decisões, localizando-as no centro da assistência<sup>30</sup>.

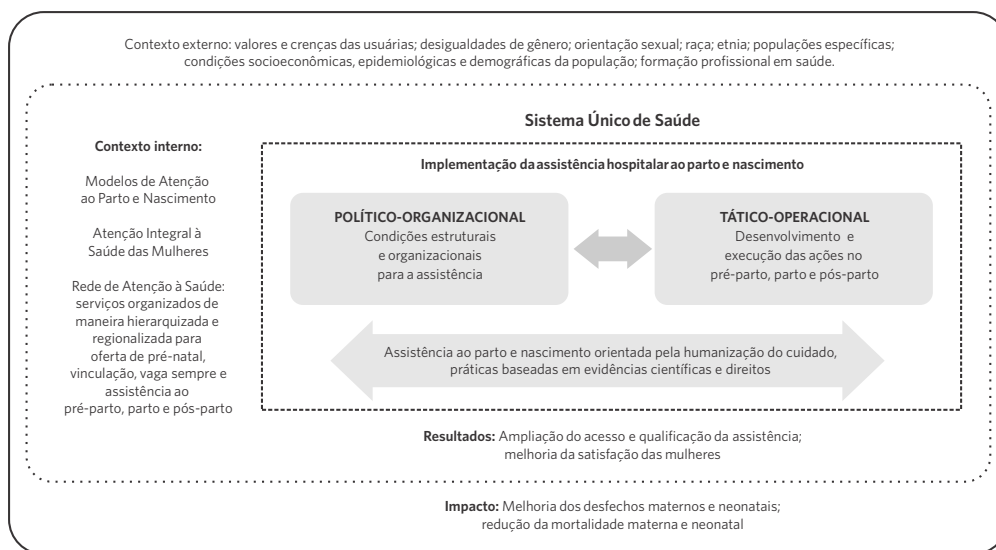
Como resultado, pode haver ampliação do acesso e qualificação da assistência e aumento da satisfação das mulheres com a experiência do parto e como impacto espera-se o alcance dos melhores desfechos maternos e neonatais e a contribuição para a redução da mortalidade materna e neonatal. A *figura 3* apresenta a síntese dos elementos do modelo teórico.

O processo de assistência ao parto e nascimento é fortemente influenciado pelo contexto externo e interno ao sistema de saúde em cada país. No âmbito do SUS, considerou-se que o modelo assistencial que orienta a organização da assistência, as diretrizes para a assistência

integral à saúde das mulheres e a organização da rede assistencial interfere na implantação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Esses fatores são decisivos para os tempos

de atendimento e a abrangência das ações, além de interferirem na maneira como as mulheres serão atendidas desde o acolhimento até a alta hospitalar<sup>44</sup>.

Figura 3 . Representação esquemática do modelo teórico da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Dados da pesquisa, 2020



Fonte: elaboração própria.

## MODELO LÓGICO

No campo da avaliação, a ideia que operacionaliza o objeto-modelo é a expressão modelo lógico<sup>45</sup> que, entre outras vantagens, possibilita a comunicação do objetivo principal do programa, com seus produtos e efeitos desejados<sup>46</sup>. O fluxograma desse modelo lógico (figura 4) dá ênfase aos resultados, conforme Rush, Osborne, 1991<sup>11</sup>.

Os objetivos validados pelos especialistas durante o Delphi, no momento da discussão do modelo lógico, assumiram a seguinte redação: garantir condições para acesso oportuno das gestantes, puérperas e recém-nascidos às ações de assistência ao parto e nascimento; garantir condições adequadas de trabalho; realizar assistência ao parto e nascimento no momento oportuno, segundo classificação de risco e com uso adequado de tecnologias. Os

dois primeiros foram assumidos na dimensão Político-Organizacional e o último na dimensão Tático-Operacional.

As práticas orientadas pela humanização da assistência e baseadas em evidências científicas e na garantia de direitos foram incluídas no eixo transversal de todo o modelo avaliativo, pois entende-se que são uma premissa e, nessa perspectiva, a autonomia das mulheres está contida. O envolvimento da família ou acompanhante e o acompanhamento no pós-parto foram incorporados no modelo avaliativo como indicadores. A satisfação das mulheres com a experiência de parto e nascimento foi inserida como um dos resultados intermediários.

Ainda por sugestão dos especialistas na validação do modelo, os resultados foram classificados como proximais, intermediários e finais e impacto.

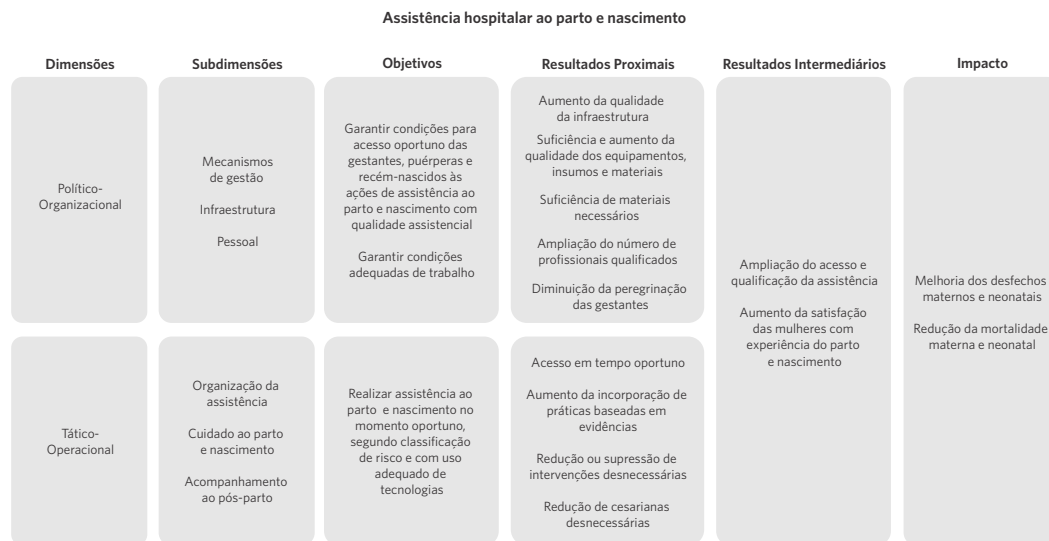
O modelo lógico é composto por duas dimensões e seis subdimensões. A dimensão Político-Organizacional agrupa todas as ações técnico-administrativas e articulação política. Na subdimensão Mecanismos de Gestão, estão contempladas estratégias de escuta e compartilhamento das decisões, o uso de informação qualificada e a pactuação de trabalho em rede<sup>47</sup>. Na subdimensão Infraestrutura, espera-se estrutura física que garanta acessibilidade e ambiência, insumos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos para atendimento qualificado. Equipes qualificadas, em número suficiente e compostas por profissionais que atuam na assistência direta e equipe multiprofissional são os componentes da subdimensão Pessoal.

A dimensão Tático-Operacional engloba os elementos da assistência direta, realizada pelos profissionais no âmbito hospitalar. A organização da assistência caracteriza-se por ações que dão suporte às atividades desenvolvidas pelos profissionais e que devem

ser padronizadas, devidamente registradas, realizadas pela equipe multiprofissional, com compartilhamento das informações e decisões com as mulheres e acompanhante. Na subdimensão Cuidado ao Parto e Nascimento estão práticas que favorecem o processo psicofisiológico do parto, a redução de intervenções desnecessárias e o uso de tecnologias oportunas e adequadas<sup>9,10,38,48</sup>. A terceira subdimensão concentra as ações voltadas ao acompanhamento da evolução e das condições de saúde das mulheres no pós-parto e dos recém-nascidos.

A gestão, ao assegurar mecanismos de gestão compartilhada, infraestrutura e pessoal adequados, oferece às equipes as condições para a realização de uma assistência qualificada ao parto e nascimento, com garantia de acesso, contribuindo para que as mulheres possam se sentir mais satisfeitas com a experiência vivenciada, que sejam alcançados melhores desfechos e a redução da mortalidade materna e neonatal.

Figura 4 . Representação esquemática do modelo lógico da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Dados da pesquisa, 2020



Assistência ao parto e nascimento orientada pela humanização do cuidado, práticas baseadas em evidências científicas e direitos

Fonte: elaboração própria.

## Identificação e envolvimento de interessados na avaliação e definição dos procedimentos de avaliação

A avaliação contemplou como interessados os gestores do SUS e de maternidades, profissionais com atuação na assistência ao parto e nascimento, mulheres com participação em movimentos sociais ou usuárias do SUS e docentes e pesquisadores das áreas de saúde das mulheres, crianças e avaliação em saúde.

No desenvolvimento deste EA, procurou-se incluir interessados dos diferentes perfis, os quais contribuíram para ampliar o conhecimento sobre o objeto, cujo conteúdo orientou a elaboração da modelização inicial do programa, e para a validar o modelo avaliativo. As contribuições dos *stakeholders* e especialistas foram essenciais para ampliar a compreensão sobre o programa<sup>16,49</sup>.

O modelo avaliativo proposto considerou a humanização do cuidado ao parto e nascimento, as melhores evidências disponíveis e a garantia de direitos, incluindo elementos que permitissem dar visibilidade a esses aspectos.

Foi possível identificar uma definição clara e coerente dos objetivos, ações e resultados da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Identificaram-se informações relevantes sobre o contexto que interfere na sua implantação e no alcance dos resultados desejados, seus objetivos e suas ações para operacionalização, bem como as relações existentes entre os diversos elementos do modelo avaliativo.

Definiu-se a seguinte pergunta avaliativa: quais são as condições da assistência hospitalar ao parto e nascimento? Ratificou-se a intenção de realizar um estudo de casos em maternidades utilizando diferentes técnicas de coleta e fontes de evidências tais como análise documental, observação direta e entrevistas, tendo como informantes-chave gestores, trabalhadores e usuárias.

De acordo com Trevisan e Walser<sup>17</sup>, nenhum EA está completo até que seja usado. A etapa final na condução de um EA é o uso por meio da tomada de decisão ou planejamento de ação.

Este estudo foi produzido a partir de uma demanda acadêmica e não institucional, o que pode ser indicado como uma limitação, pois seu uso pode ser mais limitado. O envolvimento dos *stakeholders* no processo do EA teve como objetivo minimizar esse aspecto, envolvendo atores da gestão, assistência, movimentos sociais e academia. Para superar o recorte estadual do estudo, fez-se uso de uma ampla revisão de literatura e de documentos institucionais nacionais e internacionais, visando a contemplar aspectos de outras realidades.

Utilizaram-se diferentes estratégias para aumentar a validade interna e a confiabilidade tais como o uso das melhores evidências científicas disponíveis, diferentes fontes de evidências, i.e., entrevistas, análise documental e revisão de literatura, bem como triangulação, envolvimento de *stakeholders* e oficina de consenso.

## Conclusões

As diferentes estratégias e abordagens utilizadas permitiram ampliar o conhecimento sobre o objeto do EA, identificar os elementos essenciais para a operacionalização da assistência, bem como delimitar um recorte mais preciso para sua análise e avaliação.

A assistência hospitalar ao parto e nascimento deve observar o cuidado humanizado, evidências científicas e direitos. As condições estruturais e organizacionais e o desenvolvimento das ações devem assegurar acesso, qualidade e satisfação das mulheres. A avaliação deve contemplar o olhar dos diferentes atores envolvidos.

A assistência ao parto e nascimento é avaliável e o modelo proposto tem viabilidade de aplicação envolvendo diferentes atores e abordagens metodológicas para melhor compreensão do contexto de análise. Além disso, o EA pode orientar o aprimoramento de programas e políticas direcionadas à assistência ao parto e nascimento.

Acredita-se que é viável que outros estudos utilizem o modelo avaliativo proposto,



realizando-se adaptações para incorporar novos fatores que respondam a distintas realidades.

## Colaboradoras

Nicolotti CA (0000-0001-8557-9362)\* contribuiu para concepção, planejamento, delineamento do estudo e aquisição dos dados do trabalho; análise e interpretação dos dados;

aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. Lacerda JT (0000-0002-1992-4030)\* contribuiu para concepção, planejamento, delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo; aprovação final da versão a ser publicada. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC. 2021. [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
4. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS; 2015.
5. Marrero L, Brüggemann OM. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018 [acesso em 2022 fev 15]; 71(3):1152-1161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>.
6. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2014 [acesso em 2021 maio 5]; 30(1):S17-S32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTtXDCwvmPqTw9gTWFgGd>.
7. Naidon AM, Neves ET, Silveira A, et al. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. Text. Context. - Enfer. 2018 [acesso em 2022 fev 15]; 27(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>.
8. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. J. Hum. Growth and Develop. 2009 [acesso em 2021 maio 5]; 19(2):313-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF: MS; 2017.
10. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO; 2018.
11. Hartz Z, Silva L. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Silva L. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
13. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev Gaúcha de Enfer.* 2015 [acesso em 2018 mar 3]; (36):177-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>.
14. Pazandeh F, Huss R, Hirst J, et al. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: the use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery.* 2015 [acesso em 2021 abr 13]; 31(11):1045-53. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613815001989>.
15. Serbanescu F, Goldberg HI, Danel I, et al. Rapid reduction of maternal mortality in Uganda and Zambia through the saving mothers, giving life initiative: results of year 1 evaluation. *BMC Pregn. Childbirth.* 2017 [acesso em 2021 fev 18]; 17(42):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1222-y>.
16. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian J. Prog. Evaluat.* 2005 [acesso em 2021 set 13]; 20(2):1-25. Disponível em: <http://www.evaluationcanada.ca/secure/20-2-001.pdf>.
17. Trevisan M, Walser T. Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use. SAGE Publications; 2015.
18. Padilha MA, Oliveira CMd, Figueiró AC. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. *Saúde debate.* 2015 [acesso em 2021 abr 14]; 39(105):375-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002006>.
19. Davis-Floyd R. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med.* 1994 [acesso em 2021 maio 5]; 38(8):1125-40. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953694902283>.
20. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 [acesso em 2021 maio 5]; 75(1):S5-S23. Disponível em: [https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292(01)00510-0).
21. Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. 2. ed. University of California Press; 2003. [acesso em 2021 maio 5]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pndwn>.
22. Davis-Floyd R. Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Kindle: Editorial Creavida; 2009.
23. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 [acesso em 2021 maio 5]; 10(3):627-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFFy8PdNkYgJ6ssQ/>.
24. Hotimsky S, Schraiber L. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 [acesso em 2021 mar 2]; 10(3):639-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JwYKF9jStPdVfCPNTCyxrhx/?format=pdf&lang=pt>.
25. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface [Online].* 2009 [acesso em 2021 maio 5]; 13(1):759-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.
26. Tornquist C. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Est. Fem.* 2002 [acesso em 2021 set 14]; 10(2):483-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.
27. Tornquist C. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003 [acesso em 2021 set 14]; 19(2):S419-S427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>.
28. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 [acesso em 2021 set 14]; 75(1):S25-S37. Disponível em: <https://obgyn>.

onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292(01)00519-7.

29. Wagner M. Born in the USA: how a broken maternity system must be fixed to put mothers and infants first. Kindle: University of California Press; 2006.
30. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. *Rev. la bibliografía. Matronas profesión.* 2013 [acesso em 2021 set 13]; 14(2):62-66. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>.
31. Minayo M. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
32. Reguant Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El mètode Delphi. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca En Educació.* 2016 [acesso em 2021 fev 18]; 9(1):87-102. Disponível em: <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>.
33. Goberna-Tricas J. El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. In: Boladeras M, Goberna-Tricas J, editores. *Bioética de la maternidad Humanización, comunicación y entorno sanitario.* Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona; 2017. p. 41-53.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília, DF: MS; 1984.
35. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSC; 2007.
36. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid: MSC; 2009.
37. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline. UK: NICE; 2014.
38. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care Clinical guideline. UK: NICE; 2015.
39. Canada. Public Health Agency of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. CA: Public Health Agency of Canada; 2018.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF: MS; 2016.
41. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Rev. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 maio 18]; 27(3):414-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300003>.
42. Cesar JAS, Carlotto JP, Montagner K, et al. Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Inf.* 2017 [acesso em 2021 abr 20]; 17(1):99-105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100006>.
43. Matias M, Verdi M, Finkler M, et al. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. *Saúde Soc.* 2019 [acesso em 2021 maio 15]; 28(3):115-27. Disponível em: [scielo.br/j/sausoc/a/Vf7mMLJNkMskJ6mnj9xgdSf/?lang=pt](http://scielo.br/j/sausoc/a/Vf7mMLJNkMskJ6mnj9xgdSf/?lang=pt).
44. Viana A, Bousquat A, Melo G, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 set 14]; 23(6):1791-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?lang=pt>.
45. Medina M, Silva GA R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz Z, Silva L. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.
46. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brouselle A, Champagne F, Con-

- tandriopoulos AP, et al., editores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
47. Doricci G, Guanaes-Lorenzi C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. Ciênc. Saúde Colet. 2021 [acesso em 2021 maio 5]; 26(8):2949-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>.
48. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
49. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: a Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. Evaluation. 2003 [acesso em 2021 abr 13]; 9(4):453-69. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135638900300900406>.

---

Recebido em 24/02/2022

Aprovado em 15/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código Financeiro 001 e Programa Institucional de Internacionalização Capes-PrInt/UFSC

# Diálogos interinstitucionais na judicialização da saúde como estratégia de sustentabilidade do SUS

*Inter-institutional dialogues in the judicialization of health as a sustainability strategy for the SUS*

Fabiana Calixto<sup>1</sup>, Ana Paula Almeida<sup>2</sup>, Luiz Henrique França<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213505

**RESUMO** Este estudo teve por objetivo explorar as estratégias dialógicas adotadas na condução dos processos de saúde ajuizados pela Defensoria Pública no município de Barreiras-BA, de modo a demonstrar que o caráter complexo e policêntrico da judicialização exige uma atuação articulada entre os atores envolvidos, voltada à garantia de sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. Adotou-se, para tanto, metodologia descritiva e retrospectiva, com foco em base documental. Os dados foram obtidos a partir de uma relação de processos elaborada pela Defensoria Pública atuante no município, seguida da consulta da íntegra dos autos no site do Tribunal de Justiça da Bahia. Foram analisados 94 processos, ajuizados entre janeiro de 2019 a dezembro de 2021. A análise das práticas dialógicas teve como referencial a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Concluiu-se que a Defensoria possui protagonismo na etapa pré-processual, buscando, em um agir comunicativo, a resolução extrajudicial dos conflitos. Por outro lado, a postura dos órgãos destinatários demonstrou falha na gestão pública da saúde, que age de forma estratégica e não tem a resolução extrajudicial como prioridade. Restou evidente, ademais, a necessidade de fortalecimento do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus), ainda pouco consolidado no Judiciário baiano.

**PALAVRAS-CHAVE** Direito à saúde. Judicialização da saúde. Práticas interdisciplinares.

**ABSTRACT** *This study aims to explore the dialogic strategies adopted in the conduct of health processes filed by the Public Defender's Office in Barreiras-BA, in order to demonstrate that the complex and polycentric character of judicialization requires an articulated action between the actors involved, aimed at guaranteeing the sustainability of the Unified Health System. A descriptive and retrospective methodology was adopted, focusing on a documental basis. The data were obtained from a list of cases prepared by the Public Defender's Office operating in the municipality, followed by consultation of the entirety of the records on the website of the Court of Justice of Bahia. 94 cases were analyzed, filed between January 2019 and December 2021. The analysis of dialogic practices was based on Habermas' Theory of Communicative Action. It was concluded that the Defender's Office has a leading role in the pre-procedural stage, seeking, in a communicative action, the extrajudicial resolution of conflicts. On the other hand, the attitude of Organs recipient bodies showed a failure in public health management, which acts strategically and does not have extrajudicial resolution as a priority. Furthermore, the need to strengthen the NAT-Jus remained evident, which is still poorly consolidated in the Bahian Judiciary.*

**KEYWORDS** *Right to health. Health's Judicialization. Interdisciplinary placement.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob) – Barreiras (BA), Brasil.  
fabiana.calixto@ufob.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.



## Introdução

A Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> instituiu, no Brasil, o Estado Democrático de Direito, assinando o compromisso de garantir direitos sociais aos cidadãos, sem quaisquer distinções. Todavia, à medida que o Estado é convocado a assumir novos encargos, há, por consequência, maior legalização, burocratização e judicialização<sup>2</sup>.

No âmbito da saúde, o fenômeno da judicialização exige do Poder Judiciário habilidade para ponderar, de um lado, o direito individual à saúde e, de outro, a justiça na distribuição de recursos e a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>. Aos gestores públicos, por sua vez, impõe a adoção de comportamentos diferenciados, no sentido de atender às decisões judiciais, controlar o aumento de novas ações e, ainda, garantir a observância dos princípios e diretrizes do SUS<sup>4</sup>.

Diversos estudos se propõem a analisar a temática e sugerir soluções. Todavia, em geral, as análises partem da relação entre a gestão pública e o Poder Judiciário, desconsiderando a pluralidade de agentes envolvidos no sistema de justiça – para além do Judiciário –, como a Defensoria Pública e o Ministério Público. Referidas organizações não apenas oferecem assistência judiciária gratuita e, em alguns Estados, respondem pelo maior número de processos de saúde<sup>4-6</sup>, como também possuem independência institucional, poder político e aptidão para atuar em diferentes contextos<sup>7</sup>, inclusive quanto à tomada de decisão de gestores públicos<sup>8</sup>.

De fato, para lidar com as mais de 100 mil novas ações de saúde propostas todos os anos no Brasil<sup>4</sup>, gestores, juízes, defensores, promotores de justiça e diferentes órgãos da Administração Pública mantêm constante interação, o que favorece a criação de estratégias dialógicas de prevenção e condução efetiva das demandas ajuizadas.

Convém, todavia, compreender e analisar as nuances que envolvem a construção desses diálogos. Para tanto, este estudo adota como referencial a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas<sup>9,10</sup>, de maneira a distinguir práticas efetivamente voltadas ao entendimento, baseadas em um agir comunicativo, daquelas

apenas orientadas para determinado fim, de maneira estratégica.

Conforme esclarecido por Uribe Rivera<sup>11</sup>, o agir comunicativo é uma ferramenta de resgate da construção intersubjetiva do mundo, notadamente no âmbito público, capaz de diminuir a supremacia das instituições do Estado (como o Poder Judiciário) e viabilizar novas formas de participação na administração da sociedade, garantindo a sustentabilidade do sistema.

Partindo, então, da premissa de que a judicialização da saúde não deve ser analisada apenas a partir da atuação de juízes e tribunais, mas também como resultado da atuação – coordenada ou não – das instituições que integram o sistema de justiça, questiona-se: à luz da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, como se articulam os atores envolvidos nas demandas por saúde acompanhadas pela Defensoria Pública em Barreiras-BA?

A partir do referido questionamento, o presente estudo tem por objetivo explorar as estratégias dialógicas adotadas na condução de processos de saúde acompanhados pela Defensoria Pública no município de Barreiras-BA, de maneira a demonstrar, à luz do pensamento de Habermas, a importância da articulação entre os diversos atores que movimentam a judicialização, para o adequado atendimento às demandas e garantia da sustentabilidade do SUS.

## Material e métodos

Este é um estudo documental, descritivo e retrospectivo, tendo por objeto demandas de saúde acompanhadas pela Defensoria Pública do Estado (DPE), no município de Barreiras-BA.

Inicialmente, mediante prévia autorização de coleta de dados, a DPE encaminhou aos pesquisadores uma relação de 107 processos individuais acompanhados pela instituição. Da referida relação, constavam o número, o nome do autor e o bem pleiteado em cada demanda, o que viabilizou o acesso da íntegra dos autos eletrônicos no sistema de gerenciamento processual do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia (TJBA). Todos os

processos tramitam na mesma unidade jurisdicional, qual seja, a 1ª Vara da Fazenda Pública (única do município).

Após acesso, os pesquisadores realizaram *download* do conteúdo, em versão PDF. Movimentações processuais posteriores a dezembro de 2021 não foram consideradas.

Foram incluídos na pesquisa os processos ajuizados entre janeiro de 2019 e dezembro de 2021, em trâmite na primeira instância do Poder Judiciário. Por sua vez, foram excluídos: i) 8, por terem sido ajuizados em 2018; ii) 3, por não terem sido ajuizados no município de Barreiras-BA; e iii) 2, por não terem sido encontrados em consulta ao sítio eletrônico do TJBA.

Foram extraídas as seguintes variáveis sanitárias: caracterização do objeto pretendido pelo autor; especialidade médica requerida; especificação e quantitativo de medicamentos solicitados (se fosse o caso); inscrição do medicamento na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome/SUS (se fosse o caso); quadro clínico do paciente.

As variáveis judiciais, por sua vez, foram: data de ajuizamento do processo; existência de litisconsórcio passivo (mais de um réu); tentativa de diálogo prévia à ação; manifestação do Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-Jus) ou presença de outro arranjo dialógico; existência de pedido em caráter de urgência; teor da decisão que apreciou o pedido de tutela de urgência; total e teor das sentenças já proferidas; impacto da Covid-19 na ação.

As informações extraídas foram sistematizadas no programa Microsoft Excel®, versão 2016, em única base de dados, tendo por referência o número do processo.

A abordagem e a problematização dos diálogos tomaram como referência a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas<sup>9,10</sup>, que parte da linguagem como a base para o entendimento.

Com efeito, defende o autor que, em um agir comunicativo, as partes envolvidas se tornam capazes de coordenar seus planos de ação, construídos por cada visão de mundo, de maneira consensual<sup>9,10</sup>. Há, portanto, genuíno diálogo.

Por outro lado, seriam consideradas ações estratégicas aquelas em que os sujeitos envolvidos buscariam, cada um, uma finalidade específica, utilizando-se da linguagem para transmitir informações ou comandos com intenções ocultas, de forma a agir sobre o outro, não em parceria com ele. Nesses casos, os participantes se comportariam de forma cooperativa apenas na medida em que seus cálculos egocêntricos de vantagens fossem atendidos.

Este trabalho é resultado do projeto de pesquisa intitulado 'Práticas Dialógicas e Judicialização da Saúde Pública: A Atuação da Defensoria Pública e do Ministério Público no município de Barreiras-BA', submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia (Ufob), sob parecer nº 5.474.819.

## Resultados

### Perfil das ações

O universo da pesquisa correspondeu a 94 processos, sendo 40% (38) ajuizados em 2019, 34% (32) em 2020 e 26% (24) em 2021. Todos as ações foram propostas contra o Estado da Bahia, de forma isolada (6%) ou em litisconsórcio com o município de Barreiras-BA (94%).

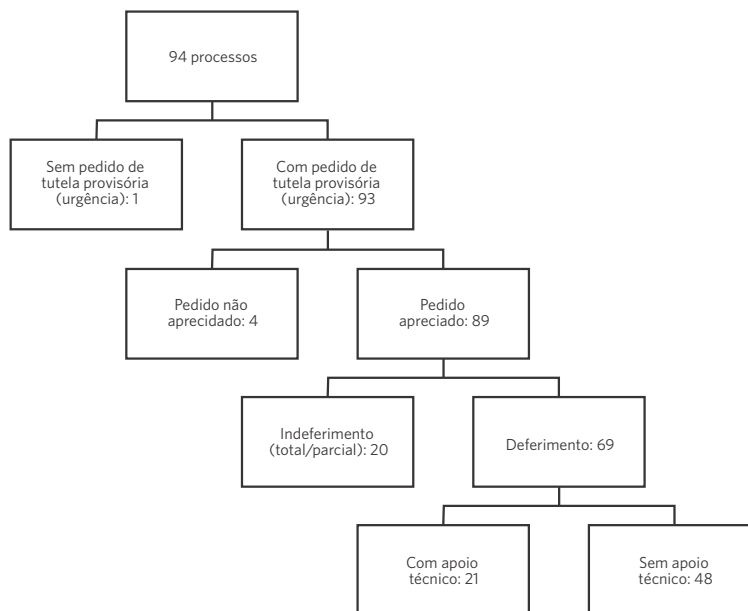
Os processos evidenciam uma busca por 18 especialidades de saúde distintas: cardiologia (27%); neurologia (17%); oncologia (14%); ortopedia (7%); oftalmologia (6%); reumatologia (5%); pneumologia (4%); angiologia (3%); gastroenterologia (3%); endocrinologia (2%); hematologia (2%); patologia (2%); cirurgia plástica (2%); gastro-hepatologia (2%); implantodontia (1%); psicologia (1%); psiquiatria (1%); e urologia (1%).

Mais da metade das ações (56%) teve por objeto a concessão de medicamentos. Foram solicitados, no total, 145 fármacos, de 108 variedades, a maioria (58%) sem incorporação à Renome. O medicamento mais demandado foi o Xarelto (18%), também não inserido na Renome.

Quase a totalidade dos processos apresenta um pedido de providência provisória, em razão de urgência. Em relação aos casos analisados pelo juiz (89), 78% (69) foram julgados integralmente em favor do

autor e, entre estes, 70% (48) tiveram como fundamento apenas documentos e laudos apresentados pelo paciente, sem qualquer apoio técnico específico de saúde ao magistrado (figura 1).

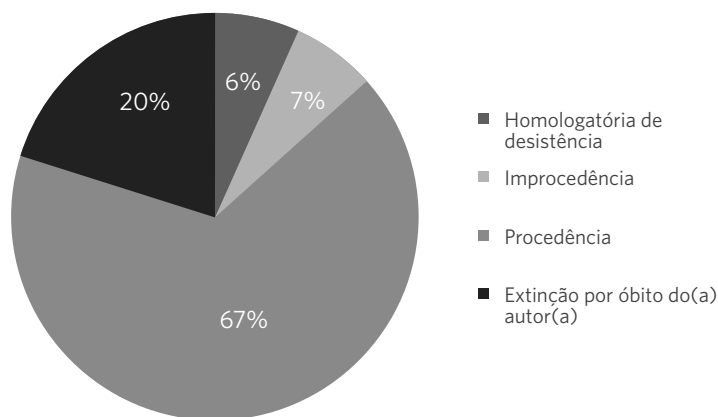
Figura 1. Panorama de decisões proferidas em caráter de urgência em demandas de saúde ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado no município de Barreiras, Bahia (2019-2021)



Fonte: elaboração própria.

Entre os processos examinados, 32% (30) apresentavam sentença (gráfico 1).

Gráfico 1. Teor das sentenças proferidas nas demandas de saúde acompanhadas pela Defensoria Pública do Estado no município de Barreiras, Bahia (2019-2021)



Fonte: elaboração própria.



Em 67% (20) dos processos sentenciados, os autores obtiveram exatamente o que pediam na petição inicial. Em 90% (18) desses casos de procedência, a sentença manteve, em definitivo, o teor da decisão provisoriamente proferida em caráter de urgência, não havendo alterações significativas entre as fundamentações.

Em 7% (2) dos casos sentenciados, os pedidos autorais foram negados (improcedência) em razão da ausência de demonstração da efetiva necessidade dos medicamentos pleiteados, que não integravam a Renome.

Houve, ainda, sentenças que apenas extinguíram o processo, sem tratar do pedido do autor, em virtude da sua desistência (6% – 2) ou falecimento (20% – 6).

Referidos óbitos aconteceram, em média, após 17 dias do ajuizamento da ação. Em todos os casos (6), os pacientes chegaram a obter decisão provisória favorável, em caráter de urgência, após um tempo médio de espera de 6 dias, mas faleceram antes que o ente público cumprisse a ordem do juiz; 17% (1), para fornecer medicamentos; e 83% (5), para realizar transferência hospitalar.

Nenhum dos processos examinados se encerrou antes do início do estado pandêmico ocasionado pela Covid-19, em março de 2020. Outrossim, 18% (17) das demandas apontaram, expressamente, transtornos em virtude da pandemia, de forma direta – contaminação do autor pelo vírus (6%) –, ou indireta – em relação à logística de abastecimento de medicamentos (47%), vagas em hospitais (35%) e dificuldade na realização de procedimentos cirúrgicos (12%).

Analisando-se, em conjunto, os dados sobre a pandemia e os óbitos, verifica-se que, entre as 5 demandas de transferência hospitalar que resultaram no falecimento do paciente, 60% (3) apontaram impactos da pandemia. Nesses casos, os pacientes não faleceram vítimas de Covid-19, mas no aguardo de vagas em hospitais para tratamento de outras enfermidades, não fornecidas em razão superlotação de leitos ocasionada pelo vírus.

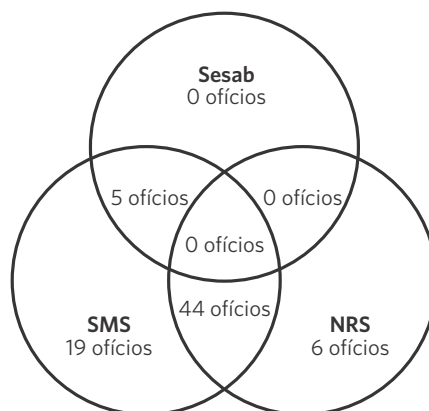
### Práticas dialógicas identificadas

Em relação aos diálogos interinstitucionais identificados, os resultados deste estudo podem ser organizados em duas fases: a primeira, pré-processual, voltada a evitar a judicialização, ainda administrativamente; e a segunda, já processual, com o objetivo de atender aos pedidos levados ao Poder Judiciário.

Sobre a primeira fase, pré-processual, identificou-se que, em 79% (74) dos casos estudados, a Defensoria Pública realizou tentativas de diálogo consistentes no envio de ofícios às estruturas de saúde municipal, regional e estadual, tendo por conteúdo a descrição do quadro clínico do paciente e um pedido de providências, relacionadas com o fornecimento de medicamentos ou com a prestação de serviços.

Foram enviados, no total, 68 ofícios para a Secretaria Municipal de Saúde de Barreiras-BA (SMS), 50 para o Núcleo Regional de Saúde Oeste (NRS) e 5 para a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) (*figura 2*).

Figura 2. Envio de ofícios pela Defensoria Pública, em momento anterior ao ajuizamento dos processos de saúde, no município de Barreiras, Bahia (2019-2021)



Fonte: elaboração própria.

NRS - Núcleo Regional de Saúde Oeste (Estado da Bahia);

Sesab - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia;

SMS - Secretaria Municipal de Saúde (Barreiras-BA).

Dos 123 ofícios enviados, mais da metade (52%) não foi respondida. Proporcionalmente, o NRS foi o que mais ignorou os ofícios recebidos pela Defensoria (60%), seguido pela Secretaria de Saúde do Município (46%), por fim, pela Sesab (40%).

Considerando os ofícios respondidos (60), o argumento mais suscitado para negar os pedidos feitos pela DPE foi a ausência de inscrição do medicamento solicitado na RENAME, identificado em 40% das respostas. De todo modo, em todos esses casos em que a DPE tentou contato administrativo, os pedidos foram levados ao Poder Judiciário e deferidos, total ou parcialmente. Em 80% (60) dos processos, a concessão se deu ainda em caráter de urgência.

A segunda fase de análise, já processual, revelou a adoção de práticas dialógicas em 46% (41) das demandas, no contexto de julgamento dos pedidos de tutela provisória. Em todos esses casos, o magistrado buscou assessoramento técnico em saúde, seja pelo NAT-Jus (38%), seja por instituições diversas (8%).

Entre os casos em que o NAT-Jus foi procurado (34), em cinco, não houve manifestação, seja pela falta de informações para a análise,

seja porque o seu parecer ainda estava no prazo de envio quando da coleta de dados. Foram analisadas, então, 29 decisões, em que houve efetivo assessoramento do Núcleo.

Com base nos pareceres do NAT-Jus, 55% (16) das decisões foram de deferimento integral do pedido do autor, 31% (9) foram de deferimento parcial e 14% (4) foram de indeferimento. Em relação aos assuntos, 83% (24) das decisões assessoradas versavam sobre medicamentos; 10% (3), sobre a realização de consultas, exames ou procedimentos cirúrgicos; e 7% (2) envolviam o fornecimento de produtos médico/hospitalares.

Não foi possível identificar uma escala anual ascendente de decisões que buscaram o NAT-Jus, tendo 45% (13) sido proferidas em 2019; 21% (6), em 2020; e 34% (10), em 2021.

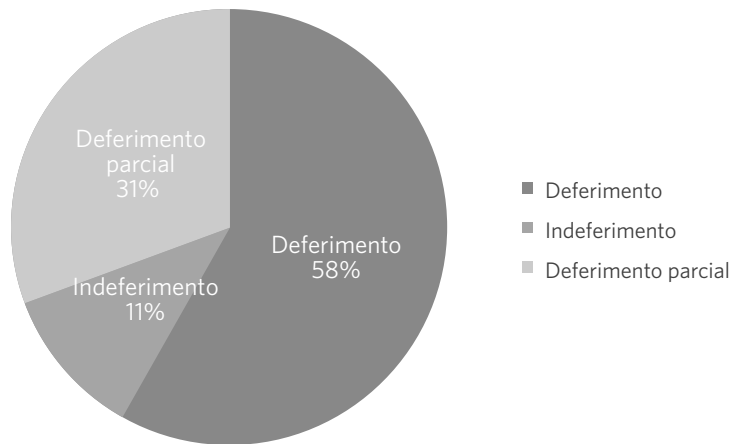
Os outros arranjos de assessoramento técnico identificados (7) foram relacionados com a concessão de medicamentos, tendo o magistrado buscado, em dois dos casos, a biblioteca digital do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG), e, em cada um dos demais: o Sistema de apoio de informações de medicamentos do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); o Sistema Médico de Apoio a Decisões

Judiciais do CNJ; o Núcleo de Avaliação em Tecnologias de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); a publicação 'Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas' do Ministério da Saúde; e o documento elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec). Nesses processos, a tutela de urgência foi deferida, integralmente, em 71% (5) dos casos e, parcialmente, em 29% (2). Não houve indeferimentos.

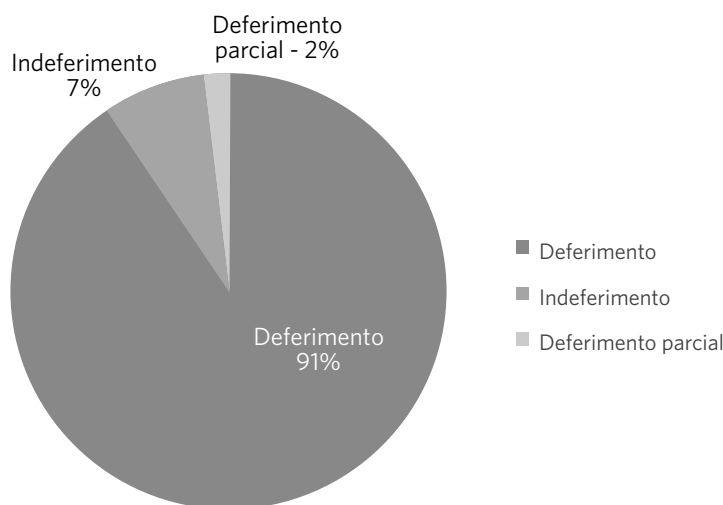
Contraopondo-se os casos em que houve (36) ou não (53) apoio técnico específico em saúde, identificou-se que, com apoio técnico, 58% (21) das decisões de urgência foram de deferimento; 31% (11), de deferimento parcial; e 11% (4), de indeferimento. Por sua vez, nos processos sem assessoramento técnico, as decisões de urgência deferiram o pedido autoral em 91% (48) dos casos, deferiram parcialmente em 2% (1) e indeferiram em 7% (4) dos casos (*figura 1 e gráfico 2*).

Gráfico 2. Repercussão do auxílio técnico aos magistrados nas decisões proferidas em caráter de urgência nas demandas de saúde ajuizadas pela Defensoria Pública do Estado no município de Barreiras, Bahia (2019-2021)

#### Decisões proferidas com auxílio técnico ao magistrado



#### Decisões proferidas sem auxílio técnico ao magistrado



Fonte: elaboração própria.

Entre os processos sem auxílio técnico, 18 já apresentavam sentença, sendo 61% (11) de procedência, 28% (5) de extinção do processo sem exame do mérito – em razão do óbito da parte demandante –, e 11% (2) homologando a desistência do autor. Nenhuma das sentenças proferidas nesse recorte julgou improcedente o pedido autoral.

## Discussão

A análise das demandas de saúde acompanhadas pela Defensoria Pública no município de Barreiras-BA, entre 2019 e 2021, identificou predominância da solicitação por medicamentos, a maioria destes não incluídos na Rename. Quase a totalidade dos processos incluíram Estado e Município como litisconsortes passivos, tendo havido percentual elevado de concessões em caráter de urgência em desfavor dos entes públicos. Duas práticas dialógicas foram identificadas, uma em momento pré-processual (extrajudicialmente) e outra em etapa processual (quando as ações já estavam em trâmite).

O elevado número de processos propostos, simultaneamente, contra o município de Barreiras e o estado da Bahia (94%) demonstra a dificuldade de identificar, no caso concreto, de quem seria a responsabilidade pela prestação de saúde almejada. Assim, valeram-se os autores da permissiva do Supremo Tribunal Federal (STF) – instância mais elevada do Poder Judiciário brasileiro –, segundo a qual os três entes federativos teriam responsabilidade em litígios judiciais de saúde no âmbito do SUS<sup>12</sup>, salvo em ações por medicamentos sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que devem, necessariamente, ser ajuizados contra a União<sup>13</sup>.

Esse posicionamento, também discutido por Santos<sup>14</sup>, cria uma tese de repercussão geral, o que significa que deve ser seguido pelos tribunais inferiores ao julgar casos semelhantes<sup>15</sup>. Assim, em regra, qualquer pessoa pode ajuizar ações de fornecimento de medicamentos e/

ou tratamentos médicos contra um ou mais entes federativos (União/Estado-membro/DF/município), independentemente da previsão legal de divisão de atribuições<sup>12</sup>.

Por outro lado, o STF entendeu que cabe ao magistrado, depois de ajuizada a ação, direcionar o cumprimento da medida conforme as regras legais de competência<sup>16,17</sup> ou, nas hipóteses em que um ente custear a obrigação que seria de outro (em virtude da urgência), impor o ressarcimento àquele que teria a atribuição legal. Santos<sup>14</sup> considera esse encaminhamento problemático, por gerar dificuldades para o magistrado e para o ente cumpridor, mas Wang<sup>15</sup> pondera que a solidariedade irrestrita seria capaz de desestruturar o SUS e comprometer o planejamento e execução de políticas públicas.

De todo modo, embora esses entendimentos tenham sido firmados em 2019, em nenhum dos processos analisados, o magistrado agiu nesse sentido – direcionando o cumprimento das ordens judiciais a um ente específico ou impondo o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro –, o que demonstra desconhecimento, por parte do Poder Judiciário local, dos entendimentos consolidados pelo mais alto tribunal do País.

A essa percepção, já preocupante, é somada a identificação de um número elevado de decisões favoráveis proferidas em caráter de urgência, isto é, sem maior aprofundamento do caso. A maioria (70%) das concessões dessa natureza foram realizadas, inclusive, sem qualquer apoio técnico ao magistrado, tendo como respaldo apenas laudos e receituários apresentados pelo autor. Esse resultado é identificado em outras pesquisas<sup>6,18-20</sup>, permitindo a compreensão de que, para o Poder Judiciário, a prescrição médica é argumento suficiente para fundamentar as suas decisões<sup>21,22</sup>.

Ademais, 90% das sentenças favoráveis ao autor mantiveram a fundamentação das decisões já proferidas em caráter provisório, que poderiam vir a ser modificadas ao longo do processo, após aprofundamento das provas e manifestações da parte contrária. Ao

identificar resultado similar em seu estudo, Rios<sup>23</sup> o atribuiu ao fato de que, por vezes, o desfecho conquistado provisoriamente esgota a situação de crise jurídica, sendo inviável o seu desfazimento. Seriam as hipóteses, por exemplo, de pedidos relacionados com a realização de exames ou procedimento cirúrgicos, em que restaria ao órgão julgador, em sede de decisão definitiva (sentença), apenas ratificar o que já foi concedido em caráter provisório (tutela de urgência).

Por outro lado, conforme observado por Oliveira et al.<sup>21</sup>, nas hipóteses em que o pedido do autor não se esgota na decisão provisória, como acontece em ações por medicamentos continuados, por exemplo, a manutenção do entendimento do magistrado sinaliza a precariedade da defesa do Poder Executivo municipal e/ou estadual, no sentido de obter o acolhimento das suas alegações e reverter, em favor do ente público, a decisão provisoriamente proferida pelo juiz.

A variável relacionada com a Covid-19<sup>24</sup> revelou, assim como em outros municípios<sup>25</sup>, impactos no abastecimento de medicamentos, superlotação dos leitos hospitalares e dificuldade nas transferências hospitalares. Houve casos em que o paciente foi a óbito sem a devida providência pelo ente público, o que indica, além de falta de planejamento e proatividade dos gestores, a inexistência de instâncias de atuação coordenada dos entes municipal, estadual e federal<sup>25</sup>, capazes de conservar as condições institucionais de prestação da saúde diante de mudanças inesperadas e crises de natureza política, econômica ou sanitária, como a pandemia vivida a partir de 2020.

Sobre esses aspectos, Carvalho et al.<sup>26</sup> pontuam que, embora excepcional, a pandemia evidenciou as fragilidades do sistema já existentes, principalmente no que diz respeito à falta de articulação entre os entes federativos para lidar com demandas de saúde, garantindo a sustentabilidade do sistema.

Ocorre que não há sinais de que tais demandas deixarão de existir no médio prazo<sup>4</sup>. Em

verdade, Vasconcelos<sup>27</sup> enxerga que a judicialização contra a administração do SUS deve ser percebida como um ‘problema social’, a exigir respostas organizadas e soluções efetivamente colaborativas.

Nesse sentido, esta pesquisa revelou, em 79% (74) dos casos, o empenho da Defensoria Pública em resolver as situações dos seus assistidos de forma extrajudicial (momento pré-processual), por meio do envio de ofícios ao NRS Oeste e às Secretarias de Saúde do município de Barreiras e do estado da Bahia, com a descrição da situação do paciente e o pedido de fornecimento dos medicamentos e/ou serviços necessários. Essa forma de atuação da DPE também foi identificada por Aguiar<sup>28</sup>, Silva e Schulman<sup>29</sup> e Branco Dias et al.<sup>30</sup>, nos municípios de Teixeira de Freitas-BA, Rio de Janeiro-RJ e Ivinhema-MS, respectivamente, indicando um padrão de diálogo da instituição.

Wang<sup>3</sup> pontua que essa busca de contato extrajudicial com a gestão municipal ou estadual tem especial relevância por oportunizar que a Administração Pública compreenda a realidade do cidadão e, caso não possa atender ao seu pedido, justifique suas decisões de política pública e/ou apresente opções alternativas, evitando um processo judicial.

Outras duas formas de diálogos extrajudiciais envolvendo a Defensoria Pública foram identificadas na literatura: a primeira, apontada nos estudos de Vasconcelos<sup>27</sup>, Wang<sup>3</sup> e pelo CNJ<sup>4</sup>, consiste no programa Acesso SUS, do estado de São Paulo<sup>31</sup>, uma plataforma eletrônica que permite que o Ministério Público e a Defensoria encaminhem o assistido diretamente para atendimento pelo SUS, revelando um canal direto de comunicação entre a Secretaria de Saúde do Estado e os órgãos de Justiça.

A segunda forma, identificada também por Wang<sup>3</sup>, consiste no encaminhamento do pedido do assistido, pela Defensoria, à Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), para que esclareça se o tratamento foi incorporado pelo SUS e pesquise sobre seus benefícios, com base na medicina baseada em evidências. O parecer

da UFPel é utilizado, por fim, para subsidiar as decisões do gestor público e da Defensoria.

Práticas como as descritas se harmonizam com o agir comunicativo proposto por Habermas<sup>9</sup> e evidenciam o papel da Defensoria Pública no contexto de mudança dos paradigmas relacionados com a condução de políticas públicas de saúde, que, conforme esclarecido por Muller e Artman<sup>32</sup>, costuma partir dos valores e percepções dos gestores e técnicos e se impor aos demandantes. Os diálogos descritos, por sua vez, permitem que as partes se reconheçam como detentoras de responsabilidades e capacidade de resolver seus conflitos, libertando-se da dependência de um terceiro julgador (o Poder Judiciário), fortalecendo os vínculos democráticos e viabilizando a sustentabilidade do sistema<sup>33</sup>.

Ocorre que, apesar de os estudos apontarem as vantagens das soluções dialógicas extrajudiciais, mais da metade das comunicações analisadas neste estudo sequer foram respondidas. O silêncio destoia do ideal habermasiano e corrobora o argumento suscitado por Vasconcelos<sup>27</sup> e Ferreira et al.<sup>34</sup>, no sentido de que a judicialização da saúde é justificada, também – ou principalmente –, pela forma como a Administração Pública conduz as questões que lhe são apresentadas, dando causa, de forma consciente ou não, a muitas das demandas judiciais com as quais precisa lidar posteriormente.

Por outro lado, a negativa majoritariamente identificada, tanto nos ofícios respondidos (fase pré-processual) como nos pedidos de tutela de urgência indeferidos (fase processual), teve o mesmo fundamento: ausência de inscrição dos medicamentos solicitados na Rename, com tratamentos substitutivos pelo SUS.

Nesse ponto, é necessário ponderar dois aspectos: inicialmente, de fato, não possui o ente público o dever de fornecer um tratamento não incorporado na política de saúde, uma vez que a referida relação é definida a partir de procedimento previsto em lei<sup>35</sup> e regulamentado por decreto<sup>36</sup>, para promover

a garantia de acesso à assistência farmacêutica e o uso racional de medicamentos<sup>37</sup>.

Assim, a indicação de fármacos não incorporados, havendo alternativas no SUS, sinaliza possível desconhecimento dos médicos prescritores acerca das políticas da rede pública, ou, ainda, eventual influência da indústria farmacêutica em suas prescrições<sup>18</sup>. Em São Paulo, inclusive, como forma de contornar situações como essa, a Secretaria de Estado da Saúde instituiu a Resolução nº 83/2015<sup>38</sup>, determinando que as prescrições de tratamentos não padronizados sejam acompanhadas de declaração do médico responsável, com indicação de eventual conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica ou pesquisa clínica.

Por outro lado, é importante ressaltar que, embora excepcional, o fornecimento de medicamentos não incorporados se torna legítimo, se houver a comprovação da necessidade do paciente e da ineficácia dos fármacos disponíveis no SUS, além da demonstração de incapacidade financeira de assumir o custo do medicamento prescrito e, por fim, do registro do fármaco na Anvisa, observados os usos autorizados pela agência<sup>39</sup>.

Há, portanto, a necessidade de avaliar as peculiaridades de cada caso, deixando de haver legitimidade se as respostas se limitam a, genericamente, negar os pedidos, como identificado nas respostas aos ofícios da DPE. Verifica-se, nessas hipóteses, um agir estratégico da gestão pública, ao buscar apenas desafogar-se de demandas, e não procurar soluções dialogadas.

De todo modo, este estudo revelou que, ao alcançar o Poder Judiciário, as discussões sobre inscrição na Rename e/ou alternativas terapêuticas no SUS perdem relevância, sendo os pedidos concedidos de forma majoritária pelos juízes, inclusive sem apoio técnico específico para fundamentar as suas decisões. Biscarde et al.<sup>40</sup> ponderam, porém, que, por mais importante que seja o papel do Poder Judiciário na concessão de direitos, em hipóteses como essas, a solução deriva de uma obrigatoriedade induzida pelo Poder Judiciário,

não de um processo de entendimento e, em alguns casos, sem sequer considerar critérios técnicos de saúde que privilegiem a equidade e outros princípios basilares do SUS.

Especificamente sobre os casos conduzidos sem qualquer assessoramento em saúde, chama a atenção o fato de que nenhuma das sentenças proferidas neste recorte negou o pedido autoral, reforçando, assim, nas decisões provisórias, a ideia da irrefutabilidade do entendimento médico prescritor<sup>23</sup>.

Em tais situações, justamente pela possibilidade de cognição exauriente, esperar-se-ia que o juiz não acatasse plenamente o laudo, mas investigasse, com o devido assessoramento técnico, a adequação do pedido ao quadro clínico do paciente, priorizando o recurso terapêutico disponível no SUS, sendo as exceções devidamente justificadas. Porém, ao considerar inquestionáveis os laudos e os exames apresentados pelos autores, o magistrado não só abdica da possibilidade de avaliar eventual alternativa terapêutica disponível no SUS como também evidencia sua ausência de qualificação para apreciar casos de direito sanitário<sup>23</sup>.

Reforça esse entendimento a percepção de que as demandas que contaram com alguma forma de apoio técnico apresentaram percentual inferior de decisões favoráveis do que aquelas em que não houve nenhum auxílio, ainda em caráter de urgência. Esse dado, também identificado por Rios<sup>23</sup>, deixa evidente o papel dos arranjos institucionais na sustentabilidade do SUS, principalmente em relação à identificação dos casos de efetiva necessidade e urgência do tratamento solicitado, a partir do conhecimento técnico não dominado por magistrados.

Todavia, apesar da indiscutível relevância e da normatização da matéria pelo CNJ<sup>41</sup>, o assessoramento técnico nas causas de saúde ainda é pouco procurado pelos magistrados em Barreiras-BA. Esse dado, identificado também no município de Salvador<sup>23</sup>, demonstra a fragilidade do arranjo no Judiciário baiano, exigindo-se, portanto, uma atuação mais efetiva

do CNJ e do próprio Tribunal de Justiça, no sentido de promover a sua divulgação, capacitar os magistrados para o uso da ferramenta e viabilizar a prestação do serviço – que possui funcionamento ininterrupto no TJBA<sup>42</sup> – com a celeridade exigida pela temática.

A presente pesquisa tem limitações relevantes. Inicialmente, o banco de dados foi elaborado a partir de uma relação elaborada, manualmente, pela Defensoria Pública, e, portanto, passível de equívocos. Ademais, alguns processos cujos números constavam da relação mencionada não puderam ser acessados no *site* do TJBA, pois os elementos identificadores estavam equivocados, impedindo a sua inclusão. Por fim, a coleta de dados não permitiu identificar se diálogos pessoais induziriam comportamentos diversos aos apurados, sendo relevante uma pesquisa complementar nesse sentido.

De todo modo, a despeito das limitações narradas, foi possível realizar ampla análise dos diálogos adotados na judicialização da saúde no município de Barreiras-BA e do potencial dessas práticas para a garantia da sustentabilidade do SUS, a partir de um quantitativo relevante de processos judiciais, em um lapso de três anos.

## Conclusões

A análise das demandas acompanhadas pela Defensoria Pública no município de Barreiras-BA permitiu a percepção do evidente protagonismo da instituição na etapa pré-processual, no sentido de buscar contato administrativo com as Secretarias de Saúde do município, da região oeste e do estado da Bahia, visando à resolução dos conflitos. Referida prática revelou-se o padrão de atuação da DPE, favorecendo a consolidação de estruturas comunicativas no espaço público.

Por outro lado, a padronização das respostas ou a absoluta falta de qualquer retorno, por parte dos órgãos destinatários, destoam do ideal habermasiano e demonstram inequívoca

falha na gestão pública da saúde, que não tem o diálogo como prioridade.

Com efeito, diversos processos analisados poderiam ter sido evitados caso recebessem da gestão pública a devida atenção, não apenas no sentido de atender ou encaminhar a demanda, mas, principalmente, de justificar a impossibilidade de fornecimento do medicamento ou prestação desejada, apresentando alternativas à necessidade do paciente. Percebeu-se, portanto, que as demandas judiciais se justificam, em grande medida, pela postura pouco acessível da Administração Pública, que faz com que o cidadão precise buscar o Poder Judiciário para ter a sua necessidade sanitária, de fato, apreciada.

Situações como essas evidenciam que as dinâmicas existentes no contexto da saúde pública nem sempre se configuram como ações comunicativas, voltadas ao entendimento sobre a melhor forma de atender às necessidades dos cidadãos. Existem, também, conflitos decorrentes de comunicações estratégicas, estimuladas pelo sistema político e pelo mercado, em busca de lealdade política ou definição de preferências de consumo.

A análise dos processos revelou, porém, que os conflitos sanitários são complexos e exigem, para a sua adequada condução, uma atuação verdadeiramente articulada entre os agentes, principalmente porque, na falta de qualificação técnica dos profissionais do direito, consolida-se a soberania da prescrição médica, agravada pelo desconhecimento dos

profissionais de saúde acerca das políticas do SUS. No mesmo sentido, restou evidente a necessidade de fortalecimento do NAT-Jus, ainda pouco consolidado no Judiciário baiano e, especificamente, pouco difundido entre os juízes de Barreiras-BA.

Conclui-se, portanto, pela imperatividade de um novo paradigma para a gestão e jurisdição em saúde pública no município de Barreiras-BA, que, a partir do reconhecimento de que as formas tradicionais de resolução dos conflitos não atendem, satisfatoriamente, às necessidades sanitárias atuais, fortaleça, em momentos pré-processuais e processuais, ações verdadeiramente comunicativas, garantindo a sustentabilidade do SUS.

## Colaboradores

Calixto F (0000-0003-0819-0120)\* contribuiu para a concepção e desenho da obra, aquisição, análise e interpretação dos dados utilizados para desenvolver o estudo, redação do trabalho e aprovação final da versão a ser publicada. Almeida AP (0000-0001-5808-5818)\* ofereceu contribuições substanciais para a concepção da obra, revisão crítica do estudo e aprovação final da versão a ser publicada. França LH (0000-0002-8884-5440)\* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, revisão crítica do estudo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Nunes Júnior A. A Constituição de 1988 e a judicialização da política no Brasil. *Rev Inf. Leg.* 2008; 45(178):157-179.
3. Wang DWL. Judicialização da Saúde: Como prevenir. Coleção Judicialização da Saúde nos Municípios: como responder e prevenir. [local desconhecido]: CONASEMS; 2021.
4. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Judicialização da saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça; 2019. [acesso em 2022 abril 20]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf>.
5. Asensi FD, Pinheiro R. Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiências. Conselho Nacional de Justiça. 2015. [acesso em 2022 mar 21]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/bitstream/123456789/307/1/Justi%ca7a%20Pesquisa%20-%20Judicializa%ca7%ca3o%20da%20Sa%cbade%20no%20Brasil.pdf>.
6. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A Judicialização da Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(2):591-598.
7. Bernardes EM, Ventura CAA. Defensoria Pública do Estado de São Paulo, participação social e acesso à justiça. *Saúde debate.* 2019; 43(120):269-275.
8. Arantes RB, Moreira TMQ. Democracia, instituições de controle e justiça sob a ótica do pluralismo estatal. *Opin. pública.* 2019; 25(1):97-135.
9. Habermas J. Teoria do Agir Comunicativo: Racionalidade da ação e racionalização social. Siebeneichler F, organizador. v. 1. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2019. 704 p.
10. Habermas J. Teoria do Agir Comunicativo: Sobre a crítica da razão funcionalista. v. 2. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2019. 811 p.
11. Uribe Rivera FJ. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. [acesso em 2022 maio 20]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ghgb/pdf/rivera-9788575412480.pdf>.
12. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Recurso Extraordinário- RE 855178. [acesso em 2022 mar 22]. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4678356>.
13. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medicamentos não registrados na Anvisa. Recurso Extraordinário - RE 657718/MG. [acesso em 2022 maio 15]. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=754312026>.
14. Santos L. Judicialização da saúde: as teses do STF. *Saúde debate.* 2021; 45(130):807-818.
15. Wang DWL. Direito à saúde, judicialização e a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. Coleção Judicialização da Saúde nos Municípios: como responder e prevenir. [local desconhecido]: CONASEMS; 2021.
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
17. Brasil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fisca-

- lização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Jan 2012.
18. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPP. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. *Physis (Rio J)*. 2016; 26(4):1335-1356.
  19. Gomes VS, Amador TA. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(3):451-462.
  20. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010; 20(1):77-100.
  21. Oliveira YMC, Braga BSF, Farias AD, et al. Judicialização no acesso a medicamentos: análise das demandas judiciais no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(1).
  22. Schulze CJ. As omissões na judicialização da saúde. In: Alves S, Lemos A, organizadoras. *Direito Sanitário: Coletânea em homenagem à profa dra Maria Célia Delduque*. São Paulo: Matrioska; 2020. p. 125-137.
  23. Rios S. Judicialização do direito à saúde pública no Município de Salvador – BA: principais aspectos neoinstitucionais que interferiram nas decisões liminares proferidas na Justiça Estadual entre 2014 e 2016. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2018. 543 p.
  24. Santos RT, Guimarães JR. Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):73-87.
  25. Tasca R, Carrera MBM, Malik AM, et al. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. *Saúde debate*. 2022; 46(esp1):15-32.
  26. Carvalho EC, Souza PHDO, Varella TCMML, et al. COVID-19 pandemic and the judicialization of health care: an explanatory case study. *Rev. latinoam. enferm.* 2020; 28:33-54.
  27. Vasconcelos NP. Entre justiça e gestão: colaboração interinstitucional na judicialização da saúde. *Rev. Adm. Pública*. 2021; 55(4):923-949.
  28. Aguiar AC. A atuação extrajudicial da Defensoria Pública na efetivação do direito à saúde no plano individual: a troca de ofícios como solução autocompositiva entre o assistido e a Fazenda Pública. In: *Anais do II Congresso de Processo Civil Internacional: A Jurisdição e a cooperação jurídica internacional e os métodos adequados de tratamento de conflitos na América Latina*; 2018. [acesso em 2022 abril 21]. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/processo-civilinternacional/article/view/26026>.
  29. Silva AB, Schulman G. (Des)judicialização da saúde: mediação e diálogos interinstitucionais. *Ver. bioét. (Impr.)*. 2017; 25(2):290-300.
  30. Branco Dias T, Nabarro Ferraz F, Rocha Brischiliari SC, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no município de Ivinhema, Mato Grosso do Sul. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)*. 2019; 8(4):66-77.
  31. São Paulo. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. *Direito e Saúde: Guia de apoio técnico para tratamento dos litígios relativos à saúde pública e suplementar*. São Paulo: Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo; 2019. [acesso em 2022 abril 23]. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/NatJus/NatJus/Default/GuiaTecnico.pdf>.
  32. Müller Neto JS, Artmann E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011 [acesso em 2022 mai 21]; 17(12). Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politica-gestao-e-participacao-em-saude-reflexao-ancorada-na-teoria-da-acao-comunicativa-de-habermas/7992?id=7992>.
  33. Castro ML. *Teoria do Agir Comunicativo e Métodos Adequados de Resolução de Conflitos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2020.

34. Ferreira TJN, Magarinos-Torres R, Santos-Pinto CDB, et al. Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira. *Saúde debate*. 2019; 43(122):668-684.
35. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 29 Abr 2011.
36. Brasil. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Dez 2011.
37. Damasceno TV, Bentes Ribeiro KC. Judicialização da saúde nos municípios da região metropolitana de Belém-PA. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit. (Impr.)*. 2019; 8(2):100-115.
38. São Paulo. Resolução SS - 83, de 17 de agosto de 2015. Dispõe sobre a prescrição de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/diretrizes-para-dispensacao-de-medicamentos-no-estado-de-sao-paulo/resolucao\\_ss\\_83\\_2015\\_prescricao\\_de\\_medicamentos\\_sus\\_sp.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/diretrizes-para-dispensacao-de-medicamentos-no-estado-de-sao-paulo/resolucao_ss_83_2015_prescricao_de_medicamentos_sus_sp.pdf).
39. Brasil. Superior Tribunal de Justiça. Embargos de Declaração no Recurso Especial nº 1.657.156-RJ. [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/toc.jsp?livre=%28%28EDRESP.clas.+ou+%22EDcl+no+REsp%22.clap.%29+e+%40num%3D%221657156%22%29+ou+%28%28EDRESP+ou+%22EDcl+no+REsp%22%29+adj+%221657156%22%29.suce>.
40. Biscarde DGS, Vilasbôas ALQ, Trad LAB. Consenso e pactuação regional entre gestores do SUS no nordeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(12):4519-4527.
41. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31, de 30 de março de 2010. Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde. *Diário da Justiça Eletrônico*. 7 Abr 2010.
42. Bahia. Decreto Judiciário nº 795, de 30 de agosto de 2017. Dispõe sobre a estrutura e funcionamento do NAT-JUS do Tribunal de Justiça da Bahia. *Diário da Justiça Eletrônico*. 31 Ago 2017.

---

Recebido em 23/06/2022  
Aprovado em 22/09/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Prevenção e controle do câncer bucal: contribuição da Comissão Intergestores Bipartite no estado do Rio de Janeiro

*Prevention and control of oral cancer: contribution of the Bipartite Inter-Managers Commission in the state of Rio de Janeiro*

Fernando Lopes Tavares de Lima<sup>1</sup>, Gisele O'Dwyer<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213506

**RESUMO** A ampliação do acesso à prevenção e controle do câncer bucal demanda a construção de uma rede intermunicipal de cuidado e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem papel central nesse processo. Objetiva-se analisar, sob a ótica da Teoria da Estruturação, a participação da CIB na estruturação da prevenção e controle do câncer bucal no Sistema Único de Saúde, no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Realizou-se um estudo de caso exploratório, com análise de documentos da CIB do Rio de Janeiro entre 1996 e 2019. A coleta dos dados foi realizada no primeiro trimestre de 2020. Foram analisados 739 documentos pelas categorias: Constituição da rede de saúde; Financiamento das ações de saúde; Qualificação profissional em saúde. As discussões na CIB se mostraram limitadas devido uma característica mais municipalista e menos regionalizada no estado. O acesso ao tratamento rendeu debates que contribuíram com a expansão, mesmo que limitada, da rede hospitalar e com a reorganização da regulação. Identificou-se que esse espaço formal de negociação e decisão intergestores se transformou em um espaço meramente informativo ou deliberativo *pro forma*, o que traz limitações para estruturação das ações regionais de prevenção e controle do câncer bucal no estado do Rio de Janeiro.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde bucal. Neoplasias bucais. Política de saúde. Regionalização da saúde. Estratégias de saúde regionais.

**ABSTRACT** Expanding access to oral cancer prevention and control requires constructing an inter-municipal care network. The Bipartite Intermanagement Commission (CIB) plays a central role in this process. This study aims to analyze, from the perspective of the Structuring Theory, the participation of the CIB in structuring oral cancer prevention and control actions within the scope of the Unified Health System, in the state of Rio de Janeiro, Brazil. This exploratory case study analyzes documents from the CIB of Rio de Janeiro between 1996 and 2019. Data collection and extraction took place in the first quarter of 2020. Two researchers individually analyzed the content of 739 documents in the categories: Constitution of the health network; Financing of health actions; Professional qualification in health. Discussions at the CIB proved to be limited, due to the more municipal and less regionalized characteristics adopted by the state for oral health. Access to treatment gave rise to debates that contributed to the expansion of the hospital network and the reorganization of regulation, even if limited. This formal space for inter-manager negotiation and decision-making has become a merely informative or *pro forma* deliberative space, which brings limitations to the structuring of regional actions for the prevention and control of oral cancer in the state of Rio de Janeiro.

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [flima@inca.gov.br](mailto:flima@inca.gov.br)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**KEYWORDS** Oral health. Mouth neoplasms. Health policy. Regional health planning. Regional health strategies.

## Introdução

Para o ano de 2020, estimam-se 15.190 novos casos de câncer bucal no Brasil, sendo o quinto câncer mais comum em homens e o décimo terceiro entre as mulheres no País. Em 2017, ocorreram 6.295 óbitos por essa doença<sup>1</sup>. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de prevenção e controle do câncer bucal contemplam a promoção de saúde, a prevenção, a detecção precoce, o tratamento oportuno e os cuidados paliativos<sup>2</sup> e têm sido direcionadas, principalmente, pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)<sup>3</sup>, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>2</sup> e da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)<sup>2</sup>.

Os critérios e recursos normatizados por essas políticas estimularam a ampliação da rede de serviços de saúde por todo o País, mesmo que de forma limitada<sup>4</sup>. A ampliação do acesso aos serviços de oncologia, o que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento<sup>5</sup>, passa pela agenda da regionalização dos serviços<sup>6</sup>. Porém, a construção de uma rede intermunicipal de cuidado é um desafio, pois necessita de acordos e negociações intergovernamentais<sup>7</sup>, que não são isentos de conflitos no âmbito político e de destinação de recursos.

Com objetivo de regulamentar a relação entre os gestores estaduais e municipais, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), reconhecidas como foros de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS<sup>8</sup>. À CIB, cabe pactuar as diretrizes gerais sobre regiões de saúde, o processo de referência e contrarreferência e as responsabilidades dos entes federativos, de acordo com o porte demográfico e desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e solidárias<sup>8</sup>.

A CIB tem se constituído como uma importante arena de embates entre escolhas políticas e técnicas, assumindo elevado grau de importância na formulação e implementação

das políticas públicas de saúde<sup>9</sup>. Apesar disso, o cenário de baixo financiamento do SUS tem enfraquecido o papel cooperativo da CIB, pois os gestores passam a disputar recursos e ter menor comportamento solidário<sup>7</sup>. Diante da importância desse espaço, analisar os processos de trabalho da CIB é primordial para compreender a estruturação da rede de serviços do SUS, em especial, os de alto custo e de lógica regionalizada, como os voltados ao diagnóstico do câncer bucal.

Tendo em vista essas questões, o objetivo deste trabalho foi analisar, sob a ótica da Teoria da Estruturação, a participação da CIB na estruturação das ações de prevenção e controle do câncer bucal no âmbito do SUS, no estado do Rio de Janeiro, Brasil.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso exploratório, utilizando-se de análise documental<sup>10</sup> das atas de reuniões e deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Este trabalho faz parte da linha de pesquisa institucional 'Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e gestão de sistemas de saúde'. Buscou-se compreender, além do conteúdo, o contexto de produção e a intencionalidade dos agentes envolvidos declarada nos documentos analisados.

A CIB/RJ foi criada em 1993 e, atualmente, é composta por doze representantes titulares da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) e doze titulares do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (Cosems/RJ). Além disso, um representante do Ministério da Saúde (MS) tem direito a voz nas reuniões, devido a ampla rede federal existente no estado. Para assessorar suas atividades, a CIB/RJ possui uma Câmara Técnica Geral e Câmaras Técnicas Temáticas, subordinadas à primeira e criadas conforme necessidade.

Para o estado, foram estimados 1.560 casos de câncer bucal para o ano de 2020<sup>1</sup> e 528

mortes, segundo dados do Atlas da Mortalidade (<https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>). Em relação às estruturas de atenção à saúde, segundo dados do eGestor (<https://egestorab.saude.gov.br/>), a cobertura de saúde bucal na atenção básica no estado do Rio de Janeiro em 2020 era de 35,33%, existindo ainda 17 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e 49 habilitações em alta complexidade em oncologia, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (<https://cnes.datasus.gov.br/>).

A coleta de dados foi realizada no primeiro trimestre de 2020, por dois pesquisadores, por meio de *download* de todos os documentos disponíveis (<http://www.cib.rj.gov.br/>), o que contemplou os anos de 1996 a 2019. Cabe destacar que, mesmo que o período seja anterior às próprias políticas, já havia algumas ações que serviram de sementes para construção dessas políticas, o que justifica essa inclusão.

Por meio do *software* NVivo 12®, buscou-se nos documentos trechos relacionados ao acesso do usuário com suspeita ou confirmação de câncer bucal, considerando as ações e serviços previstos na PNSB<sup>3</sup>, PNAB<sup>2</sup> e na PNPCC<sup>2</sup>. Utilizou-se a associação de palavras e expressões relacionadas à temática: “unidade de assistência de alta complexidade em oncologia”, “UNACON”, “centros de assistência de alta complexidade em oncologia”, “CACON”, “oncologia”, “neoplasia”, “câncer”, “centro de especialidades odontológicas”, “CEO”, “equipe de saúde bucal”, “ESB”, “Laboratórios Regionais de Prótese Dentária”, “LRPD”, “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade”, “PMAQ”, “Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde”, “PREFAPS”, “boca”, “bucal”, “Cabeça e Pescoço” e “cavidade oral”. Não foram incluídas ações mais amplas, como de prevenção do tabagismo ou alimentação saudável, mesmo que tenham relação com o tema do estudo, considerando a especificidade e amplitude dessas temáticas, o que demandaria uma pesquisa específica para tais temas. Os temas foram primeiramente organizados em “Saúde bucal”,

“Oncologia” e “Oncologia e saúde bucal”, a depender do tema abordado no documento. Todos os documentos encontrados por meio desse critério, foram incluídos para análise.

A análise dos documentos foi realizada à luz da Teoria da Estruturação de Giddens (TE). Essa teoria atenta, ao mesmo tempo, à capacidade reflexiva dos agentes e ao condicionamento de estruturas prévias<sup>11</sup>. É uma tentativa de compreender o equilíbrio entre a influência da sociedade no indivíduo e a liberdade do indivíduo para agir e influenciar a sociedade. Estrutura e ação estão, desta forma, indissociavelmente ligadas, não tendo uma prioridade sobre a outra<sup>11,12</sup>.

Os agentes são aqueles que intervêm sobre um curso de eventos, de maneira que o que ocorreu não teria acontecido, caso não houvesse tal intervenção<sup>11,12</sup>. As formas de interação entre os agentes são permeadas constantemente por relações de poder, que ganham centralidade na análise social, sendo consideradas inerentes à constituição da vida social<sup>11</sup>. Apesar de sempre saberem o que estão fazendo, os agentes desconhecem todas as circunstâncias em que a ação se desenvolve, bem como todas as consequências das atividades realizadas<sup>11</sup>.

Já a estrutura, é considerada o conjunto de regras e recursos, recursivamente implicados na reprodução de sistemas sociais. As regras possuem aspecto normativo que se refere às práticas do ponto de vista dos direitos, obrigações e modos pelos quais podem ser executadas<sup>11,12</sup>. Os recursos são as facilidades, ou base de poder, que o agente tem acesso para alcançar seus objetivos<sup>11</sup>. Podem ser classificados como alocativos, que se referem ao controle de bens e objetos, e autoritários, que são os recursos não materiais envolvidos na geração de poder<sup>12</sup>. Apesar de sua característica restritiva e coercitiva, a estrutura pode ser compreendida também nos seus aspectos mais facilitadores<sup>11</sup>.

O processo de análise foi realizado de forma independente, pelos mesmos pesquisadores que, posteriormente, construíram uma síntese conjuntamente. Nos casos em que houve discordância entre os pesquisadores, os mesmos

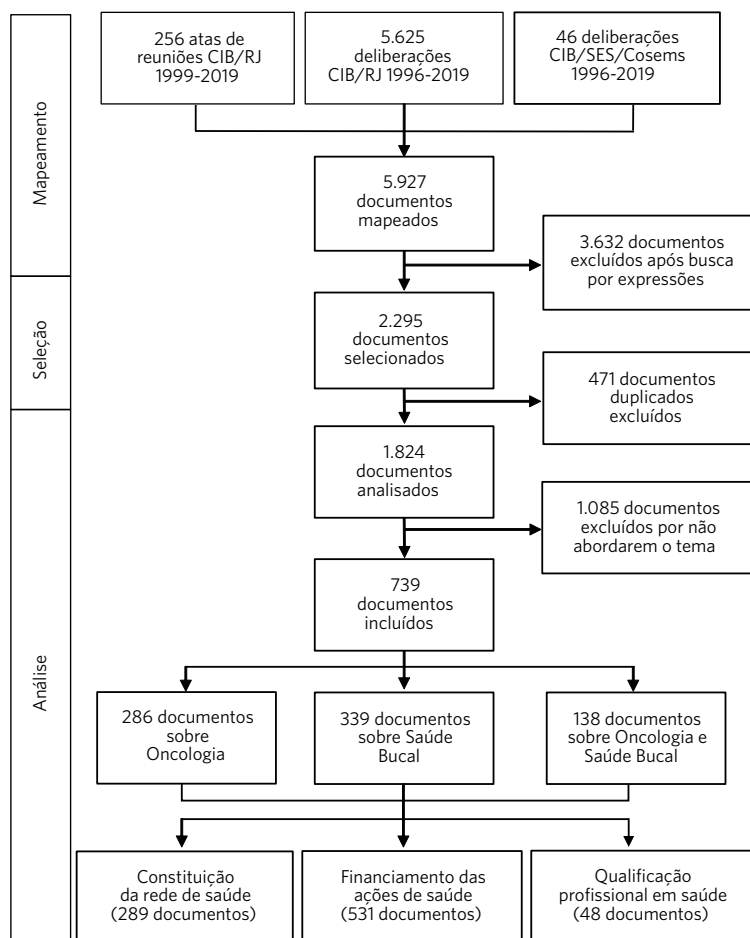
discutiram até alcançar o consenso aqui apresentado. Apesar do NVivo 12® ter auxiliado na ordenação e análise dos dados, o processo de categorização foi realizado pelos pesquisadores, a partir de um processo indutivo de leitura exaustiva do conteúdo do material empírico selecionado e dos conceitos e ideias presentes no referencial teórico.

Por se tratar de documentos públicos, disponibilizados pela CIB/RJ em seu *site*, esse trabalho não precisou ser apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme determina a legislação em vigor.

## Resultados

Foram encontrados 5.927 documentos, sendo selecionados 2.295 no processo de busca por palavras e expressões no NVivo 12®. Foram excluídos 471 documentos duplicados e 1.085 documentos em que os trechos encontrados na busca não estavam relacionados ao objetivo da pesquisa. Assim, foram incluídos 739 documentos para análise, sendo 286 sobre o tema “oncologia”, 339 sobre “saúde bucal” e 138 sobre os dois temas (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma de mapeamento, seleção e análise dos documentos disponíveis no site da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (1996-2019), incluídos neste estudo



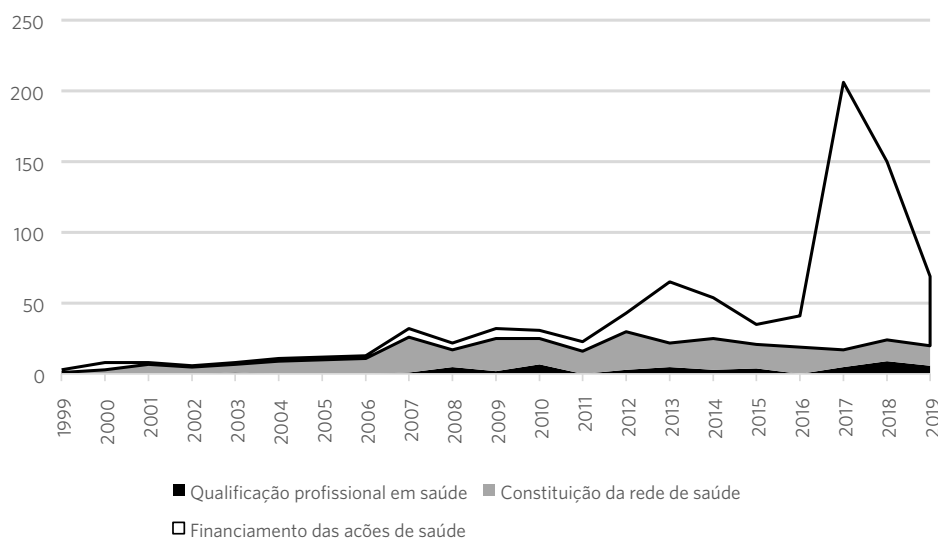
Fonte: elaboração própria.

CIB: Comissão Intergestores Bipartite; SES/RJ: Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Cosems: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

A CIB/RJ realizou discussões e deliberou sobre ações e serviços voltados aos usuários com câncer bucal desde 1999, sendo o tema incluído na pauta progressivamente. Nos anos anteriores, não foram encontradas menções sobre o assunto nos documentos analisados. A partir da análise dos conteúdos dos documentos foram construídas três categorias analíticas inter-relacionadas: Constituição da rede de

saúde; Financiamento das ações de saúde; e Qualificação profissional em saúde (*gráfico 1*). Dentro de cada categoria, buscou-se evidenciar os aspectos relacionados à estrutura (regras formais e informais e recursos alocativos e autoritários) e à ação dos agentes envolvidos (circunstâncias da ação, relações de poder, motivação e monitoração reflexiva), conforme previsto pela TE<sup>11,12</sup>.

Gráfico 1. Número de documentos disponíveis no site da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (1996-2019), incluídos neste estudo, por categoria analítica e ano de publicação



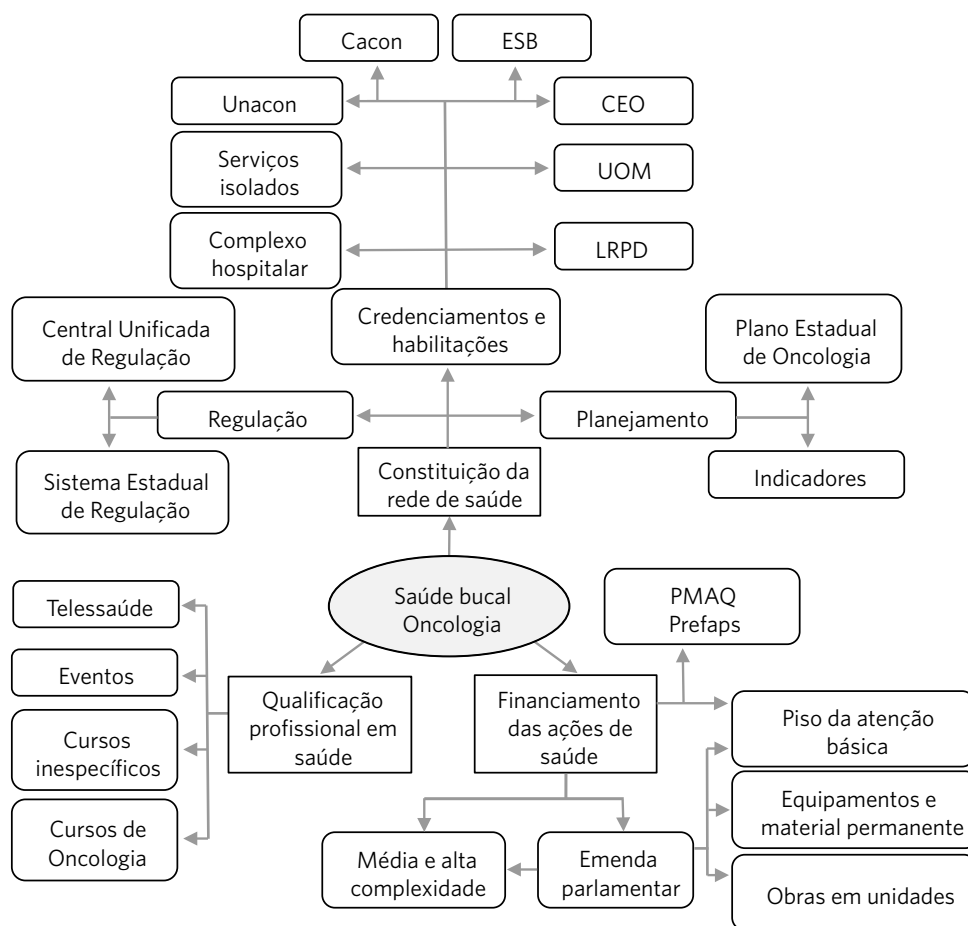
Fonte: elaboração própria.

As categorias “Constituição da rede de saúde” e “Financiamento das ações de saúde” ganharam mais destaque do que a “Qualificação profissional em saúde”, tanto quantitativamente, quanto qualitativamente (*figura 2*). Durante o período analisado, houve um aumento do número de documentos

publicados, principalmente deliberações sobre emendas parlamentares para financiamento após 2017. A redução do número de documentos nos anos posteriores a 2017 está relacionada às deliberações sobre destinação de recursos para diferentes municípios em um mesmo documento.



Figura 2. Mapa conceitual das discussões e deliberações relacionadas ao acesso dos usuários com câncer bucal, relatadas nos documentos disponíveis no site da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (1996-2019), incluídos neste estudo



Fonte: elaboração própria.

Caçon: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas; ESB: Equipe de Saúde Bucal da Saúde da Família; LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária; PMAQ: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade; Prefaps: Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde; Unacon: Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; UOM: Unidade Odontológica Móvel.

O quadro 1 apresenta um quadro síntese das discussões e deliberações da CIB/RJ relacionadas ao acesso dos usuários com câncer

bucal e de acordo com as categorias de análise construídas.

Quadro 1. Quadro síntese das categorias analíticas e os achados encontrados, de acordo com a Teoria da Estruturação de Giddens

CATEGORIAS	ESTRUTURA	AÇÃO DOS AGENTES
Constituição da rede de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de regulamentação federal de credenciamento de serviços, com papel indutor em estados e municípios.</li> <li>Criação de central de regulação estadual unificada de acesso ao tratamento de câncer.</li> <li>Insuficiência de recursos alocativos para expansão de serviços de tratamento do câncer.</li> <li>Existência de regulamentação federal do tempo mínimo para início do tratamento.</li> <li>Ausência de um plano estadual de saúde bucal.</li> <li>Existência de um Plano Estadual de Atenção Oncológica.</li> <li>Ausência de Centro de Especialidades Odontológicas regional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Credenciamento de serviços de saúde bucal e de oncologia no estado.</li> <li>Câmara Técnica como espaço detentor de poder decisório.</li> <li>Redução do papel da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro no credenciamento de equipes de atenção básica.</li> <li>Acordo informal com os laboratórios de patologia oral.</li> <li>Pactuação interestadual para garantia de acesso.</li> </ul>
Financiamento das ações de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existência de financiamento federal da saúde bucal.</li> <li>Congelamento dos valores e desvalorização dos incentivos federais.</li> <li>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.</li> <li>Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde.</li> <li>Financiamento por emenda parlamentar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Limitação dos agentes da Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro frente ao processo de regulação federal.</li> <li>Negociação de remanejamento do escasso teto financeiro de média e alta complexidade entre os municípios.</li> </ul>
Qualificação profissional em saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cursos específicos sobre o câncer bucal e outros relacionados indiretamente à essa temática.</li> <li>Existência de programas de telessaúde, teleconsultoria e telediagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspecto mais informativo do que deliberativo das discussões.</li> <li>Parcerias interinstitucionais para realização dos cursos.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

### Constituição da rede de saúde

A constituição da Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi tema constantemente abordado nas reuniões da CIB/RJ. Essa discussão centrou-se em três aspectos: credenciamento de serviços; regulação do acesso; e planejamento das ações e serviços.

Observou-se caráter mais informativo e menos discursivo das reuniões. Frequentemente, foi realizada aprovação em bloco de propostas previamente aprovadas pela SES/RJ ou Câmara Técnica Temática. A CIB/RJ atuou de forma mais deliberativa formal garantidora das normas federais e menos propositiva de ações locais. Essa limitação de atuação se assemelha à situação encontrada em

Santa Catarina, onde identificou-se um sistema de governança formalmente estabelecido, mas com fragilidades que revelam problemas na legitimidade desse sistema de governança, o que contribuiu para a posição periférica dada à estruturação da atenção à saúde bucal em rede e à expansão dos serviços caracterizada por indução vertical e sem o reconhecimento contextualizado dos agravos em saúde bucal como guia para o planejamento dos serviços<sup>13</sup>. Assim, o credenciamento das unidades de saúde bucal seguiu a agenda federal. A PNSB favoreceu a organização dos serviços no estado<sup>14</sup>, tendo o seu conjunto de regras e recursos alocativos como fator facilitador.

A Câmara Técnica se configurou em um espaço detentor de poder, devido à exigência de um parecer prévio para alguns processos, o que pode ter trazido caráter mais técnico das decisões e reduzido os conflitos<sup>9</sup>. A partir de

julho de 2019, o credenciamento das equipes de atenção primária, incluindo as Equipes de Saúde Bucal (ESB), passou a não ter mais trâmite obrigatório nas comissões intergestoras. O município solicita diretamente para o MS, cabendo apenas um comunicado à CIB/RJ e à SES/RJ. Isso resulta em redução do poder estadual na relação com os municípios, pois reduz os seus recursos autoritativos para implantação e avaliação dos serviços. Os resultados dessa mudança devem ser acompanhados, pois, como não há a obrigatoriedade da construção de um projeto e aprovação por um colegiado, o credenciamento de novas equipes poderá se basear apenas na disponibilidade de recursos do MS e interesses políticos, reduzindo a influência técnica nas decisões.

A expansão das ESB foi acelerada a partir de 2001. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) entraram em pauta a partir de 2004, tendo também expansão rápida. Com crescimento limitado, os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) entraram em discussão a partir de 2004 e as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) em 2010. Esse processo caracteriza a função indutora das políticas federais no protagonismo da discussão na CIB.

Não houve registros de descredenciamento de ESB, porém houve constante preocupação com a implantação e alcance das metas de produção dos CEO. Em 2007, apenas 3 (três) dos 45 CEO credenciados no estado do Rio de Janeiro atingiram a meta exigida para manutenção dos repasses financeiros. Em 2010, o MS comunicou à SES/RJ os CEO em risco de corte de recurso e, em 2015, foi comunicada a devolução de recursos de implantação de seis CEO não inaugurados. Cabe destacar que, apesar do cumprimento da produção mensal dos CEO ser um problema comum pelo País<sup>15</sup>, não há produção mínima exigida para o serviço de diagnóstico bucal, o que pode fazer com que os gestores não se preocupem com os números alcançados por esses serviços.

Outra questão abordada nas reuniões, foi a ausência de CEO que atenda às demandas

regionalizadas, o que dificulta a oferta de serviços de diagnóstico do câncer bucal para municípios de pequeno porte. Esse é um cenário comum no País, onde a maior parte dos CEO se concentra em municípios de grande porte<sup>16</sup>.

A única iniciativa estadual não baseada nas estruturas federais, foi o acordo informal com os laboratórios de patologia oral das faculdades públicas de odontologia para emissão de laudos histopatológicos de lesões suspeitas. Entre as motivações relatadas dos gestores, destacam-se a qualificação do diagnóstico, a redução do custo, a qualificação da informação, a diminuição do tempo de espera e a aproximação dos serviços e as faculdades. Além dos aspectos positivos, é necessário se atentar à sustentabilidade da ação, pois apesar das motivações e das circunstâncias favoráveis, a informalidade fragiliza a iniciativa frente aos cortes de investimento nessas faculdades, pois, assim como identificado em Pernambuco<sup>17</sup>, os serviços dessas instituições não são compreendidos como parte formal da rede do SUS.

Quanto ao credenciamento de unidades de atenção oncológica, o tempo de discussão sobre os problemas foi mais prolongado. Destacou-se a insuficiência de recursos alocativos, o que trouxe limites na expansão do acesso. Além das dificuldades financeiras, as regras formais para credenciamento das unidades de alta complexidade em oncologia foram constantemente consideradas como restritivas. A obrigatoriedade de unir, em uma mesma unidade, as principais modalidades de tratamento do câncer, desabilitando serviços isolados de radioterapia e quimioterapia, apesar de coerência técnica, foi alvo de críticas constantes. A integração desses serviços está relacionada à busca pela integralidade da atenção e garantia de que o usuário, independentemente da unidade em que iniciou o tratamento, teria acesso às diferentes modalidades de tratamento, conforme prevê a PNPCC<sup>2</sup>.

A impossibilidade de credenciamento de novos serviços isolados, associada às dificuldades das unidades em funcionamento, agravou o cenário e influenciou a criação do Grupo de

Trabalho de Oncologia da CIB/RJ, em 2011. O objetivo do grupo era viabilizar habilitações pendentes, discutir o acesso com os hospitais federais, implantar a regulação unificada, incentivar os serviços existentes, identificar novos serviços no estado ou fora dele e rever o financiamento.

A Lei nº 12.732, de 2012, que assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento em no máximo 60 dias após o laudo de doença maligna, configurou-se como importante fator motivador para os gestores em facilitar o acesso ao tratamento do câncer, inclusive para o câncer bucal. A preocupação com as implicações legais dessa regra determinou a contratualização dos serviços de oncologia por cada município, responsabilizando, assim, os prestadores pelo não atendimento das demandas. Outra proposta foi ampliar a rede por meio de pactuação com São Paulo, negada pela SES/RJ. Essa negativa, entretanto, foi repensada a partir de um período de crise do acesso à radioterapia no estado, no ano de 2013. Segundo os relatos das atas, o pequeno número de serviços habilitados fez com que a fila para o tratamento radioterápico no estado alcançasse parâmetros não aceitáveis pelos gestores e pela sociedade, aumentando os casos de judicialização. Esse cenário contribuiu para que fosse firmado um pacto para atendimento da demanda desse serviço com o município de Juiz de Fora, em Minas Gerais. Posteriormente, incluiu-se a quimioterapia nessa mesma tratativa.

Com o agravamento da situação em 2015, a CIB/RJ autorizou o pagamento administrativo para unidades que ainda não tinham conseguido o credenciamento. Além disso, foi solicitado que o estado buscasse a prorrogação do prazo para adequação de unidades, pois havia o risco de mais descredenciamento e agravamento do problema. Essa discussão sobre os serviços isolados se manteve em 2019, com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.399 do mesmo ano<sup>18</sup>. A redefinição dos critérios e parâmetros para habilitação na alta complexidade em oncologia no âmbito

do SUS manteve os serviços de radioterapia isolados e os serviços de oncologia clínica de complexo hospitalar já habilitados, atendendo a uma demanda da CIB/RJ e, possivelmente, de outros estados brasileiros.

O quadro deficitário de serviços hospitalares para tratamento do câncer bucal impactou especificamente no acesso ao tratamento desse câncer. Em reuniões de 2005, destacou-se a dificuldade de acesso dos usuários ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), que era o único prestador na época. Conforme citado anteriormente, com o acirramento da crise em 2013 e 2014, diante da 'desassistência impiedosa' para esses pacientes, foi proposto o encaminhamento para tratamento em Juiz de Fora-MG. Porém, julgou-se uma opção inviável devido às dificuldades de locomoção dos usuários, haja vista os longos tratamentos e as condições clínicas dos pacientes com câncer.

As regras do SUS, formalizadas em portarias, estabelecem critérios e parâmetros referenciais para a habilitação dos estabelecimentos na alta complexidade em oncologia<sup>2,18</sup>. As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) são estruturas hospitalares que realizam o tratamento dos cânceres mais prevalentes, enquanto os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) realizam de todos os tipos de câncer (não obrigatoriamente os infantis)<sup>2</sup>. Assim, as cirurgias para tratamento do câncer bucal são de realização obrigatória nos Cacon e opcional nas Unacon, sendo recomendado que sejam feitas em unidades com radioterapia<sup>18</sup>.

Diante das dificuldades de acesso aos recursos alocativos e das restrições normativas do MS, persistiu-se a insuficiência de serviços no estado do Rio de Janeiro. Mesmo com a expansão da rede ao longo dos anos, ainda é possível verificar a preocupação dos gestores com a dificuldade de acesso. Atualmente, o estado apresenta 30 (trinta) unidades habilitadas, sendo 2 (dois) Cacon, 23 (vinte e três) Unacon, 2 (dois) hospitais gerais com cirurgia

oncológica, 2 (dois) serviços isolados de radioterapia e 1 (um) serviço de radioterapia de complexo hospitalar. Segundo o Plano Estadual de Atenção Oncológica, há déficit de 14 unidades no estado do Rio de Janeiro<sup>19</sup>.

A regulação também foi objeto de discussão na CIB/RJ, principalmente a regulação para o tratamento. Devido ao caráter mais municipalista e menos regionalista da atenção primária e secundária em saúde bucal, a regulação do diagnóstico de câncer bucal não fez parte da pauta da CIB/RJ.

A discussão sobre a regulação para o tratamento se intensificou em 2007, quando o processo era compreendido como desordenado, restrito e confuso. Foi proposta a criação de uma central estadual de regulação. As dificuldades da regulação realizada pelo município do Rio de Janeiro a procedimentos de alto custo foram recorrentemente reportadas<sup>20</sup>. Nesse ano, foi proposta a unificação da fila de espera por tratamento por região de saúde.

A utilização do Sistema Estadual de Regulação poderia, segundo os agentes participantes das reuniões, unificar e facilitar a construção de critérios, prioridades e planejamentos, alterando as relações de poder entre os agentes. A gestão estadual passou a regular o acesso às unidades hospitalares federais, estaduais, municipais, universitárias e/ou contratualizadas em oncologia com o SUS. Apesar da carência de pesquisas, um estudo apontou que essa regulação aumentou o número de internações em microrregiões detentoras de estabelecimentos especializados para tal, sendo analisado como fator positivo<sup>21</sup>.

Quanto ao processo de planejamento, constatou-se a ausência de um plano estadual de saúde bucal. Por isso, o monitoramento das ações dessa área é realizado por meio dos indicadores nacionais inseridos no Plano Estadual de Saúde, destacando-se o percentual de primeira consulta odontológica programática e a cobertura estimada pela saúde bucal na atenção primária. Com isso, perde-se a especificidade do planejamento estadual.

Em relação à oncologia, foi construído um Plano Estadual de Oncologia com metas para

o período de 2017 a 2021. Houve inclusão de indicadores e metas relacionados diretamente com o câncer bucal: (1) apoiar as regiões de saúde na divulgação dos principais sinais e sintomas; (2) estabelecer prioridade para o agendamento dos casos suspeitos; (3) definir protocolo para realização de biópsias; (4) capacitar os profissionais da atenção primária na identificação de alterações nos tecidos da boca; (5) definir protocolo para a regulação dos casos confirmados; (6) avaliar a capacidade instalada para o diagnóstico; e (7) qualificar o monitoramento do diagnóstico precoce das lesões suspeitas<sup>19</sup>. O que não é especificado no plano é como, objetivamente, serão credenciados novos serviços para tratamento, diante das dificuldades de financiamento e acesso.

## Financiamento das ações de saúde

Nas reuniões foram apresentadas as limitações locais e a importância dos recursos federais. Sabe-se que grande parte dos municípios brasileiros é extremamente dependente do governo federal<sup>6</sup>, mesmo que eles ainda sejam os principais responsáveis pelo custeio da saúde bucal<sup>22</sup>. Compreender esse tema é determinante, pois, conforme afirma Giddens<sup>11</sup>, mesmo que os agentes tenham motivação e ampla liberdade de ação, estão restritos pelos recursos estruturais disponíveis.

No que tange à saúde bucal, os agentes se sentiram motivados para a ampliação da rede. Se na primeira metade dos anos 2000 os recursos federais estimularam a expansão na atenção primária e especializada, posteriormente o congelamento dos valores e a consequente desvalorização foram alvos de críticas. O montante de recursos financeiros repassados pela União aos estados e municípios para a saúde bucal em 2017, em valores corrigidos pelo IPCA, é inferior, por exemplo, ao de 2009<sup>23</sup>.

Outras iniciativas federais discutidas foram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), iniciado em 2011 e com seu terceiro e

último ciclo em 2015, e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO), iniciado em 2013 e com seu segundo ciclo em 2018. Os programas foram compreendidos como ferramentas com dupla motivação: qualificações das ações e financiamento por desempenho. Durante o período de adesão, foi dado pelos agentes grande destaque ao componente de financiamento, como um grande incentivador. Por se tratar de decisão municipal, o espaço da CIB/RJ foi utilizado apenas de forma informativa, sendo desenvolvidos fóruns, seminários e a criação de grupo técnico para acompanhamento das ações.

Segundo os dados do primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB no estado, realizado em 2012, dos 92 municípios, 72 aderiram ao PMAQ-AB, sendo avaliadas 605 ESB. Apenas 47,8% das equipes afirmaram realizar ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas com escolares. Por sua vez, 77,4% das equipes informaram realizar campanhas para detecção precoce de câncer bucal e encaminhamento dos casos suspeitos. Destas, 63,8% responderam que registram e acompanham os casos, mas somente um pouco mais da metade comprovou com documentos. Sobre a existência de referência para estomatologista, 33% responderam negativamente. Apenas 47,1% afirmaram ter fluxos preferenciais para usuários com suspeita de câncer de boca<sup>24</sup>. Esses resultados, que são bastante próximos à média nacional<sup>25</sup>, não foram abordados na CIB/RJ de forma a construir uma agenda de ação para melhoria dos processos e seus resultados.

Outra ação que une financiamento e avaliação de desempenho é o Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (Prefaps), iniciado em 2020 e com proposta de caráter permanente. É baseado em três componentes: (1) sustentabilidade: repasse frequente de recursos por equipe; (2) expansão: repasse para implantações de equipes; e (3) desempenho: repasse por alcance de metas<sup>26</sup>. No que se refere ao câncer bucal, a meta é a proporção de ESB que realizam no mínimo 70% dos

procedimentos previstos para a atenção primária. Dentre os procedimentos, encontram-se o registro de alteração de tecido mole e o encaminhamento para a estomatologia. Apesar da importância da iniciativa, há dificuldade de acompanhamento mais específico, pois os resultados são calculados e apresentados de forma agregada com os demais procedimentos da atenção primária, além de não refletir a quantidade de procedimentos realizados.

Historicamente, a discussão na CIB/RJ sobre o financiamento da alta complexidade se mantém centrada, principalmente, no remanejamento do escasso teto financeiro de média e alta complexidade entre os municípios<sup>8</sup>. Como o acesso aos recursos alocativos se limita ao ressarcimento por procedimentos realizados, sua baixa disponibilidade restringe a ampliação de unidades de atenção oncológica. Considerando o déficit de unidades habilitadas para tratamento do câncer no estado<sup>19</sup>, caberia ao governo estadual buscar mais recursos federais e buscar, a partir de seus próprios recursos, ampliar a rede de serviços.

A partir de 2016, o financiamento por emendas parlamentares relacionadas à ações e serviços de saúde bucal ou oncologia teve aumento significativo. Se inicialmente as emendas eram limitadas à obras e compra de equipamentos e materiais permanentes, passaram a ser utilizadas como verba de custeio. As transferências para custeio no País passaram de R\$ 240,1 milhões, em 2014, para R\$ 6,6 bilhões em 2018, apresentando aumento de 2.650% no período<sup>27</sup>. A mudança do caráter autorizativo para impositivo das emendas inverte as relações de poder entre os agentes do executivo e legislativo. Os últimos, mesmo sem serem detentores dos recursos alocativos, possuem os recursos autoritários para definir o destino do gasto, concentrando mais poder na relação. Se anteriormente a emenda parlamentar era um recurso político de moeda de troca do executivo para com o legislativo<sup>28</sup>, agora são os deputados que definem onde serão gastos parte do orçamento do executivo. Essa área demanda mais estudos, pois há indicativos

de que a alocação de recursos para custeio do SUS por meio das emendas parlamentares possa gerar mais desigualdades na oferta de serviços de saúde<sup>29</sup>, incluindo os relacionados ao câncer bucal.

### Qualificação profissional em saúde

As ações de qualificação profissional foram abordadas na CIB/RJ de forma mais informativa, apesar de sempre haver uma pactuação *pro forma*, ou seja, apenas uma formalização de decisões já tomadas anteriormente por outros agentes. Houve oferta de cursos específicos sobre o câncer bucal e outros relacionados indiretamente à essa temática. Também foram citados eventos e a estrutura de telessaúde de uma universidade estadual. Houve relatos de ações direcionadas a todos os membros da equipe de saúde bucal da atenção básica e gestores.

Dentre as iniciativas específicas para o câncer bucal, a criação de cursos sobre a detecção precoce das lesões suspeitas pela atenção básica foi recorrente a partir de 2014. Essas ações se justificam pelo baixo nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre lesões orais potencialmente malignas e sobre o câncer bucal propriamente dito, fato que se agrava quanto maior é o tempo de formado dos profissionais<sup>30</sup>.

Dentre os cursos com temas não específicos para o câncer bucal, destacam-se: ABC do câncer; registro de câncer; controle e avaliação em oncologia; gestão para a atenção oncológica; gestão de CEO; sistema de informação para a odontologia; manejo odontológico do paciente com câncer; e atendimento ao paciente em radioterapia de cabeça e pescoço. Dessas ações, destacou-se o 'Curso de Manejo odontológico do paciente com câncer', que possui carga horária de 30 horas à distância e 24 horas presenciais e aborda o diagnóstico precoce e o atendimento do paciente com câncer. Fruto da articulação da SES/RJ com o Inca e cinco faculdades de odontologia, ofereceu durante três anos vagas para todos os 92 municípios do estado, segundo os registros nas atas CIB/RJ.

Pela análise dos documentos, verifica-se que as ações de qualificação profissional foram desenvolvidas em parcerias interinstitucionais entre a SES/RJ, universidades (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ e Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Uerj) e centros de ciência e tecnologia (Inca e Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz). Junto à discussão da oferta e da importância desses cursos, havia sempre a preocupação com os custos, principalmente do deslocamento e da alimentação dos profissionais dos municípios do interior. Não houve nenhuma referência sobre a avaliação do impacto das ações educacionais.

Os eventos, por sua vez, foram estratégias utilizadas para um público específico, em um curto período. Além de conhecimento técnico, esses eventos buscaram destacar e divulgar ações exitosas, ou novas portarias ou fluxos de interesse para a prevenção e o controle do câncer. Assim como nos casos anteriores, as despesas de deslocamento dos profissionais foram apontadas como principal fator dificultador para os municípios.

Já as ações de Telessaúde foram pontuadas na reunião da CIB/RJ apresentando as possibilidades de cursos que podem ser realizados à distância. Também foi citado o serviço de teleconsultoria e telediagnóstico, incluindo a estomatologia. Essas estratégias, podem servir não apenas para a qualificação do profissional, mas também para facilitar o diagnóstico em locais onde há escassez de profissional especialista. O uso de uma fotografia por um *smartphone*, por exemplo, possui boa concordância e acerto diagnóstico comparável àquele obtido presencialmente<sup>31</sup>. Apesar da importância do tema, não houve novas referências, não sendo possível avançar na análise.

As principais limitações deste estudo se referem à fonte documental, pois torna-se possível analisar apenas o que foi registrado. O dito, mas não escrito, além das articulações extraoficiais, escapam da análise. Outro aspecto é que não é possível analisar as formas pelas quais as deliberações

têm sido incorporadas na prática, sendo necessária a complementação por estudos avaliativos dos resultados das ações.

## Considerações finais

Identificou-se que há limitação dos agentes da CIB/RJ no processo de estruturação das ações de prevenção e controle do câncer bucal, apesar dos membros dessa comissão terem acesso aos recursos autoritários que lhes garante poder decisório formal.

A esfera federal, como agente com maior acesso aos recursos alocativos econômicos, amplia e restringe a agência dos secretários estaduais e municipais no processo de construção local do SUS. Apesar de facilitar o acesso a importantes recursos para a oferta de serviços, limita o poder de decisão das demais esferas de governo. Devido a essa limitação estrutural, a CIB, como espaço formal de negociação e decisão estadual, transforma-se, frequentemente, em um espaço meramente informativo ou deliberativo *pro forma*.

As discussões sobre o diagnóstico do câncer bucal se mostraram pouco produtivas no debate da CIB devido à grande normatização federal realizada pela PNSB, mas também à característica mais municipalista e menos

regionalizada que o estado adotou para as ações e serviços de saúde bucal. Por sua vez, o acesso ao tratamento oncológico, frente aos problemas encontrados cotidianamente e sua característica regionalizada, rendeu debates que podem ter contribuído com a expansão, mesmo que limitada, da rede hospitalar no estado e com a reorganização da regulação.

É imperativo manter o acompanhamento da implementação do Plano Estadual de Atenção Oncológica e dos programas federais. Ambos se mostraram estruturantes no processo decisório dos agentes e podem ser determinantes tanto para a ampliação das ações ao ponto que satisfaçam as necessidades dos usuários do SUS no Rio de Janeiro, quanto para a redução de serviços e agravamento das condições de saúde da população fluminense.

## Colaboradores

Lima FLT (0000-0002-8618-7608)\* participou da concepção, delineamento do estudo, coleta e análise das informações e redação do artigo. O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)\* participou da concepção, delineamento do estudo, análise das informações e redação e revisão final do artigo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



## Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
4. Lima FLT, O'Dwyer G. Políticas de Prevenção e Controle do Câncer Bucal à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(8):3201-13.
5. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(supl2):S190-S198.
6. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(4):1155-64.
7. 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):1097-108.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.
9. Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública.* 2001; 17(1):161-70.
10. Cellard A. A análise documental. In: Poupard J, Deslauriers JP, Groulx LH, et al., organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.* Petrópolis: Vozes; 2014. p. 295-316.
11. Giddens A. *A constituição da sociedade.* São Paulo: Martins Fontes; 2003.
12. O'Dwyer G. Estudos de políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 173-92.
13. Godoi H, Castro RG, Santos JLG, et al. Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(11):e00184719.
14. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG, et al. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 23(4):409-15.
15. Rios LRF, Colussi CF. Avaliação normativa dos Centros de Especialidades Odontológicas, Brasil, 2014. *Saúde debate.* 2019; 43(120):122-36.
16. Machado FCA, Silva JV, Ferreira MAF. Fatores relacionados ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(4):1149-63.
17. Fonte DCB, Siqueira RA, Castro JFL, et al. Padrão das biópsias e fichas de solicitação de exame histopatológico encaminhados para o laboratório de patologia oral da Universidade Federal de Pernambuco. *Odontol Clín-Cient.* 2015; 14(1):575-8.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399 de 2019, de 1 dezembro de 2019. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 19 Dez 2019.

19. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde; 2017.
20. Lima LD. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis*. 2001; 11(1):199-252.
21. Carroll CB, Gomide M. Análise de redes na regulação do tratamento do câncer do aparelho digestivo. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1):e00041518.
22. Lorena Sobrinho JE, Espírito Santo ACG. Análise dos custos da saúde bucal na atenção primária no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Arq Odontol*. 2013; 49(1):26-31.
23. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE, Chaves SCL, et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(12):4427-36.
24. Casotti E, Monteiro ABF, Castro Filho EL, et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1573-82.
25. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):140-57.
26. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 1846 de 09 de maio de 2019. Aprova o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. 13 Maio 2019.
27. Piola SF, Vieira FS. As emendas parlamentares e a alocação de recursos federais no Sistema Único de Saúde: texto para discussão. Brasília, DF: Rio de Janeiro: Ipea; 2019.
28. Brasil. Presidência da República. Emenda constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os artigos 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial da União*. 18 Mar 2015.
29. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD, et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(12):2267-79.
30. Silva LGD, Alves ML, Severo MLB, et al. Lesões Oraais Malignas e Potencialmente Malignas: Percepção de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. *Rev Bras Cancerol*. 2018; 64(1):35-44.
31. Fonseca BB, Amenábar JM, Piazzetta CM, et al. Diagnóstico à distância de lesões bucais com fotografias de smartphones. *Rev Assoc Paul de Cirur-Dent*. 2016; 70(1):52-7.

---

Recebido em 02/12/2021

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Pública (PPG-SP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

# Adequação dos serviços odontológicos do Paraná no enfrentamento da Covid-19: um estudo transversal

## *Adequacy of dental services in Paraná during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study*

Elis Carolina Pacheco<sup>1</sup>, Renata Cristina Soares<sup>1</sup>, Vitória Mendes dos Santos<sup>1</sup>, Giovana Daniela Pecharki Vianna<sup>2</sup>, Rafael Gomes Ditterich<sup>2</sup>, Manoelito Ferreira Silva-Junior<sup>3</sup>, Márcia Helena Baldani<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213507

**RESUMO** O objetivo deste estudo transversal foi identificar adequações quanto à utilização de Equipamentos de Proteção Individual e organização do processo de trabalho no atendimento odontológico ambulatorial no Paraná durante o primeiro ano da pandemia da Covid-19. A amostra de conveniência incluiu 1.105 profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal) durante o primeiro ano da pandemia (agosto a outubro de 2020). Formulário on-line (Google Formulários<sup>®</sup>) foi enviado por *e-mail* pelo Conselho Regional de Odontologia. As medidas de enfrentamento da Covid-19 foram comparadas entre os tipos de serviços odontológicos: ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS (Atenção Primária, Centro de Especialidades Odontológicas e Pronto Atendimento), clínica privada, e outros (Sistema S, forças de segurança, sindicatos, hospitais públicos e privados e clínicas de ensino). Os profissionais dos serviços ambulatoriais do SUS relataram com maior frequência que: suspenderam atendimentos eletivos, evitavam gerar aerossóis e trabalhavam a quatro mãos. Nas clínicas privadas, utilizavam frequentemente teleorientação e telemonitoramento. Nos ‘outros serviços’, houve maior proporção de redução das horas de trabalho e autoclavagem de peças de mão após cada atendimento. Conclui-se que, apesar da alta adequação às medidas de enfrentamento da Covid-19, houve diferença na prática profissional nos diferentes tipos de serviços odontológicos.

**PALAVRAS-CHAVE** Contenção de riscos biológicos. Doenças profissionais. Assistência ambulatorial. Padrões de prática odontológica. Serviços de saúde bucal.

**ABSTRACT** *This cross-sectional study aimed to identify adjustments regarding the use of Personal Protective Equipment and the organization of the work process in outpatient dental care in Paraná during the first year of the COVID-19 pandemic. The convenience sample included 1,105 oral health professionals (dental surgeons, oral health assistants, and dental hygienists) during the first year of the pandemic (August to October, 2020). An online form (Google Forms<sup>®</sup>) was sent by email by the Regional Council of Dentistry. COVID-19's measures were compared between the types of dental services: 'outpatient clinic of the Unified Health System – SUS' (Primary Care, Dental Specialty Center, and Emergency Care), 'private clinic' and 'other services' (Sistema S, security forces, trade union, public and private hospitals, and teaching clinics). Professionals from SUS outpatient services reported more frequently: that they suspended elective care, avoided generating aerosols, and worked four-handed. Professionals from 'private clinics' used teleorientation and telemonitoring more regularly. In the 'other services', there was a more significant proportion reduction in work hours and handpieces autoclaving after each service. It is concluded that, despite the high adequacy of the measures to combat COVID-19, there was a difference in professional practice among the different types of dental services.*

**KEYWORDS** *Containment of biohazards. Occupational diseases. Ambulatory care. Practice patterns, dentists'. Dental health services.*

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

<sup>2</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil.



## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2020, o início da pandemia da Covid-19. A doença foi descoberta em Wuhan, na China, e tem por origem a Síndrome Respiratória Aguda Grave-Coronavírus-2 (Sars-CoV-2). Até o início de fevereiro de 2022, tinha-se o registro de quase de 6 milhões de óbitos por Covid-19 no mundo, e o Brasil ultrapassava 640 mil óbitos, sendo considerado um dos países epicentro da doença<sup>1,2</sup>. A situação emergencial, agravada com o surgimento de variantes do vírus, tornou necessária a cooperação e o engajamento interinstitucional na produção de conhecimento sobre a pandemia no País<sup>3</sup>.

A rápida e crescente disseminação do vírus pelo mundo trouxe uma preocupação a todos os profissionais de saúde, incluindo os de saúde bucal, os quais estão diariamente expostos em seu ambiente de trabalho. Dessa forma, a redução da contaminação dentro dos serviços de saúde bucal passou a ser de grande relevância. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) lançou a Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020, recomendando a suspensão dos atendimentos eletivos, além de orientações em biossegurança nos serviços de saúde. Com a progressão da pandemia e do conhecimento acerca da contenção da disseminação do vírus, as recomendações passaram por atualizações constantes<sup>4,5</sup>.

No estado do Paraná, o Decreto nº 4.230, de 16 de março de 2020, dispôs sobre as medidas para enfrentamento da Covid-19; e em 19 março de 2020, por meio do Decreto nº 4.298, foi declarada emergência em todo o estado. A partir de então, foram implementadas diversas medidas restritivas para a contenção da disseminação do vírus, principalmente de restrição social como o *lockdown* (do inglês: fechamento total ou confinamento), cancelamento de eventos, fechamento de comércios não essenciais e de escolas, incentivo ao teletrabalho, entre outras<sup>6</sup>. A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR) é responsável

pela criação e implementação dos protocolos de prevenção de infecção – e, entre as primeiras medidas tomadas, estavam a testagem da população, a ampliação do número de leitos hospitalares e a separação de áreas exclusivas para Covid-19 nos hospitais<sup>7</sup>.

Em odontologia, as principais recomendações enfatizaram a restrição do atendimento odontológico às emergências, o distanciamento social nas salas de espera, a utilização de máscaras N95 pela equipe, o isolamento absoluto nos procedimentos, a redução do uso de instrumentos que geram aerossóis, como instrumentos sônicos e ultrassônicos, entre outras medidas<sup>4,8</sup>. Sabe-se, também, que os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) têm papel fundamental na proteção de profissionais e pacientes, e novos itens foram recomendados durante a pandemia visando minimizar os riscos de transmissão do vírus Sars-CoV-2<sup>9</sup>.

A atuação dos profissionais de saúde bucal durante a pandemia gerou preocupação e medo<sup>10</sup>, principalmente pelas incertezas e emergentes mudanças no processo de trabalho ante a crise sanitária<sup>1</sup>. Diante do cenário pandêmico, novos desafios passaram a fazer parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal. Além da vigilância do acesso e das condições de saúde bucal da população durante a pandemia, torna-se pertinente identificar como se deu o processo de adequação às medidas de enfrentamento da Covid-19 nos diferentes tipos de serviços odontológicos.

Desde o início da pandemia da Covid-19, o serviço público aumentou a sua demanda, e a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido o ponto de atenção com maior número de atendimento dos casos suspeitos e/ou confirmados dessa doença. Tal fato resultou na reorganização dos afazeres de cada profissional, incluindo remanejamentos nas Equipes de Saúde Bucal (eSB)<sup>11</sup>. Já nas clínicas odontológicas privadas, houve preocupações em relação aos impactos econômicos que as medidas restritivas trouxeram, o substancial aumento de custos para realizar um atendimento seguro e

a falta de disponibilidade de EPI no mercado nacional e internacional<sup>12</sup>.

A organização dos serviços e a disseminação de fontes seguras de informação tornam-se essenciais no enfrentamento da Covid-19. Apesar das particularidades dos diferentes tipos de serviço odontológico, inclusive, ainda pouco explorado na literatura, deve-se estar de acordo com regulamentações e apropriar-se de diretrizes para reduzir os riscos, e assim, quando possível, realizar uma retomada das atividades eletivas de forma prudente e segura. Portanto, o objetivo deste estudo foi identificar as adequações e modificações quanto à utilização de EPI e organização do processo de trabalho no atendimento odontológico ambulatorial no Paraná durante o primeiro ano da pandemia da Covid-19.

## Material e métodos

Este estudo de natureza observacional, quantitativo e transversal foi um recorte, para o estado do Paraná, do estudo multicêntrico da Rede de Saúde Bucal Coletiva da região Sul intitulado: 'Biossegurança em Odontologia para o enfrentamento da COVID-19: análise das práticas e formulação de estratégias', coordenado por pesquisadores da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), com coparticipação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e colaboração da Universidade Federal do Paraná (UFPR). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em cada Instituição de Ensino Superior, sendo os responsáveis pelos dados do Paraná as instituições: UEPG (CEP: 4.024.593) e UFPR (CEP: 4.312.933).

O estudo multicêntrico foi realizado com amostra de conveniência. Entre os critérios de elegibilidade, foram incluídos os profissionais de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal) que atuavam diretamente no atendimento de pacientes em consultórios odontológicos de

serviços ambulatoriais durante a pandemia da Covid-19. Foram excluídos os profissionais que não concordaram em participar do estudo ou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada entre 10 de agosto e 7 de outubro de 2020, por meio de um questionário de pesquisa on-line, disponibilizado pelo Google Formulários®, e o *link* para participação foi enviado por *e-mail* pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO). Buscou-se assegurar a oportunidade de que todos os profissionais cadastrados tivessem a chance de ser informados sobre a pesquisa e optarem por participar. Após 14 dias, a estratégia foi de reenvio de *e-mail* pelo CRO. Um terceiro envio foi realizado 30 dias após o segundo envio. Houve monitoramento constante das respostas recebidas, e novas estratégias de divulgação foram realizadas de acordo com a necessidade<sup>13</sup>. Entre as estratégias adicionais de coleta de dados, houve ampla divulgação por redes sociais da pesquisa (Instagram e *site* próprio) e dos pesquisadores (Facebook e WhatsApp), Secretarias de Saúde, instituições de ensino e associações de classe.

O estudo multicêntrico foi elaborado em questionário inédito composto por 50 questões, sendo 47 fechadas e 3 abertas, com perguntas sobre: 1) Perfil sociodemográfico, de formação e de trabalho; 2) Disponibilidade de insumos e medidas de biossegurança preconizadas pela Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020<sup>4</sup>; 3) Prática profissional, gestão, educação e trabalho em equipe. As questões elaboradas segundo as diretrizes contidas na NT 04/2020 apresentavam opções de resposta em escala Likert de frequência em 5 pontos (1 – nunca, 2 – raramente, 3 – às vezes, 4 – quase sempre, 5 – sempre), contendo ainda a opção 'não sei'. Para o presente estudo, foram analisadas apenas as questões fechadas. Detalhes sobre a construção e a validação do instrumento de coleta de dados estão descritos em outra publicação realizada em conjunto pelos pesquisadores<sup>14</sup>.

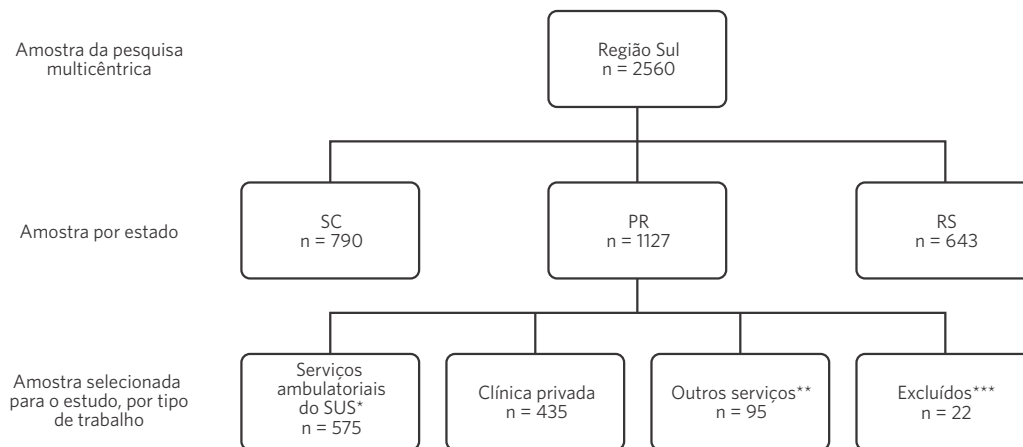
No recorte deste estudo no Paraná, a população-alvo foram os 45.218 profissionais inscritos

no CRO-PR em maio do ano de 2020, sendo 31.009 Cirurgiões-Dentistas (CD) (68,6%), 2.804 Técnicos em Saúde Bucal (TSB) (6,2%) e 11.405 Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) (25,2%)<sup>15</sup>. No estudo multicêntrico, foram obtidas as respostas de 1.127 participantes do Paraná (*figura 1*). No entanto, 22 respondentes foram excluídos por não atenderem ao critério de elegibilidade (trabalhadores de gestão e aqueles que não especificaram trabalho em clínica odontológica durante o momento da coleta de dados), restando uma amostra elegível de 1.105 participantes.

Após a extração do banco de dados, os profissionais foram alocados em três categorias de tipo de serviço odontológico (*figura 1*): 1)

trabalhadores em atendimento odontológico ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS (APS, Centros de Especialidades Odontológicas e serviços de pronto atendimento da Rede de Saúde Bucal do SUS); 2) trabalhadores em clínica privada (consultórios ou clínicas); e 3) trabalhadores em atendimento de pacientes de outros serviços (Sistema S, forças de segurança, sindicatos, hospitais públicos ou privados e clínicas de ensino). Ainda que os hospitais públicos e clínicas de instituições públicas de ensino também ofertem atendimento no âmbito do SUS, por escolha de categorização realizada pelos autores, esses serviços foram alocados em um grupo de trabalhadores que atendem em ‘outros serviços’.

Figura 1. Fluxograma da amostra de profissionais de saúde bucal para os estados da região Sul e amostra final de trabalhadores nos diferentes tipos de serviços odontológicos do Paraná. Ago-out 2020



Fonte: elaboração própria.

\* Atenção Primária à Saúde, Centros de Especialidades Odontológicas e serviços de pronto atendimento na Rede de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde.

\*\* Sistema S, forças de segurança, sindicatos, serviços hospitalares públicos ou privados, sistema penitenciário, clínicas de ensino.

\*\*\* Trabalhadores em gestão ou sem atuação durante a coleta de dados em clínica odontológica.

A análise dos dados foi realizada pelo programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) para Windows® (versão 16.0).

Na análise descritiva, foram aferidas as frequências absolutas (n) e percentuais (%). Para análise de associação, foram realizados o teste

qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

A variável de desfecho foi o tipo de serviço: ‘atendimento ambulatorial do SUS’ (n = 575), ‘clínica privada’ (n = 435), e ‘outros serviços’ (n = 95). Como variáveis independentes, foram

consideradas as questões sobre a organização do serviço de saúde, EPI utilizados no atendimento ao paciente e medidas de biossegurança na clínica odontológica. Para isso, as respostas em escala Likert foram dicotomizadas em: ‘sempre’/‘quase sempre’ ou ‘às vezes’/‘raramente’/‘nunca’. As respostas ‘não sei’ foram consideradas como valores ausentes/perdidos.

## Resultados

Quanto à caracterização da amostra, houve maior participação de profissionais do gênero feminino (80,8%), na faixa etária de 40-59 anos (46,2%). Em relação à profissão, a maioria era CD (75,8%). A maior parte dos participantes

teve o ano de conclusão da formação profissional em até cinco anos (2010 a 2020) (42,3%). Dos CD, o maior nível de pós-graduação foi de especialização (58,9%), principalmente em ortodontia (16,1%) e saúde coletiva (15,8%). A maioria dos respondentes possuía apenas um vínculo de trabalho (85,6%), e, na maior parte, eram servidores públicos (estatutário ou CLT) (52%) (*tabela 1*).

Sobre o conhecimento de diretrizes para o enfrentamento da Covid-19 direcionadas aos serviços de saúde bucal, a maioria relatou ter acesso aos documentos oficiais do Ministério da Saúde (NT04/2020), dos órgãos gestores do SUS e dos Conselhos de Odontologia (Conselho Federal de Odontologia – CFO e CRO) (62,4%). Ainda, 5,4% dos profissionais relataram não conhecer nenhuma diretriz (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica, de formação e trabalho da amostra de profissionais de saúde bucal no estado do Paraná. Ago-out 2020

Variáveis	n	%
<b>Gênero (n = 1104)</b>		
Feminino	892	80,8
Masculino	212	19,2
<b>Idade (n = 1105)</b>		
18-24 anos	71	6,4
25-39 anos	492	44,5
40-59 anos	510	46,2
60 anos ou mais	32	2,9
<b>Profissão/ocupação (n = 1105)</b>		
Cirurgião(ã)-Dentista (CD)	838	75,8
Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)	177	16,0
Técnico(a) em Saúde Bucal (TSB)	90	8,1
<b>Ano de conclusão da formação profissional (n = 1105)</b>		
ASB sem curso formal	5	0,5
Até 5 anos de formado (2010 a 2020)	467	42,3
11 a 15 anos (2009 a 2000 inclusive)	290	26,2
Mais de 20 anos (1999 inclusive ou menor)	343	31,0
<b>Maior nível de pós-graduação (n = 838)*</b>		
Não possui	182	21,7
Especialização	494	58,9
Mestrado/ Doutorado	162	19,3

Tabela 1. (cont.)

Variáveis	n	%
<b>Área da pós-graduação principal (n = 834)*</b>		
Saúde Coletiva/Pública/Família	132	15,8
Ortodontia	134	16,1
Implantodontia	68	8,1
Endodontia	73	8,7
Odontopediatria	43	5,2
Dentística	40	4,8
Prótese Dentária	39	4,7
Periodontia	33	4,0
Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial	19	2,3
Outras áreas	71	8,5
Não possui pós-graduação	182	21,8
<b>Número de vínculos de trabalho (n = 1105)</b>		
Apenas um	946	85,6
Mais de um	159	14,4
<b>Tipo(s) de vínculo(s) de trabalho** (n = 1105)</b>		
Autônomo	388	35,1
Contrato temporário	51	4,6
Trabalha por porcentagem	99	9,0
Empregado (CLT)	117	10,6
Servidor público (estatutário ou CLT)	575	52,0
Residente	42	3,8
<b>Diretrizes para enfrentamento da Covid-19 que conhece** (n = 1105)</b>		
Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa Nº 04/2020	570	51,6
Recomendações da Secretaria Municipal / Estadual de Saúde	598	54,1
Cartilha do Conselho Federal de Odontologia (CFO)	577	52,2
Recomendações do Conselho Regional de Odontologia (CRO)	690	62,4
Não teve acesso a nenhum destes documentos	60	5,4

Fonte: elaboração própria.

\*Apenas Cirurgiões-Dentistas (CD) responderam; \*\*Respostas múltiplas.

A maioria dos participantes relatou não apresentar nenhuma condição de risco para formas graves da Covid-19 (89,1%), e, entre as condições de saúde referidas, a obesidade com Índice de Massa Corporal (IMC)  $\geq 40$  foi

a mais prevalente (2,6%). Em relação à interrupção do trabalho na clínica odontológica, a maior parte se afastou/foi afastado por outros motivos que não era a Covid-19 ou suspeita (57,6%) (tabela 2).



Tabela 2. Condição de risco e interrupção do trabalho em clínica odontológica durante o período da pandemia da Covid-19. Profissionais de saúde bucal do estado do Paraná. Ago-out 2020

	n	%
<b>Apresenta condição de risco para formas graves da Covid-19 (n = 1105)</b>		
Nenhuma	985	89,1
Somente idade acima de 60 anos	22	2,0
Somente condição de saúde	95	8,6
Idade acima de 60 anos e condição de saúde	3	0,3
<b>Condições de saúde referidas *(n = 1105)</b>		
Cardiopatia grave	11	1,0
Diabetes descompensada	9	0,8
Hipertensão descompensada	24	2,2
Obesidade com IMC** $\geq$ 40	29	2,6
Gestante	14	1,3
Pneumopatia grave	24	2,2
Imunossuprimido – transplantado, portador de neoplasias, uso de medicamentos ou terapias imunossupressoras (imunobiológicos, quimioterapia, radioterapia), ou outros	11	1,0
<b>Afastamento do trabalho em clínica durante a pandemia (n = 1105)</b>		
Não se afastou/foi afastado em nenhum momento	360	32,6
Se afastou/foi afastado por suspeita ou para tratamento da Covid-19	109	9,9
Se afastou/foi afastado por outros motivos	636	57,6

Fonte: elaboração própria.

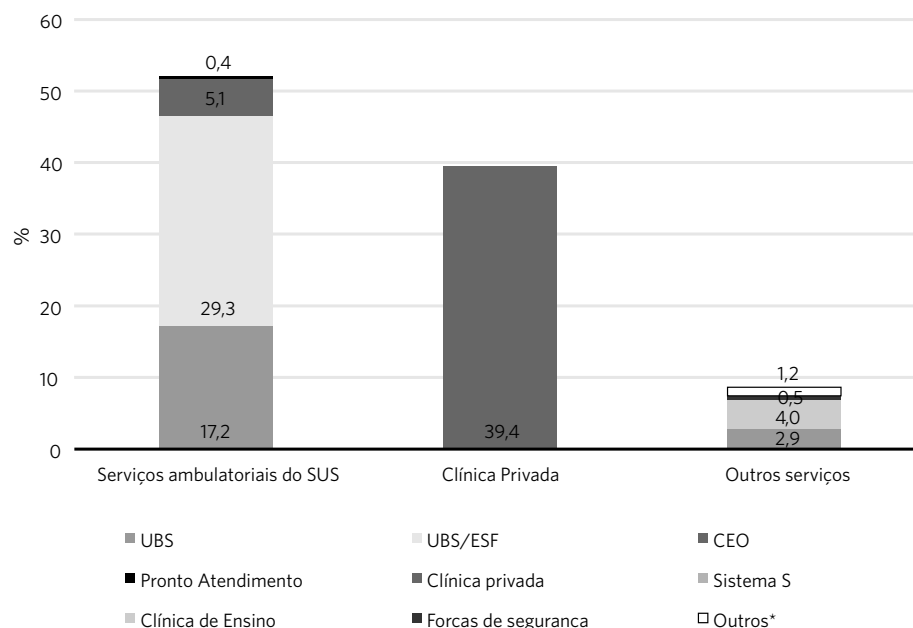
\*Segundo classificação de risco do Ministério da Saúde; Respostas múltiplas.

\*\*IMC=Índice de Massa Corporal.

A distribuição da amostra segundo tipo de serviço pelo qual respondeu à pesquisa é apresentada no *gráfico 1*. Houve maior participação dos trabalhadores em serviços ambulatoriais do SUS (52,2%), com predomínio da APS (46,5%). A atuação em consultórios

ou clínicas odontológicas do serviço privado foi relatada por 39,4% dos profissionais. Os participantes alocados na categoria ‘outros serviços’ (8,6%) foram, principalmente, os que informaram trabalhar em clínicas de ensino (4%) e no Sistema S (2,9%) (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribuição dos tipos de serviços odontológicos pelos quais responderam às perguntas da pesquisa. Amostra de profissionais de saúde bucal no estado do Paraná. Ago-out 2020



Fonte: elaboração própria.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UBS/ESF - Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família.

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas.

Sistema S - Sesi/Senai/Sesc e similares.

\* Sindicatos, sistema penitenciário, serviços hospitalares públicos ou privados.

Em relação à organização dos serviços de saúde, houve suspensão dos procedimentos odontológicos com restrição aos casos de urgência e emergência em 68,2% dos profissionais, sendo essa medida mais prevalente nos serviços ambulatoriais do SUS (94,2%) e em 'outros serviços' (76,9%) do que na clínica privada (31,9%) ( $p < 0,001$ ). Já a redução de carga de trabalho ou rotatividade de profissionais foi relatada em 43,7% dos serviços, sendo mais prevalente em 'outros serviços' (87,9%), seguida pela clínica privada (56%) e menor no SUS (27,2%) ( $p < 0,001$ ). O distanciamento mínimo de 1 metro nas salas de espera foi respeitado em 87,1% dos serviços, com maior prevalência em 'outros serviços' (95,3%), seguido pela clínica privada (93,3%) e serviço público (81,1%) ( $p < 0,001$ ). A decisão de incluir um procedimento odontológico como urgência foi estabelecida baseada em

protocolos pré-clínicos em 77,4% dos serviços, principalmente em 'outros serviços' (84,5%), seguida pelo serviço público (84%) e clínica privada (66,4%) ( $p < 0,001$ ). O uso profissional de ferramentas digitais para teleorientação ou telemonitoramento dos pacientes foi relatado em 37,1% dos serviços, com prevalência na clínica privada (54,7%), seguido de 'outros serviços' (30,8%) e serviço público (24,5%) ( $p < 0,001$ ) (tabela 3).

Quando questionados sobre a utilização de EPI no atendimento ao paciente, a luva de procedimento foi o EPI mais utilizado (96,2%), sem diferença estatística entre os tipos de serviços odontológicos ( $p > 0,05$ ). O EPI menos utilizado foi o avental impermeável (65,5%), com maior prevalência em 'outros serviços' (71,8%), seguido da clínica privada (68,1%) e serviço público (62,6%) (tabela 3).

Quanto às medidas de biossegurança adotadas na clínica, observa-se maior prevalência da reutilização da máscara N95/ PFF2/ ou equivalente, seguindo critérios de armazenamento, tempo de uso e segurança (72,7%), com menor prevalência na clínica privada. Notou-se menor uso de dique de borracha para os atendimentos que requerem alta rotação (26,5%), sendo menos prevalente no serviço público (19%) quando comparado com ‘outros serviços’ ( $p < 0,001$ ). Houve maior adequação das medidas de enfrentamento da Covid-19 em ‘outros serviços’ quanto ao processo de limpeza e desinfecção do ambiente realizado por profissional treinado (82,1%), limpeza e desinfecção de mangueiras de sucção realizada com desinfetante indicado a cada atendimento (78,7%), uso de peças de

mão (canetas de alta e baixa rotação) estéreis e autoclavadas a cada atendimento (71,8%), uso de dique de borracha para procedimentos que requerem uso de alta rotação (44,2%), e disponibilidade e utilização de sistema de sucção de alta potência (bomba a vácuo) (86,4%) ( $p < 0,001$ ). Já no serviço público, houve maior relato sobre evitar a realização e/ou solicitação de exames radiográficos intraorais (64%) e procedimentos que requerem o uso de equipamentos que geram aerossóis (65,6%), e maior prevalência de realização dos procedimentos a quatro mãos (83,6%) quando comparado com os ‘outros serviços’ ( $p < 0,001$ ). Quanto à sequência de desparamentação, a prevalência foi de 75,3%, sem diferença significativa entre os tipos de serviços odontológicos (tabela 3).

Tabela 3. Adequação dos diferentes tipos de serviços odontológicos às medidas de enfrentamento da Covid-19. Paraná, Brasil. Ago-out 2020

Durante a pandemia, no meu local de trabalho, sempre/quase sempre*:	Total de respostas incluídas na análise*	Frequência de respostas sempre/ quase sempre								p-valor**
		Amostra total (n = 1.105)		Serviços ambulatoriais do SUS <sup>a</sup> (n = 575)		Clínica privada (n = 435)		Outros serviços (n = 95)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Organização do serviço de saúde</b>										
Os procedimentos eletivos odontológicos foram suspensos e os atendimentos ficaram restritos aos casos de urgência/emergência.	1.096	748	68,2	540	94,2	138	31,9	70	76,9	<0,001
Houve redução da carga de trabalho ou rotatividade dos profissionais para minimizar os riscos de contaminação.	1.090	476	43,7	154	27,2	242	56,0	80	87,9	<0,001
Profissional de saúde bucal trabalha de forma direta em procedimentos de acolhimento/triagem (fast track/linha de frente) para detectar pacientes com suspeita de infecção.	1.091	341	31,3	188	32,9	122	28,5	31	34,1	0,282
No agendamento de consultas ambulatoriais, os pacientes são questionados se possuem sintomas de infecção respiratória.	1.081	886	82,0	460	81,4	350	81,0	76	90,5	0,106
Pacientes que comparecem com sintomas de infecção de vias respiratórias são imediatamente isolados dos demais pacientes.	1.013	787	77,7	435	79,1	289	74,7	63	82,9	0,147
Na sala de espera, é respeitado o distanciamento mínimo de 1 metro entre cada pessoa.	1.087	947	87,1	460	81,1	406	93,3	81	95,3	<0,001
São disponibilizados alertas visuais na entrada do serviço de saúde e em outros locais estratégicos.	1.083	743	68,6	381	67,6	290	67,0	72	83,7	0,007
A urgência de um procedimento odontológico é uma decisão baseada em protocolos clínicos preestabelecidos.	1.044	808	77,4	474	84,0	263	66,4	71	84,5	<0,001

Tabela 3. (cont.)

Durante a pandemia, no meu local de trabalho, sempre/quase sempre*:	Total de respostas incluídas na análise*	Frequência de respostas sempre/ quase sempre								p-valor**
		Amostra total (n = 1.105)		Serviços ambulatoriais do SUS <sup>a</sup> (n = 575)		Clínica privada (n = 435)		Outros serviços (n = 95)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Profissional de saúde bucal orienta seus pacientes sobre a Covid-19.	1.089	771	70,8	416	73,0	288	66,5	67	77,9	0,026
Os profissionais de saúde bucal usam ferramentas digitais para teleorientação ou telemonitoramento dos pacientes.	1.050	390	37,1	134	24,5	232	54,7	24	30,8	<0,001
<b>EPI utilizados no atendimento ao paciente</b>										
Gorro	1.087	1.030	94,8	537	94,5	413	95,4	80	93,0	0,634
Luvas de procedimento	1.085	1.044	96,2	542	95,4	421	97,7	81	94,2	NS***
Óculos de proteção	1.086	939	86,5	495	87,3	370	85,5	74	86,0	0,693
Máscara cirúrgica	1.081	922	85,3	483	85,8	370	85,6	69	80,2	0,385
Protetor facial	1.082	956	88,4	513	90,5	368	85,6	75	88,2	0,058
Máscara N95/PFF2/ou equivalente	1.082	823	76,1	436	76,9	321	74,5	66	78,6	0,577
Avental impermeável	1.081	708	65,5	353	62,6	294	68,1	61	71,8	0,089
<b>Medidas de biossegurança na clínica</b>										
O processo de limpeza e desinfecção do ambiente é realizado por profissional treinado, que possui e utiliza os EPI adequados.	1.083	762	70,4	348	61,3	345	80,0	69	82,1	<0,001
A limpeza e a desinfecção das mangueiras de sucção são realizadas com desinfetante indicado para essa finalidade, a cada atendimento.	1.037	657	63,4	319	58,2	279	67,4	59	78,7	<0,001
São utilizadas peças de mão (canetas de alta e baixa rotação) estéreis e autoclavadas a cada atendimento odontológico.	1.079	512	47,5	258	45,6	193	45,1	61	71,8	<0,001
Tem sido evitada a realização e/ou solicitação de exames radiográficos intraorais.	1.067	463	43,4	356	64,0	80	18,7	27	32,5	<0,001
Os procedimentos odontológicos são realizados, em sua maioria, a quatro mãos.	1.082	691	63,9	474	83,6	188	43,5	29	34,9	<0,001
O dique de borracha é utilizado para os atendimentos que requerem alta rotação.	1.035	274	26,5	105	19,0	135	33,3	34	44,2	<0,001
São evitados procedimentos que requerem o uso equipamentos que geram aerossóis.	1.082	525	48,5	373	65,6	118	27,4	34	41,0	<0,001
O sistema de sucção de alta potência (bomba a vácuo) está disponível e é utilizado.	1.069	658	61,6	243	43,5	345	80,4	70	86,4	<0,001
Após cada atendimento, é realizada a sequência de desparamentação recomendada.	1.087	818	75,3	421	74,0	323	74,6	74	87,1	0,031
Há reutilização da máscara N95/PFF2/ou equivalente, seguindo os critérios de armazenamento, tempo de uso e segurança.	1.046	760	72,7	409	74,5	286	68,8	65	80,2	0,039

Fonte: elaboração própria.

<sup>a</sup> Corresponde aos serviços de Atenção Primária à Saúde, Centros de Especialidades Odontológicas e Pronto Atendimento.

\*A tabela apresenta apenas o percentual agrupado das respostas 'sempre'/'quase sempre'. A totalidade de 100% de cada variável está relacionada com a soma das respostas 'às vezes'/'raramente'/'nunca', respostas 'não sei' foram consideradas *missing* e não foram computadas na análise; \*\* Teste qui-quadrado de Pearson ( $p \leq 0,05$ );

\*\*\* Teste Exato de Fisher, comparando as categorias duas a duas; NS (Não significativo) = nenhuma diferença foi significativa ao nível de 5%.

## Discussão

De maneira geral, os serviços de saúde bucal do Paraná se adequaram às medidas de biossegurança e ao processo de trabalho para prevenção e controle da Covid-19, no entanto, com diferenças entre os tipos de serviços ambulatoriais analisados. Os resultados encontrados são compatíveis com as normativas e diretrizes publicadas em nível nacional e no estado do Paraná para efetivação de medidas mitigadoras da pandemia por meio da criação do Plano de Contingência<sup>16</sup>, pois os dados mostram que houve redução dos atendimentos eletivos e implantação das diversas medidas de enfrentamento para Covid-19.

O Plano de Contingência apoiou o desenvolvimento de ações de saúde e gestão, contando com o apoio das 22 Regionais de Saúde no Paraná, que são instâncias intermediárias da Sesa-PR, e 399 Secretarias Municipais de Saúde, e, assim, possibilitou a organização das ações, intervenção e geração de respostas apropriadas durante a pandemia<sup>17</sup>. Em nível nacional, a Nota Técnica nº 04 da Anvisa, publicada em 30 de janeiro de 2020 e atualizada seis vezes até o momento, orientou os serviços de saúde no Brasil com medidas de prevenção e controle da pandemia. Um estudo preditivo realizado no estado do Paraná indicou que o período com pico de contaminação variou conforme o porte municipal, de forma que os municípios de médio e pequeno porte tiveram mais tempo para se preparar e implantar ações de enfrentamento da pandemia quando comparados com grandes centros<sup>18</sup>. Esses dados reforçam que, aliadas às medidas de restrições governamentais adotadas, adequações deveriam ser tomadas dentro dos serviços de saúde em nível local.

Entretanto, as significativas diferenças entre os diferentes tipos de serviços odontológicos sugerem pouco ou nenhum suporte de órgãos regulamentadores aos profissionais do serviço privado. Para que seja possível oferecer um atendimento seguro para profissionais e pacientes diante de uma crise sanitária, é

fundamental que sejam oferecidos recursos que proporcionem maior segurança no atendimento, como a garantia de acesso a EPI e linhas de crédito financeiro facilitados<sup>19</sup>. Um estudo multinacional latino-americano realizado no último trimestre de 2020 mostrou que os principais desafios enfrentados por CD foram: redução no número de pacientes, prejuízo financeiro, medo de contrair a doença e dificuldade para adquirir EPI<sup>10</sup>.

Quanto às características sociodemográficas, o estudo teve maior participação do gênero feminino, o que reforça o processo de feminilização da profissão, que hoje é o corpo de trabalhadores principal do setor odontológico, nas categorias de nível superior e técnico<sup>20</sup>. Embora a coleta de dados tenha sido de forma on-line, a média de idade dos respondentes foi alta, o que demonstra uma amostra não restrita aos profissionais mais jovens. Esse engajamento de um público mais experiente pode ter ocorrido, inclusive, por maior adesão e aumento do tempo de uso de tecnologias e das mídias sociais durante o período pandêmico<sup>21</sup>.

Sobre as medidas de enfrentamento da Covid-19, verificou-se que os profissionais do serviço privado suspenderam menos os procedimentos eletivos e evitaram menos os procedimentos que requerem equipamentos geradores de aerossóis. Além disso, os serviços privados utilizavam menos protocolos clínicos para caracterizar urgências odontológicas. A menor adesão às restrições do atendimento no âmbito dos serviços privados ressalta uma das características socioeconômicas da pandemia, já que os profissionais liberais dependem da sua força de trabalho diária para conquistar o seu salário e manter sua condição de vida. O achado corroborou um estudo realizado na Alemanha, o qual mostra que as políticas restritivas colocaram as práticas odontológicas sob um estresse financeiro diretamente proporcional ao tempo em que estavam vigentes<sup>12</sup>. Mesmo que a primeira onda da pandemia tenha ocorrido de forma mais tardia no Brasil, não impediu com que as medidas realizadas em outros países fossem efetivadas no País. Assim,

houve um alongamento na necessidade de manutenção do tempo de medidas restritivas, incluindo o atendimento odontológico limitado aos casos de urgência e emergência. Neste estudo, com recorte transversal, o período analisado correspondeu aos meses iniciais do avanço da Covid-19 no País, e os profissionais podem ter se adequadado aos novos protocolos, em outras fases das curvas epidêmicas durante a pandemia.

Nos serviços públicos ambulatoriais, houve pouca redução da carga de trabalho durante a pandemia da Covid-19, enquanto nos ‘outros serviços’, essa redução foi mais expressiva. Esse aspecto pode se justificar pela ampla atuação desse setor no enfrentamento da Covid-19, em um sistema que já estava sobrecarregado<sup>22</sup>. Ao considerar que cerca de 80% dos casos de Covid-19 são leves a moderados, a maioria dos casos confirmados têm sido atendidos na APS<sup>3,23</sup>, a qual vem coordenando o atendimento da Covid-19. A necessidade de mais trabalhadores na linha de frente de combate à Covid-19 fez com que o serviço remanejasse algumas eSB para auxiliar o atendimento multiprofissional. As eSB, ou seja, muitos dos profissionais que responderam a esta pesquisa, foram treinadas e passaram a colaborar no *fast track* e na notificação de casos da Covid-19. Além disso, também passaram a atuar na gestão, capacitação e distribuição de EPI, realização de testes RT-PCR (do inglês, *reverse-transcriptase polymerase chain reaction*), e acompanhamento dos casos positivos em monitoramento, em conjunto com a equipe médica e de enfermagem<sup>24</sup>.

Um aspecto que pode justificar a maior proporção de profissionais de ‘outros serviços’ terem respondido que reduziram a sua carga horária de trabalho, demonstra a proporção considerável desses profissionais informarem que suspenderam os atendimentos eletivos. Além disso, um dos grupos de profissionais que compõem a categoria de ‘outros serviços’ são CD atuantes em clínicas de ensino, e as aulas presenciais, principalmente laboratoriais e clínicas foram suspensas no início

da pandemia<sup>25</sup>. Assim, a atividade clínica foi amplamente afetada no ensino odontológico, e o retorno foi lento e gradual em algumas instituições, principalmente durante a fase final do segundo semestre da pandemia ou início de 2021, ou seja, após a finalização da coleta de dados do presente estudo.

Ainda no serviço público, notaram-se menores prevalências em relação ao uso de ferramentas digitais para teleorientação ou telemonitoramento dos pacientes, distanciamento mínimo de 1 metro entre cada pessoa nas salas de espera, uso do dique de borracha nos atendimentos que requerem uso de alta rotação e sistema de sucção de alta potência. A disponibilidade de insumos tecnológicos, bem como de materiais de consumo, no serviço público pode ter sido fator limitante na implementação dessas medidas, considerando persistentes adversidades na distribuição de recursos<sup>26</sup> a fim de concretizar a integralidade. Objetivou-se avaliar a associação entre aspectos contextuais dos municípios brasileiros, características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas eSB, mesmo em um estado da região Sul, que se destaca por melhores infraestruturas para os serviços de saúde. As dificuldades na organização do serviço em relação ao distanciamento podem ter sido motivadas pela sobrecarga do sistema de saúde pública, agravada durante a pandemia, inclusive no atendimento a pacientes com suspeita de Covid-19. Além disso, os serviços tiveram que se reorganizar enquanto continuavam o atendimento de forma ininterrupta, ou seja, não houve tempo para alterações estruturais, ou, ainda, pouco tempo para alterações organizacionais<sup>22</sup>.

Diante dos desafios da atenção odontológica na pandemia, fazem-se necessários o planejamento e o direcionamento de práticas seguras que colaborem com a atenção integral em saúde bucal. Considerando a orientação de manter o distanciamento social, sabe-se que uma importante estratégia que pode atuar como promotora de saúde, e até mesmo ser

resolutiva em alguns casos, de forma segura na pandemia é a teleodontologia. Embora existam limitações, como a impossibilidade de realizar exame clínico minucioso, com inspeção visual direta, palpação e percussão, muitos casos podem ser resolvidos com atendimento virtual. É possível evitar consultas presenciais de acompanhamento após procedimentos ou de prescrições medicamentosas, por exemplo<sup>27</sup>. Além disso, o uso de ferramentas digitais pode ser utilizado para consultas preventivas, com orientação de higiene bucal, evitando consultas emergenciais futuras. Ainda que seja promissor, o teleatendimento foi pouco incluído nos diversos serviços odontológicos analisados neste estudo. A baixa adesão pode ser explicada pelo fato de que a regulamentação da teleodontologia ocorreu durante a pandemia, e precisa de treinamento e equipamentos para ser efetivada<sup>28</sup>.

Por outro lado, os serviços públicos mostraram maior adequação à medida de evitar radiografias intraorais, e os procedimentos são realizados com maior frequência a quatro mãos, sendo esta última medida facilitada pela composição das eSB, nem sempre disponíveis no serviço privado. No serviço público, a radiografia intraoral tem sido uma oferta limitada no próprio serviço; e com necessidade de encaminhamento<sup>29</sup> disponibilidade e funcionamento dos equipamentos radiográficos e realização de radiografias, essa logística pode ter sido mais uma barreira para o uso desse recurso durante a pandemia. O maior relato de realizar o trabalho a quatro mãos no serviço público, que significa contar com um profissional técnico ou auxiliar atuando diretamente com o CD durante o atendimento clínico de pacientes, pode estar refletindo um problema que ocorre em serviços privados, no qual, muitas vezes, o profissional autônomo ou trabalhador de clínicas odontológicas não contam com os serviços de ASB ou TSB. Um estudo em Blumenau-SC já havia mostrado que há uma maior média de profissional auxiliar/CD no serviço público do que no privado<sup>20</sup>. Diversos fatores podem explicar esse achado,

como o maior interesse na estabilidade do serviço público, principalmente em uma categoria majoritariamente feminina<sup>20</sup>, bem como o desinteresse dos serviços privados devido ao custo envolvido nesse processo, e a alta rotatividade dos profissionais em clínicas privadas.

Houve ampla utilização dos EPI avaliados no presente estudo, os usualmente utilizados na prática odontológica, e os instituídos durante a pandemia da Covid-19. Para que seja possível colocar em prática todos os cuidados recomendados, a disponibilidade suficiente de EPI aos profissionais de saúde torna-se essencial. Na prática, porém, a situação foi agravada pela escassez desses materiais no mercado, aumento expressivo de preços ofertados e falta de planejamento adequado pelo Ministério da Saúde<sup>30,31</sup>. Vale destacar que o acesso aos EPI vem sendo associado ao desenvolvimento de quadros mais leves e menos graves da Covid-19, apoiando a ideia de que mesmo quando o EPI falha, pode reduzir a quantidade de vírus inalados pelo usuário<sup>32</sup>.

Neste estudo, os menores valores em relação à utilização de EPI foram observados no uso de avental impermeável, com maior prevalência em 'outros serviços' e menor no serviço público. Um estudo que comparou protocolos pré e pós-Covid mostra que houve um aumento de 19,05 vezes do custo de uma única consulta odontológica, trazendo grande impacto em todos os serviços de saúde bucal, já que, no serviço privado, pode ser necessário o repasse desse aumento ao valor cobrado pelos procedimentos, bem como no serviço público, o qual deve priorizar alocação racional e equitativa dos recursos financeiros<sup>33</sup>. Notam-se também dificuldades de compra de EPI durante os períodos mais críticos da pandemia, considerando que houve obstáculos de acesso a esses materiais devido ao alto consumo em nível mundial<sup>34</sup>. A rotina clínica com grande demanda, e o alto custo do uso de avental a cada paciente, pode ter esbarrado na limitação econômica do seu uso. Desde o início da pandemia, a falta do uso de EPI adequados foi vista como um fator preocupante quanto à saúde dos profissionais de saúde<sup>35</sup>.

Embora atualmente não se tenha consenso na literatura a respeito da profissão com maior risco ocupacional de contaminação pela Covid-19, a prática odontológica expõe a equipe à alta carga viral presente nas vias aéreas superiores dos pacientes infectados, com materiais biológicos, gotículas e aerossóis, além da proximidade entre profissional-paciente necessária durante o atendimento<sup>9,36</sup>. Um estudo recente mostrou que o risco de contaminação por Covid-19 entre CD não é maior quando comparado com a população geral desde que sejam utilizados EPI adequados e que as devidas precauções sejam respeitadas<sup>9</sup>. Destaca-se também que, entre os profissionais de saúde, os trabalhadores de saúde bucal têm na sua prática diária muita experiência com o manuseio e uso de equipamentos e medidas de biossegurança, o que pode explicar, em parte, uma menor ou igual contaminação, ainda que sejam altamente expostos<sup>9</sup>.

Do ponto de vista epidemiológico, sabe-se que a adesão às medidas de isolamento social traz efeitos positivos na contenção da disseminação do vírus da Covid-19<sup>37</sup>. Contudo, o contexto da pandemia ressalta vulnerabilidades sociais existentes no País, com índices crescentes de insegurança alimentar e nutricional, de trabalhadores informais e desemprego<sup>38</sup> reacendendo as discussões acerca da segurança alimentar e nutricional, à semelhança do que vem acontecendo em outros países que enfrentam a mesma situação de pandemia. Dessa forma, grande parte da população não tem condições de colocar em prática as medidas de isolamento social, recomendadas pelos órgãos de saúde. Em âmbito odontológico, tais aspectos socioeconômicos também se tornam evidentes ao observar os resultados discrepantes entre as respostas dos trabalhadores dos diferentes serviços. Na literatura, somadas às adversidades existentes em relação à precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar<sup>39</sup>, são reconhecidas desigualdades no acesso e cobertura dos serviços públicos e privados, bem como do ônus econômico aos profissionais, além de estruturas que nutrem as disparidades assistenciais<sup>140</sup>.

Partindo da problemática supracitada, o

conceito de sindemia vem sendo reconhecido ao se referir à pandemia da Covid-19. Sindemia considera as interações biológicas e sociais, as quais são importantes no prognóstico, tratamento e políticas de saúde<sup>41</sup>. Tais interações, que consideram enfoques socioeconômicos, são o alicerce para que seja reconhecida e colocada em prática uma abordagem integral no enfrentamento do período pandêmico e pós-pandêmico. A interrupção das atividades também trouxe à tona a necessidade de maior atenção ao ensino e à prática da gestão e administração financeira aos profissionais da odontologia. A literatura mostra que, nas clínicas privadas, quem mais sofre com os impactos e incertezas são os dentistas proprietários de clínicas de pequeno porte e em locais com menor desenvolvimento econômico<sup>39,42</sup>. De forma semelhante, alguns serviços públicos de saúde bucal podem ser fechados, caso não haja maior incentivo do governo federal, o que, certamente, resultaria em grandes prejuízos à saúde da população<sup>33</sup>.

As limitações deste estudo estão relacionadas com as características de um estudo transversal, considerando que a coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e outubro de 2020, enquanto a pandemia se estende até os dias atuais. Sendo assim, os dados podem não representar a realidade durante todo o período pandêmico. Além disso, a amostra de conveniência obtida por meio da pesquisa on-line, ainda que busque alcançar toda a população de profissionais inscritos nos CRO, está sujeita ao viés de seleção, já que nem todos acompanham mídias sociais regularmente. Entretanto, o estudo alcançou o tamanho amostral mínimo proposto, apresentando de maneira satisfatória um panorama geral das características e adequações dos serviços odontológicos no estado do Paraná. Vale ainda destacar que o momento da coleta foi inserido durante a redução de casos e mortes da primeira onda da pandemia no Brasil, dessa forma, a interpretação dos resultados deve considerar este momento da pandemia no País. Outrossim, a categorização escolhida pelos autores, que considerou as



respostas em escala do tipo Likert em duas categorias, sendo para respostas positivas (sempre/quase sempre), e negativas (às vezes/raramente/nunca), também pode representar uma limitação assumida dentro do estudo.

## Conclusões

Conclui-se que houve grande adequação às medidas de enfrentamento da Covid-19 entre os profissionais de saúde bucal no Paraná. No entanto, houve disparidade entre os tipos de serviço odontológico. Profissionais dos serviços ambulatoriais do SUS relataram com maior frequência que: suspenderam atendimentos eletivos, evitavam gerar aerossóis e trabalhavam a quatro mãos. Profissionais dos serviços privados utilizaram com maior frequência teleorientação e telemonitoramento. Nos 'outros serviços', houve maior proporção de redução das horas de trabalho e autoclavagem de peças de mão após o atendimento de cada paciente.

Outros estudos municipais, estaduais, regionais e/ou nacionais, e em outros momentos

da curva epidêmica, poderão evidenciar disparidades e semelhanças entre os serviços, auxiliando equipes de gestão e na contenção da disseminação do vírus nos diferentes momentos da pandemia da Covid-19.

## Colaboradores

Pacheco EC (0000-0003-0409-2881)\* contribuiu para o desenho do estudo, coleta de dados, preparo do banco de dados, análise estatística e redação do artigo científico. Soares RC (0000-0002-7261-3020)\* contribuiu para a coleta de dados, preparo do banco de dados e redação do artigo científico. Santos VM (0000-0002-8480-3868)\* contribuiu para a coleta de dados e redação do artigo científico. Vianna GDP (0000-0002-9537-9855)\*, Ditterich RG (0000-0001-8940-1836)\*, Silva Junior MF (0000-0001-8837-5912)\* e Baldani MH (0000-0003-1310-6771)\* contribuíram para a supervisão desde o delineamento do estudo, coleta de dados, análise estatística dos resultados até a revisão final do artigo. ■

---

## Referências

1. Moraes RR, Correa MB, Queiroz AB, et al. COVID-19 challenges to dentistry in the new pandemic epicenter: Brazil. *PloS One*. 2020; 15(11):e0242251.
2. Hopkins University, Center for Systems Science and Engineering. [acesso em 2021 nov 7]. Disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>.
3. Marquitti FMD, Coutinho RM, Ferreira LS, et al. O Brasil perante as novas variantes de SARS-CoV-2: emergências e desafios em saúde pública. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2021; (24):e210022.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 04/2020; 2020 [acesso em 2021 nov 7]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/>

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims\_ggtes\_anvisa-04-2020-09-09-2021.pdf/view.

5. Soares RC, Rocha JS, Rosa SV, et al. Quality of biosafety guidelines for dental clinical practice in world in early COVID-19 pandemic: A systematic review. *Epid. Health.* 2021; (43):e2021089.
6. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução nº 610 DE 07/07/2021 - LegisWeb. [acesso em 2021 nov 7]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=417127>.
7. Nasr AMLF, Preto CAG, Magatão D, et al. Covid-19: medidas de saúde pública para o enfrentamento da pandemia no Estado do Paraná. *Rev. Saúde Pública Paraná.* 2020 [acesso em 2021 nov 7]; 3(supl). Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/413>.
8. Martins-Filho PR, Gois-Santos VT, Tavares CSS, et al. Recommendations for a safety dental care management during SARS-CoV-2 pandemic. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2020; (44):e51.
9. Hartshorne J, van Zyl A. COVID-19 risk management in dental practice. Part 3: Are dental healthcare workers at greater risk of COVID-19 than other health professionals or general population?. *Inter. Dent. African Edit.* 2021; 11(2):24-39.
10. Moraes RR, Cuevas-Suárez CE, Escalante-Otárola WG, et al. A multi-country survey on the impact of COVID-19 on dental practice and dentists' feelings in Latin America. *BMC Health Serv. Res.* 2022; 22(1):393.
11. Medeiros MRS, Medeiros MRS, Borges REA, et al. Prevenção e controle da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde (APS): Recomendações para os profissionais de saúde. *Res. Soc. Dev.* 2021; 10(6):e58510616173-e58510616173.
12. Schwendicke F, Krois J, Gomez J. Impact of SARS-CoV2 (Covid-19) on dental practices: Economic analysis. *J. Dent.* 2020; (99):103387.
13. Lee RM, Fielding NG, Blank G. *The Sage Handbook of On-line Research Methods.* 2. ed. Londres: SAGE Publications; 2017.
14. Ditterich RG, Baldani MH, Warmling CM. Rede colaborativa de pesquisa sobre biossegurança em odontologia: múltiplos olhares frente aos novos desafios. Ponta Grossa: UEPG; 2021. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://www.editora.uepg.br/ebooks/rede-colaborativa-de-pesquisa-sobre-biosseguranca-em-odontologia-multiplos-olhares-frente-aos-novos-desafios-ebook>.
15. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade Geral de Profissionais e Entidades Ativas. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>.
16. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Planos de Contingência. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/pagina-1239.html>.
17. Sousa DJ, Santos CCM, Lopes MGD, et al. Organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná no enfrentamento da pandemia Covid-19. *R. Saúde Públ. Paraná.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; 3(sup1):108-117. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/439/160>.
18. Martins CM, Gomes RZ, Muller EV, et al. Modelo Preditivo da ocorrência de Covid-19 em município de médio porte no Brasil (Ponta Grossa-Paraná). *Text. Cont. - Enferm.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; (29):e20200154. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/xZf3QddyXvWWxBYHHcrX6Ms/?lang=pt>.
19. Villarim NLS, Muniz IAF, Perez DEC, et al. Evaluation of the economic impact of COVID-19 on Brazilian private dental clinics: A cross-sectional study. *IOS Press.* 2022; 71(1):79-86.
20. Warmling CM, Cipriani CR, Pires FS. Perfil de auxiliares e técnicos em saúde bucal que atuam no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS.* 2016; 19(4):592-601.

21. Farooq A, Laato S, Islam AKMN. Impact of Online Information on Self-Isolation Intention During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Study. *J. Med. Internet Res.* 2020; 22(5):e19128.
22. Avelar FG, Emmerick ICM, Muzy J, et al. Complicações da Covid-19: desdobramentos para o Sistema Único de Saúde. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2021 set 13]; 31(01):1-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/KHrV3LGxrDtfSyfcqjTcRy/?format=html&lang=pt>.
23. Soeiro RE, Bedrikow R, Ramalho BDS, et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. *Interam. J. Med. Health.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; 3:e202003010. Disponível em: <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/83>.
24. Carletto AF, Santos FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis Rev. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; 30(3):1-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/physis/a/Kx69PrD3wbpT686zCF56pxp/?lang=pt>.
25. Paredes SO, Meira KMS, Bonan PRF, et al. O ensino odontológico e os desafios relacionados ao cumprimento dos novos protocolos de biossegurança no contexto da pandemia da COVID-19. *Rev. ABENO.* 2021; 21(1):1554-1554.
26. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24:1809-20.
27. Deshpande S, Patil D, Dhokar A, et al. Teledentistry: A Boon Amidst COVID-19 Lockdown—A Narrative Review. *Int. J. Telemed. Appl.* 2021; 8859746.
28. Conselho Federal de Odontologia. CFO regulamenta exercício da Odontologia a distância para garantir proteção de Cirurgiões-Dentistas e pacientes. 2020. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/cfo-regulamenta-exercicio-da-odontologia-a-distancia-para-garantir-protecao-de-cirurgioes-dentistas-e-pacientes/>.
29. Chisini LA, Martin ASS, Silva JVJBF, et al. Cobertura radiográfica odontológica pelo Sistema Único de Saúde na região Sul do Brasil em 2016: estudo ecológico. *Epid. Serv. Saúde.* 2019 [acesso em 2021 set 13]; (28). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/RLSNQRfyLNZSXdMSr68xGTL/?lang=pt>.
30. Cohen J, Rodgers Y van der M. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Prev. Med.* 2020; (141):106263.
31. Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trab. Educ. Saúde.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; (18). Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tes/a/YtCRHxTywqWm4SC hBHvqPBB/?lang=pt>.
32. Kim H, Hegde S, LaFiura C, et al. Access to personal protective equipment in exposed healthcare workers and COVID-19 illness, severity, symptoms and duration: a population-based case-control study in six countries. *BMJ Glob. Health.* 2021; 6(1):e004611.
33. Cavalcanti YW, Silva RO, Ferreira LF, et al. Economic impact of new biosafety recommendations for dental clinical practice during COVID-19 pandemic. *Pesq. Bras. Odont. e Clín. Integ.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; 20(1):e0133. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/VSMzmp45ZPwzjbgpgS74Yzs/?lang=en#>.
34. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J. Hosp. Infect.* 2020; 105(1):100-1.
35. The Lancet. null. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet Lond. Engl.* 2020; 395(10228):922.
36. Peng X, Xu X, Li Y, et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int. J. Oral Sci.* 2020; 12(1):1-6.
37. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Malta DC, et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da Covid-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020 [acesso em 2021 set 13]; 29. Disponível

em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/fw8vPWhWV9j3ZyxMbVCZrMw/?lang=pt>.

38. Ribeiro-Silva RC, Pereira M, Campello T, et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; (25):3421-30.
39. Moraes DA, Maluf F, Tauil PL, et al. Precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar: uma análise bioética. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; (24):705-14.
40. Conte D, Bahia L, Laurentino de Carvalho E, et al. Public and private supply of beds and access to health care in the COVID-19 pandemic in Brazil. [preprint]. *Public Priv Supply Beds Access Health Care COVID-19 Pandemic Braz.* 2020. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1316>.
41. Fronteira I, Sidat M, Magalhães JP, et al. The SARS-CoV-2 pandemic: A syndemic perspective. *One Health Amst. Neth.* 2021; (12):100228.
42. Lo Nigro G, Bizzoca ME, Lo Muzio L, et al. The Management of Dental Practices in the Post-COVID 19 Era: An Economic and Operational Perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020; 17(23):E8905.

---

Recebido em 17/02/2021

Aprovado em 29/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Código de financiamento 001

# O Caps como espaço potencial: diálogos com a teoria winnicottiana

## *The Caps as a potential space: dialogues with Winnicottian theory*

André Brazão dos Santos<sup>1</sup>, Sidnei José Casetto<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213508

**RESUMO** Apoiada no movimento de redemocratização e da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica constituiu a base para o modelo utilizado em serviços substitutivos, como o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), um dispositivo de promoção de saúde mental. Por seus objetivos e funções, viu-se a possibilidade de relacionar o Caps com o conceito de espaço potencial de Winnicott, definido como uma área intermediária entre as realidades psíquica e compartilhada, na qual se pode ser criativo ao invés de somente adaptado. Procurou-se investigar se o Caps possui características de um espaço potencial no sentido winnicottiano. A pesquisa adotou a abordagem qualitativa, caracterizada como uma pesquisa em psicanálise, trabalhando com dados secundários. Selecionaram-se 14 trabalhos, incluindo dissertações, teses e artigos científicos publicados nos últimos dez anos. Na análise dos dados, procurou-se detectar a presença de condições do espaço potencial, como o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos, em atividades ou aspectos do funcionamento do Caps, como o acolhimento, o dispositivo Técnico de Referência, a provisão ambiental e o suporte institucional. Por fim, concluiu-se que, apesar de haver fatores que limitam a potencialidade do serviço, o manejo dos profissionais e a ambiência oferecem condições de o Caps operar como um espaço potencial.

**PALAVRAS-CHAVE** Centros de Atenção Psicossocial. Saúde mental. Winnicott.

**ABSTRACT** Supported by the redemocratization movement and the Health Reform, the Psychiatric Reform constituted the basis for the model used in substitute services, like the Psychosocial Care Center (CAPS), a device for the promotion of mental health. Due to its objectives and functions, we saw the possibility of relating CAPS with Winnicott's concept of potential space, an intermediate area between psychic and shared realities, where one can be creative, not just adapted. We tried to investigate whether the CAPS has characteristics of a potential space in the Winnicottian sense. The research adopted a qualitative approach and was characterized as a research in psychoanalysis, working with secondary data. 14 works were selected, including dissertations, theses, and scientific articles from the last ten years. In analyzing the data, we sought to detect the presence of conditions in the potential space, like the holding, handling, and presentation of objects, in activities or aspects of the functioning of the CAPS, such as reception, the Technical Reference device, environmental provision, and the institutional support. Finally, we concluded that, although there are factors that limit the potential of the service, the management of professionals and the ambience offer conditions for the CAPS to operate as a potential space.

**KEYWORDS** Mental health services. Mental health. Winnicott.

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.  
andre.brazao@unifesp.br



## Introdução

O campo da saúde mental no Brasil, na forma como o conhecemos hoje, foi constituído a partir de processos que transformaram o modo de fazer saúde no País. A Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o Movimento pela Luta Antimanicomial possibilitaram mudanças profundas na assistência ao sofrimento mental grave, começando por restituir aos sujeitos o direito de viver e tratar-se em liberdade.

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps) é um recurso resultante desse movimento, constituindo-se em um serviço de caráter aberto e comunitário, propondo-se a uma atenção humanizada e centrada no usuário. No combate ao estigma e ao preconceito, o serviço tem como base pensar o território, a comunidade e a rede social dos usuários, fazendo parte da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas<sup>1</sup>, uma política em consolidação que vem sofrendo ataques, sobretudo na última gestão do governo federal (2019-2022). O Caps faz parte da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que estabelece os pontos de atenção no território, articulando ações e serviços de saúde em níveis de complexidade diferenciados.

## Espaço potencial

Viver em sociedade requer de todos habilidades adaptativas que envolvem percepção e entendimento do que sentimos em relação aos outros e do que estes demandam de nós. A psicanálise, a psicologia e as ciências sociais percorreram e construíram uma pluralidade de teorias acerca do indivíduo e de seu ‘mundo interno’, do coletivo e de nosso ‘mundo externo’. Contudo, neste trabalho, tomamos a perspectiva de um outro território, considerando a potência de um lugar que não está dentro nem fora de nós, mas no entre, em uma terceira área do existir humano.

Donald Woods Winnicott, psicanalista inglês, descreveu os fenômenos transicionais

– presentes na fase primordial do desenvolvimento humano que “pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência”<sup>2(30)</sup> – como eventos de uma área intermediária. Essa ilusão e a posterior desilusão ativamente coordenada por uma mãe suficientemente boa representam o movimento do bebê de um estado de fusão com ela a um estado da mãe como separada e exterior. O primeiro momento representa a experiência da onipotência, um estado de soberania sobre o mundo recém-conhecido, um realizar mágico, pois se o bebê ‘fantasia’ o seio, a mãe responde ativamente, e o seio ele tem. Em seguida, constitui-se a possibilidade de viver a experiência do fracassar diante das imposições que o mundo externo trará na sequência do viver humano. Após o primeiro desses momentos e para viabilizar o seguinte, com um manejo eficiente, nasce um intermediário, constituindo um espaço potencial<sup>2</sup>.

Winnicott<sup>2(139-140)</sup> entende que o

bebê tem experiências maximamente intensas ‘no espaço potencial existente entre o objeto subjetivo e o objeto objetivamente percebido’, entre extensões do eu e o não-eu.

A formação de uma personalidade integrada e a saúde mental do indivíduo, ao que parece, encontram sua base de origem no sucesso ou fracasso dos fenômenos transicionais, no surgimento ou não de uma confiança no relacionamento e no ambiente.

A confiança que surge de uma provisão ambiental suficientemente boa, por meio da sustentação materna e de adaptações progressivamente menores às necessidades do bebê, permite a ele enfrentar o choque da perda da onipotência, rumo à independência, rumo ao encontro com outros objetos. O ambiente e o cuidador, então, tornam-se fidedignos ao sujeito, e a credibilidade conquistada com a sustentação (*holding*), o manejo (*handling*), a apresentação de objetos e o espelhar possibilita um ambiente seguro para a espontaneidade. A criança pode olhar para mãe e ver a si no olhar

dela, fazendo uso desse espelho como forma de constituir um *self* e “descobrir um modo de existir como si mesmo”<sup>2(161)</sup>.

Segundo Winnicott<sup>2</sup>, nós experimentamos a vida na área dos fenômenos transicionais, nesta região intermediária entre a nossa realidade psíquica interna e a realidade compartilhada com os outros. Para além disso, o autor defende que “o lugar em que a experiência cultural se localiza está no ‘espaço potencial’ existente entre o indivíduo e o meio ambiente (originalmente, o objeto)”<sup>2(141)</sup>, portanto, são os fenômenos transicionais que inserem o sujeito na experiência cultural.

Fundamental no desenvolvimento do sujeito, a figura materna, que aos poucos diminui sua adaptação ativa à fantasia onipotente do bebê, deve resistir à agressividade que surge nele diante de sua insatisfação, sobrevivendo a esses ataques, uma vez que tal ‘sobrevivência’ irá conferir à sua existência valor de objeto externo, fora do controle onipotente<sup>2</sup>. Contudo, é preciso destacar a indicação do autor de que não há raiva na destruição do objeto a que se está referindo, embora se possa dizer que exista alegria pela sua sobrevivência. Essa fantasia de que o objeto está sendo ‘destruído’ passa a ser essencial para que o sujeito tenha o sentimento de que o objeto é real, fortalecendo a percepção de constância objetual, e permitindo que a realidade deixe de ser uma experiência subjetiva, processo fundamental para a integração de sua personalidade.

Winnicott<sup>2</sup> aponta que o uso do objeto tem função fundamental no desenvolvimento humano, pela concepção dos fenômenos transicionais. Para o bebê (se a mãe proporcionar as condições), todo o objeto é um objeto ‘descoberto’, parte do seu viver criativo, que fornece uma cadeia de significados para a experiência do existir. Contudo, um bebê que não tem a oportunidade desse viver, não conseguindo construir uma área própria do brincar, pode não criar vínculos com a herança cultural ou deixar suas próprias contribuições para ela.

Em circunstâncias favoráveis, o espaço potencial se preenche com os produtos da própria imaginação criativa do bebê. Nas desfavoráveis, há ausência do uso criativo de objetos, ou esse uso é relativamente incerto<sup>2(141)</sup>.

O fracasso da provisão ambiental primária tem consequências diretas no modo como o sujeito se estrutura diante do mundo, visto que a falha o expõe ao traumático e à angústia constante de não conseguir confiar ou encontrar fidedignidade em suas relações objetais. Como exemplo, e nessa perspectiva, os sujeitos diagnosticados com esquizofrenia, subjetivamente invadidos pelo mundo externo, experimentaríamos o fracasso dessa área intermediária. Com sintomas dissociativos, tais sujeitos alucinam diante da incapacidade de transitar entre o que é interno e aquilo que deveria se manter externo a ele. Uma possível consequência disso é o sentimento de descontinuidade: “a loucura aqui, significa simplesmente uma ruptura do que possa significar, na ocasião, uma continuidade pessoal da existência”<sup>2(136)</sup>.

Sem desconsiderar outros fatores, a contribuição da teoria winnicottiana amplifica a questão da saúde mental para além da saúde, inserindo-a no complexo universo do viver. O brincar, a criatividade e a experiência cultural, segundo Winnicott<sup>2</sup>, são características basilares da experiência contínua do viver humano. Expressas por meio de um espaço potencial constituído, formam uma malha psíquica capaz de conter a integralidade da personalidade e conduzir os sujeitos para um viver menos defendido. Dessa forma, uma provisão ambiental precária não afeta apenas a saúde; afeta o viver<sup>2</sup>.

Essa ideia permitiu colocar o espaço potencial ao teste de realidades macroambientais, como o Caps, referência no atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave. Em uma relação direta com a teoria winnicottiana e o manejo multiprofissional nesse serviço de saúde, torna-se interessante refletir sobre esse espaço de atenção e se há condições que permitiriam considerá-lo um espaço potencial.

## As possíveis condições para um espaço potencial

A teoria winnicottiana oferece a oportunidade de refletir sobre o espaço potencial como um território intermediário no qual se possa produzir saúde mental. A partir disso, perguntamo-nos se o Caps apresenta condições de um espaço potencial no sentido winnicottiano. Nessa direção, descrevemos a seguir algumas condições que entendemos serem basilares para formação do espaço potencial.

Como primeiro conceito de destaque, o *holding* tem a característica de marcar a experiência do bebê com o sentimento de previsibilidade e estabilidade; um suporte físico e psíquico fundamental para esse processo de formação da personalidade. Em um movimento sutil e em longo prazo, a figura materna possibilita ao bebê que ele consiga enfrentar o mundo exterior, amparado pela relação de confiança que estabeleceu no momento de dependência com a mãe. Assim, a confiança permite que a experiência seja contínua, sem rupturas, afastando o bebê de uma vivência instável, passível de desencadear angústias intensas em uma fase muito precoce do desenvolvimento.

Confiança, fidedignidade, estabilidade, continuidade: substantivos femininos que marcam o discurso winnicottiano sobre a figura materna. O *holding* estabelece para nós a primeira condição que visamos buscar no Caps, na verificação da ideia de que o serviço pode atuar como um espaço potencial no sentido winnicottiano. Adotamos, como hipótese, que o acolhimento poderia corresponder ao *holding* no espaço institucional, uma vez que constitui a primeira relação do sujeito com o serviço, uma oportunidade para o estabelecimento de um vínculo entre ambos.

A segunda condição a destacar, o conceito de *handling* pode nos ajudar a pensar em outros aspectos do Caps. Nas palavras do próprio Winnicott<sup>2(25)</sup>, por meio do *handling*, a mãe suficientemente boa

efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração.

É nesse aspecto de adaptação ativa, assim como em sua diminuição gradativa, conforme o crescimento da autonomia, que parece se encontrar o aspecto central do *handling*. Por isso a importância de considerar o ambiente no seu aspecto dinâmico.

Em um serviço como o Caps, o Técnico de Referência (TR) e a equipe que assegura o projeto terapêutico singular de um paciente são quem manejam (*handling*) o cuidado daquele sujeito marcado pelo sofrimento. Ao auxiliar o usuário a lidar com os impasses que surgem da relação de convivência entre aqueles que habitam o espaço (técnicos, equipe, usuário e familiares), ao indicar um grupo ou convidar o usuário para uma oficina, os profissionais promovem uma experiência do sujeito no serviço, com vistas ao viver criativo no tratamento.

Por último, o conceito winnicottiano de apresentação de objetos. Segundo o autor, é por meio de objetos que os fenômenos transicionais exercem uma função importante de continuidade da experiência, promovendo uma separação da relação mãe-filho, permitindo que ambos possam ressurgir como objetos distintos. Dessa forma, os objetos passam a existir, e existindo, o bebê pode fazer uso deles. No caminho para pensarmos o Caps como um ambiente propício, vale considerar se esse lugar, assim como um espaço potencial, possibilita ao usuário a oportunidade de desenvolver vínculo com o serviço e utilizar objetos derivados dessa relação, que suportem seus ataques agressivos. Como vimos, segundo Winnicott<sup>2</sup>, é apenas devido ao sucesso da destruição do objeto e de sua sobrevivência agora como algo externo que o bebê pode tirar vantagem do uso dos objetos. Desse modo, a forma como agressividade é recebida é fator fundamental na construção de um ambiente fidedigno para o usuário.



Em resumo, considerando que os elementos de sustentação (*holding*), manejo (*handling*) e apresentação de objetos surgem como condições do espaço potencial no sentido winnicottiano, o objetivo deste trabalho foi investigar se o Caps, a partir dos dados analisados, na perspectiva de usuários e técnicos, apresenta tais condições.

## Material e métodos

Este trabalho, que adota a abordagem qualitativa, configurou-se como uma “pesquisa em psicanálise”, no sentido amplo proposto por Figueiredo e Minerbo<sup>3</sup>, correspondendo a trabalhos de produção de conhecimento que mobilizem conceitos psicanalíticos para a investigação de fenômenos sociais e subjetivos. Este tipo de pesquisa guarda diferença com a “pesquisa com o método psicanalítico”, a qual exige a adoção da epistemologia psicanalítica, assim como formação em psicanálise dos pesquisadores.

Utilizamos dados secundários, via publicações já realizadas: dissertações, teses e artigos científicos com depoimentos de usuários e técnicos do Caps, nos quais a temática central se ocupa de algum aspecto da relação serviço-usuário. Por esse motivo, aproximamo-nos da pesquisa de revisão narrativa, com a diferença importante que procuramos informar a metodologia utilizada na busca de referências e os critérios para a seleção dos trabalhos<sup>4</sup>.

Quanto ao período das publicações, escolhemos concentrar nossas buscas nos trabalhos publicados entre os anos de 2010 e 2020. Supusemos que trabalhos recentes poderiam nos oferecer uma proximidade maior com a realidade atual dessa dinâmica usuário-serviço.

Para a busca de trabalhos, foram escolhidas as bibliotecas virtuais científicas em saúde e, também, os bancos de dados bibliográficos das universidades. Por buscarmos falas de usuários e técnicos no território brasileiro, o portal SciELO Saúde Pública e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram escolhidos para a busca dos artigos científicos, uma vez que há a divulgação constante da produção nacional. Com relação às teses e dissertações, utilizamos os bancos de dados da Universidade Federal de São Paulo, da Universidade Estadual de Campinas, da Universidade Estadual de São Paulo e da Universidade de São Paulo. Essa escolha deveu-se à necessidade de viabilizar a pesquisa no prazo existente e, também, à opção de circunscrever geograficamente os estudos, no caso, o estado em que estavam inseridos os pesquisadores.

A busca teve como resultado um total de 786 artigos contemplados pelas palavras-chave utilizadas (espaço potencial, saúde mental, Caps, Winnicott, percepção, narrativas, usuário, técnico, serviço, equipe, institucional, confiança), sendo que, por meio da leitura dos títulos, verificando sua proximidade com o nosso problema de pesquisa, e quais trabalhos continham transcrições de falas dos usuários e/ou dos profissionais, selecionamos 96 deles. Em seguida, a partir da leitura dos resumos, definimos três critérios de aproximação: 1) trabalhos que abordassem aspectos que relacionamos com as condições do espaço potencial, como acolhimento, TR, manejo da agressividade; 2) que falassem especificamente de Caps; e 3) que abordassem assuntos relativos ao serviço ou aos usuários. Dessa organização, emergiram quatro temáticas mais recorrentes nos trabalhos, que, somadas, agruparam 83 artigos, como demonstrado no *quadro 1* a seguir:

Quadro 1. Temáticas mais recorrentes

Provisão ambiental (38)	Treinamento dos profissionais, grupos terapêuticos, adocimento da equipe, reinserção social, busca por autonomia, questão sobre se o Caps deve ou não ser uma instituição de passagem.
Articulação Winnicott e a saúde mental (7)	Conceitos winnicottianos utilizados para discutir a realidade da saúde mental.
Relação técnico-usuário (27)	Acolhimento, agressividade, vínculo, confiança, trocas afetivas e os limites na relação técnico-usuário.
Questão da família (11)	Como a família/rede de apoio atravessa a vivência e o projeto terapêutico do usuário no Caps.

Fonte: elaboração própria.

Desse modo, por abordarem de forma mais substancial temas fundamentais para esta pesquisa, realizamos o cruzamento das quatro categorias acima com os critérios de aproximação e estabelecemos três níveis de gradação: vermelho para aqueles que atendiam todos os critérios, laranja para aqueles que não atendiam a um critério, e amarelo para aqueles que não atendiam dois ou mais dos critérios elaborados. Após esse trabalho de análise, chegamos a um total de 14 artigos com a gradação vermelha, que selecionamos para a discussão do trabalho. Entre eles, há uma tese, cinco dissertações e oito artigos científicos.

A leitura dos textos foi feita de forma integral, um por vez, começando pelos textos provenientes de artigos, passando para as dissertações e terminando com a tese. Quanto ao fichamento dos trabalhos, agrupamos os dados simultaneamente em uma planilha exclusiva do texto e em uma compartilhada com toda a base de dados. Na primeira, trechos relevantes do trabalho foram destacados e comentados. Na segunda, formando um painel para a discussão, inserimos, texto a texto, passagens que suscitaram temáticas que emergiram da pesquisa. Assim, os textos foram tecendo a discussão ainda no painel, uma vez que encontravam ressonância entre eles, e isso se refletia nos dados agrupados.

A partir de cada leitura, observamos que os dados, por meio de uma cuidadosa interpretação analítica, assumiram a condição de

descobertos e inventados, assim como na lógica do paradoxo elaborado por Winnicott na construção teórica dos objetos transicionais<sup>3</sup>. Dos dados obtidos nos trabalhos publicados, conseguimos produzir novos dados, a partir de outro olhar sobre o texto e de depoimentos, interrogando e interpretando-os pela perspectiva deste trabalho, que, de certa forma, concedeu a eles a oportunidade de serem recriados.

A análise dos dados encontrados nesta pesquisa partiu de três elementos centrais na teoria winnicottiana. Os conceitos de *holding*, *handling* e apresentação de objetos estabeleceram um norte para a construção da discussão em torno dos dados, organizando o processo em três eixos principais, todos capilarizados pelas temáticas que surgiram do processo de análise. Contudo, é importante destacar que as possíveis condições do espaço potencial não se apresentarão de maneira estanque, havendo articulação entre elas.

## Resultados e discussão

### *Holding* e acolhimento

Como discutido anteriormente, a previsibilidade e a estabilidade são características singulares do processo de *holding* materno. Em saúde mental – e, principalmente, na rotina do Caps –, a literatura mostrou que o

acolhimento sustenta o potencial de um cuidar primeiro, diante de um sujeito acometido por uma ruptura na experiência do viver<sup>5,6</sup>. A tecnologia do acolhimento, para Lessa<sup>6</sup>, é a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental para a pessoa que busca o serviço em sofrimento psíquico. Dessa forma,

o usuário é acolhido por meio de uma escuta atenciosa à sua demanda e, posteriormente, participa da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) específico para as suas necessidades caso seja inserido no serviço<sup>6(25)</sup>.

Enquanto escuta qualificada, Ballarin et al.<sup>5</sup> afirmam que o acolhimento implica uma postura profissional empática e humanizada, direcionada às demandas do usuário.

Apesar de pertencer ao início da experiência do usuário no Caps, os dados mostram que as consequências desse primeiro contato podem repercutir no decorrer de sua experiência no serviço. Para além de um contato inicial, segundo Lessa<sup>6(28)</sup>,

O acolhimento é um dispositivo transversal na conduta terapêutica, pois não é tido apenas como uma parte do processo de cuidado (triagem). Ele perpassa todo o trajeto terapêutico do CAPS.

Na perspectiva da autora, o acolhimento deveria ser constante, uma concepção que convida a imaginar como esse dispositivo transversal poderia ser materializado no serviço. Dessa forma, é fundamental entendermos as forças que atuam nessa tecnologia leve<sup>7</sup> que é amplamente defendida por profissionais, possibilitando assim que um bom manejo ajude a estabelecer um caminho potente no tratamento do usuário. Aliás, a noção de tecnologia leve como aquela que se constitui em ato na relação de cuidado, não preexistindo a ela, mas sendo recriada em cada situação singular por seus participantes, poderia ser considerada um conceito da saúde coletiva que estaria em

ressonância com estes de Winnicott que estão sendo citados.

Diante dos dados e da discussão, o acolhimento surge como uma tecnologia do cuidado que, por definição institucional e ação dos profissionais em saúde mental, é sustentado em um modelo usuário-centrado. Ao permitir ser acessado pelo usuário, o profissional auxilia na sustentação do sofrimento por meio do ato de acolher, oferecendo um ambiente fidedigno e confiável. Se entendemos o *holding* como um conjunto de cuidados físicos e emocionais que sustentam a experiência do viver, parecem-nos, a partir dos dados, que o acolhimento se estabelece como uma ferramenta que, potencialmente, pode favorecer que o Caps seja vivido como um espaço potencial no sentido winnicottiano.

### **Holding e dispositivo Técnico de Referência**

O dispositivo TR surgiu na pesquisa como um exemplo de tecnologia leve fundamental para o serviço, provavelmente a mais importante. Mondoni<sup>8</sup>, a partir de 11 entrevistas realizadas com trabalhadoras dos 6 Caps III da cidade de Campinas, mostrou que as concepções do que é exercer a função de Referência Técnica do usuário são variadas e abrangentes. Ao que parece, as tarefas do cotidiano dentro do serviço, somadas aos endereçamentos dos usuários e às demandas do território, produzem uma série de compreensões do significado de atuar como um Profissional Referência (PR), termo utilizado pelo autor. Assim como o significado do dispositivo, o processo de escolher qual profissional do serviço assume como TR se mostrou poliforme nos dados pesquisados. Em um dos trabalhos, atuando em um Caps Adulto III do interior do estado de São Paulo, Apollonio<sup>9</sup> aponta que a maioria das definições eram feitas por afinidade com o caso, levando em consideração o caso do/a técnico/a que “já não tinha condição (pessoal, emocional, enfim, contratransferencial) para conduzir”<sup>9(27)</sup>. Já no Caps III Capela do Socorro, na zona sul

da cidade de São Paulo, Lessa<sup>6</sup> explica que o profissional “é tido como referência técnica do usuário [...] a partir do momento em que realiza sua primeira escuta através do acolhimento”<sup>5(34)</sup>. Contudo, a autora destaca que é possível haver a mudança do TR, pois há o entendimento de que cada sujeito porta uma singularidade, o que, às vezes, demanda uma revisão das ações.

Em grande parte dos serviços estudados, seja por falta de profissionais ou por escolha, a definição de uma função de referência individualizada foi a mais encontrada. Apesar de praticamente todos recomendarem o compartilhamento da função, Apollonio<sup>9</sup> mostra uma realidade comum ao serviço, o fato de que, “por insuficiência de funcionários, muitos usuários tinham apenas uma Referência Técnica, não sendo possível compor as duplas preconizadas [...]”<sup>8(99)</sup>. Nessa perspectiva, em um dos achados mais interessantes do trabalho de Mondoni<sup>8</sup>, o autor encontrou uma “forte tendência à individualização da função de referência a partir da nomeação do TR, e a conseqüente desresponsabilização do restante da equipe”<sup>8(127)</sup>.

Em contraste, nos serviços em que há a efetivação de miniequipes como referência do usuário, a sustentação nasce da ideia de descentralizar o cuidado e corresponsabilizar dois ou mais membros de uma mesma equipe. Nesse sentido, Lessa<sup>6</sup> destaca que, no serviço estudado por ela, acontece a formação de conjuntos com quatro profissionais associados a “um número pré-determinado de usuários os quais são referenciados e acompanhados durante seu tratamento no CAPS”<sup>6(33)</sup>. Nessas miniequipes, parece que o manejo pode ser refletido, discutido e dialogado a partir da pluralidade dos discursos, proporcionando uma sustentação também a quem está diante do sofrimento do outro. Assim, por meio de suporte operacional, entendido como compartilhamento de funções, e psíquico, por encontrar amparo para lidar com os afetos suscitados na relação com o usuário, esta conformação do dispositivo TR parece favorecer a estabilidade ao sujeito em sofrimento.

Centrado na ideia de ofertar uma sustentação ao sujeito acometido por um sofrimento grave, a posição de referência, segundo Apollonio<sup>9(103)</sup>, depende da

Identificação do cuidador com o usuário, a exemplo da identificação da mãe com o bebê, [...] o que vai favorecer o sucesso ou não do processo de retomada do desenvolvimento emocional de cada assistido em CAPS.

Em síntese, os dados nos mostraram que há duas configurações principais para o dispositivo: a individual e a em equipe. Na primeira, destacam-se os relatos de sobrecarga no trabalho e falta de apoio dos outros membros do grupo; na segunda, vimos que os membros podem, de certa forma, revezar as atribuições do TR e compartilhar as responsabilidades da posição, o que pode ajudar a estabelecer condições para um suporte suficientemente bom.

### **Holding institucional**

Em seu trabalho no Caps X, Apollonio<sup>9(98)</sup> observou que

A carência de recursos institucionais, materiais e, principalmente, recursos humanos, sobrecarrega os profissionais de maneira a distanciar muitas de suas ações da clínica e daquilo que foi inicialmente proposto pela Reforma Psiquiátrica.

A própria pesquisadora diz que

Não atua mais em um CAPS Adulto e a decisão de saída foi impulsionada pela percepção desta de que a falta de condições institucionais para o desenvolvimento de estratégias clínicas estava aproximando-a de um estado de ‘cronificação’ [...]”<sup>9(64)</sup>.

A omissão ou ineficiência da instituição no suporte às equipes pode, segundo Lessa<sup>6</sup>, deixar os profissionais desamparados e surgir como oportunidade para o estabelecimento

de crises no grupo de profissionais. Contudo, a autora entende que, assim como com os usuários, “a crise referente à equipe deve ser interpretada como um momento crítico, quicá um pedido de socorro em que os atores do equipamento sinalizam por apoio (institucional)”<sup>6(73)</sup>. Dessa forma, a construção de ambientes que favoreçam a manifestação de todos, como forma de garantir espaços de debate para os atores do serviço, mostra-se necessária, assim como um suporte mais efetivo por parte da gestão dos serviços.

Em articulação com a teoria winnicottiana, podemos notar que a dificuldade de estabelecer uma constância no ambiente parece contribuir para a dificuldade do sujeito em confiar no espaço. Em uma observação interessante, Apollonio<sup>9(101)</sup> mostra que

[...] os profissionais eram capazes de identificar a sustentação de um setting estável e previsível como uma condição para o manejo clínico, seja no cotidiano ou nas situações de crise.

Por outro lado, a carência de um suporte institucional eficiente, devido a questões como um quadro de técnicos reduzido, sobrecarga emocional dos profissionais ou desencontros das equipes que trabalham em horários diferentes, dificultava o diálogo dos funcionários entre turnos, prejudicando a consistência das ações dos membros da equipe.

O *holding* promovido pela rede também parece ter relevância em relação ao usuário. Para além da influência institucional sobre o sujeito que permanece no Caps, pudemos perceber na pesquisa que o usuário sofre com a ausência do suporte da rede quando precisa cuidar de sua saúde fora do serviço de saúde mental<sup>9-11</sup>. Em um grupo focal com usuários, Dahl<sup>10</sup> traz depoimentos que mostram como os serviços da rede negam atendimento e direcionam qualquer demanda dos usuários do Caps de volta ao serviço, como entendimento de que usuário deve ser atendido apenas no âmbito da saúde mental. Esses exemplos extraídos das pesquisas, somados à vivência do primeiro

autor deste artigo no serviço, parecem indicar que a lógica do isolamento manicomial ainda está presente em alguns processos de trabalho da rede de saúde.

Desse modo, a provisão ambiental de profissionais e usuários parece relacionada com políticas diversas, responsáveis pela organização do trabalho das equipes, dos serviços e da rede.

### **Handling e a questão da agressividade**

Os estudos apontaram múltiplos aspectos que podem afetar a sustentação do ambiente e o manejo dos profissionais. Contudo, os atos agressivos parecem provocar uma angústia acima de qualquer outro acontecimento, colocando equipe e usuários em conflito. Em sua dissertação, Ferreira<sup>12</sup>, por meio de entrevistas que realizou, percebeu dois modos pelos quais os profissionais significam o ato agressivo. Nos depoimentos, eles deram aos atos um contorno que impossibilita um manejo terapêutico, quando o ato é traduzido como violento, voluntário, ou, em oposição, entendido pelo profissional como desprovido de intenção, a ação sendo considerada de responsabilidade da patologia e não do sujeito. Segundo a autora,

Mais de um entrevistado mencionou que atos violentos e agressivos eram independentes da vontade dos pacientes e apontaram a patologia como uma possível causa dos acontecimentos<sup>12(62-63)</sup>.

Em outro olhar sobre o tema, Miranda e Campos<sup>11</sup> entendem que, uma vez iniciado o processo de análise, ou o cuidado com um TR, se pensarmos na realidade do Caps, o profissional precisa encontrar formas de sobreviver à agressividade expressa pelo usuário e continuar com o tratamento, pois só haverá possibilidade de simbolização se o analista sustentar a transferência que sobre ele recai.

Dependendo da leitura que é feita, o episódio da agressividade pode desempenhar

um papel interessante se pensarmos em sua possibilidade de apresentar aquilo que não alcançou representação simbólica e expressão em palavras. No momento de crise, parece surgir uma oportunidade clínica, uma vez que a experiência de continuidade foi rompida e há elementos que forçaram sua presença por meio do ato de um ou mais sujeitos. Dessa forma, a crise que o ato agressivo promove nas relações dentro do Caps parece mostrar que o *handling*, quando efetuado de maneira apropriada, pode permitir um momento de produção subjetiva. Além disso, os reflexos desses momentos na equipe podem gerar uma crise que, quando suportada e elaborada, representa uma oportunidade para o crescimento da equipe e do serviço.

### **Handling e a permanência no espaço**

Ao participar do cotidiano de um Caps III, como estagiário, o primeiro autor deste artigo presenciou diversas situações nas quais os profissionais se queixavam do “*excesso de permanência*” de um determinado usuário no serviço. Ocorria de uma referência dizer que o sujeito não podia ficar dormindo ou “*sem fazer nada*” no ambiente e retirá-lo do Hospital Dia. Essa questão apareceu na pesquisa e ganhou relevância para entendermos como os atores se relacionam com o espaço.

Em uma primeira abordagem do tema, a compreensão que os dados trazem é de que a equipe aceita bem a permanência do usuário por um tempo determinado. Questões como agressividade, vinculação com o serviço e postura ativa diante das atividades propostas parecem ser centrais para diminuir ou aumentar a receptividade dos profissionais. Os trabalhos de Apollonio<sup>9</sup> e Mondoni<sup>8</sup> trouxeram relatos positivos acerca de usuários que trabalham, passam o dia em oficinas e em outras atividades organizadas para eles.

Contudo, conhecer as condições de alta vulnerabilidade em que muitos usuários vivem sugere que o ato de dormir na unidade, por exemplo (mesmo considerado o efeito

colateral de sonolência da medicação), mais do que apenas uma ausência de ação, pode marcar a confiança do sujeito em um local no qual se sente protegido e seguro. Isso não impede que um desconforto com essa atitude, dependendo do caso, possa acometer grande parte da equipe. Após décadas do início do processo da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, a presença prolongada de um usuário no espaço de um serviço substitutivo como o Caps parece despertar fantasmas do modelo antigo. Nesse caso, as imagens das pessoas abandonadas pelos diversos manicômios do País são fáceis de encontrar e estão presentes na memória daqueles profissionais que participaram desse processo.

Winnicott<sup>2(102)</sup> afirma que “uma provisão ambiental suficientemente boa, ou ‘ambiente expectável médio’, capacita o bebê à loucura específica permitida aos bebês”. Assim, o sofrimento estaria profundamente ligado a uma falha ou pausa no amadurecimento emocional, que, mesmo no sujeito adulto, poderia ser (re) tomada em um ambiente suficientemente bom. Dessa forma, ao dormir no espaço, ou criar laços sociais nele, o usuário não estaria experimentando um espaço no qual possa construir novas possibilidades de si mesmo? O Caps pode ser um ambiente seguro que muitos brasileiros em sofrimento mental grave não têm em suas casas, sem que o sujeito necessariamente acabe se tornando institucionalizado pelo espaço?

Pensando nas condições para um espaço potencial, o fato de o usuário permanecer no espaço com o *holding* necessário pode significar um modelo de tratamento muito interessante na medida em que oferte uma ambiência suficientemente boa para que ele possa ressignificar seu processo de adoecimento, e, conseqüentemente, seu modo de viver. Quanto à ideia de institucionalização que angustia os técnicos, de certo modo, talvez o abandono do sujeito no espaço, sem o manejo ou sustentação, possa mesmo promover a institucionalização. Contudo, se o usuário puder constituir uma nova forma de se posicionar diante do que viveu em sua história ou

construir outra experiência de ambiente, não estaria conquistando confiança para lançar-se em outras interações? A chave talvez esteja em fazer da experiência terapêutica uma via de acesso a outras e novas experiências, nos círculos próximos e na cidade. Trata-se, afinal, do desafio de toda proposta de cuidado em saúde: ser a mais efetiva, mas também a mais breve possível; não criar dependência, mas condições para maior autonomia.

### **A apresentação de objetos e a relação objetual com o outro: a terapêutica na identificação**

O conceito winnicottiano de apresentação de objetos assumiu um papel importante no percurso da pesquisa, e, conseqüentemente da análise dos dados. A partir da teoria winnicottiana, é por meio de um *holding* e um *handling* suficientemente bons que o sujeito pode ser inserido gradativamente na realidade e iniciar o caminho em direção a uma relação saudável com os objetos. Nesse sentido, ser capaz de se utilizar dos objetos de uma maneira favorável parece marcar o processo de recuperação de um sujeito acometido por um sofrimento grave. Contudo, emergiu dos dados uma perspectiva não esperada, a ideia do outro usuário como um primeiro objeto apresentado pelo Caps ao sujeito, estabelecendo a hipótese de que esse encontro possa carregar um potencial terapêutico durante o tratamento no serviço.

Em seu artigo, Nascimento et al.<sup>13(483)</sup> destacam o Caps como importante fonte de suporte e apoio emocional, uma vez que o ambiente tem presente

A compreensão de que todo ser humano é passível de adoecer e pessoas com problemas semelhantes podem ser exemplos de superação e motivação, mesmo as mais debilitadas possuem potencialidades a serem acessadas.

Assim, além de pensarmos o espaço ou a equipe técnica, a vinculação dos indivíduos com seus pares nesse espaço parece

fundamental para que o sujeito possa ver a si mesmo no olhar do outro que sofre de forma semelhante a ele. Como consequência, essas relações podem auxiliar no estabelecimento de uma provisão ambiental satisfatória.

Fazendo uma analogia com o *holding* que uma miniequipe referência pode oferecer ao técnico mais ligado a um usuário, os usuários também parecem proporcionar uma sustentação em rede. Em algumas oportunidades, durante o estágio no serviço, o primeiro autor deste artigo pôde presenciar momentos em que os próprios usuários acolhiam um colega que estava em um estado emocional que demandava atenção. Sem hesitar, usuários acudiam outros usuários que choravam, tentavam apartar brigas ou defender seus pares diante do que entendiam ser um manejo injusto por parte de um membro da equipe.

Como Winnicott<sup>2(125)</sup> argumenta,

o desenvolvimento da capacidade de usar um objeto constitui outro exemplo do processo de amadurecimento, como algo que depende de um meio ambiente propício.

Dessa forma, apesar de haver profissionais que podem achar que isso leva à dependência do espaço/instituição, como Mondoni<sup>9</sup> observou, o espaço parece ampliar seu potencial terapêutico na medida em que propicia a espontaneidade do usuário. Assim, o convívio entre usuários, nos termos da apresentação de objetos, aponta para mais uma condição do Caps como espaço potencial.

## **Considerações finais**

Espero que tenha chegado o momento em que a teoria psicanalítica comece a prestar tributo a essa terceira área, a da experiência cultural, que é um derivado da brincadeira. Os psicóticos insistem em nosso conhecimento dela, e sua importância cresce para nossa avaliação das vidas dos seres humanos, antes que de sua saúde<sup>2(142)</sup>.

Décadas antes da Reforma Psiquiátrica ou do Movimento da Luta Antimanicomial, o psicanalista britânico falava sobre a importância de olharmos para o que o psicótico estava mostrando acerca de uma área intermediária, entre a subjetividade psíquica e a objetividade do mundo, que é a experiência cultural. Os depoimentos dos usuários atendidos pelos Caps, recolhidos na pesquisa, parecem também apontar para a importância desse lugar. Poderíamos, então, concluir que o Caps, na perspectiva de usuários e técnicos, apresenta condições de um espaço potencial no sentido winnicottiano?

Para a formação de um espaço potencial, segundo a teoria winnicottiana, o sujeito necessita de uma maternagem suficientemente boa, atuando por meio de adaptações ativamente coordenadas diante da imprevisibilidade do ambiente. Este primeiro *holding* é essencial para que o bebê faça a transição entre experiência de um estado de soberania sobre o mundo (onipotência), característico do estado fusionado com a mãe, para viver uma experiência externa à mãe, mas manejada por ela, como forma de evitar que eventuais fracassos em lidar com as demandas de um mundo externo possam se tornar traumáticos. Se o *handling* ocorre suficientemente bem, o mundo externo é suportado, e, assim, nasce um espaço potencial na vida do sujeito, por intermédio da confiança na provisão ambiental, abrindo espaço para um viver mais criativo e para o uso de sua personalidade integral.

Projetando este conceito sobre o Caps, a tecnologia do acolhimento demonstrou qualidades dignas de uma maternagem winnicottiana. Por ser esta ferramenta que acolhe o sujeito desde sua entrada no serviço, parece atuar recebendo o usuário em ‘seus braços’, e como se fosse um *holding* materno, procura dar suporte ao sujeito em sofrimento, oferecendo segurança para a experiência do tratamento. Por ser uma tecnologia leve e amplamente defendida nas diretrizes e na literatura em saúde mental, o acolhimento mostrou ser essencial para o *holding* que uma pessoa em

sofrimento grave necessita ao buscar a atenção do serviço. Por consequência, um acolhimento bem estabelecido pode definir a qualidade da experiência que o usuário terá na instituição e no contato com os profissionais.

Com a responsabilidade de conduzir a etapa do acolhimento, o técnico que acolhe na maior parte das vezes é definido como TR. Assim como a mãe suficientemente boa, parece ser demandado que o profissional promova adaptações ativas às necessidades do usuário, mas que vá gradativamente diminuindo esse movimento adaptativo, como forma de permitir sua reinserção social de acordo com a evolução da capacidade do sujeito de lidar com as frustrações e desadaptações em seus movimentos de autonomia.

Os depoimentos colhidos na pesquisa mostraram que os profissionais têm dificuldade em permitir a presença do usuário por um tempo prolongado no espaço, pois a imagem deles dormindo ou apenas conversando durante o dia surge em algumas respostas carregadas de significados herdados do período manicomial.

Apesar disso, a presença do usuário no espaço, diante dos dados, mostrou potencialidade para o estabelecimento de laços sociais e do sentimento de pertencimento. O engajamento nas atividades, como cursos, grupos terapêuticos, oficinas, entre outros, aparece como ferramenta efetiva dentro dos projetos terapêuticos de muitos usuários. Assim, se o manejo puder ser feito para que o usuário possa ser criativo durante o tratamento, inclusive apropriando-se dele, o Caps pode tornar-se um referente de segurança, com o qual sempre se poderá contar.

Para a realidade brasileira atual, o Caps parece ser uma instituição muito oportuna para o cuidado em saúde mental, uma vez que apresentou exemplos importantes de como a provisão ambiental pode determinar um tratamento de qualidade, em um vínculo sólido, além de permitir uma experiência de continuidade ao usuário por meio da sustentação de um ambiente produtor de saúde. Por outro lado, vimos que, sem um *holding* institucional



suficiente, o alcance da ação profissional pode se tornar menor. Ainda assim, as pesquisas examinadas demonstram que, apesar das dificuldades enfrentadas na instituição, alguns técnicos conseguem superar as dificuldades e oferecer um *handling* suficiente. Podemos imaginar o que conseguiriam fazer em condições melhores, sobretudo podendo contar com os recursos de toda a Raps, como os centros de convivência (infelizmente ainda inexistentes em muitas cidades ou bairros) e o apoio matriciado da atenção básica. De todo modo, o

presente trabalho encontra indicativos de que o Caps, em condições favoráveis, pode operar como espaço potencial, contribuindo para o restabelecimento de um viver mais criativo em sociedade.

## Colaboradores

Santos AB (0000-0001-8040-1071)\* e Casetto SJ (0000-0002-7481-5312)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: MS; 2015.
2. Winnicott DW. O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
3. Figueiredo LC, Minerbo M. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. J. psicanal. 2006 [acesso em 2022 out 19]; 39(70):257-278. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nr=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nr=iso&tlng=pt).
4. Rother ET. Editorial: Revisão sistemática x Revisão Narrativa. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2):v-vi.
5. Ballarin MLGS, Ferigato SH, Carvalho FB, et al. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. Mundo da Saúde. 2011; 35(2):162-168.
6. Lessa FG. Acolhimento, vínculo e corresponsabilidade do cuidado: percepções sobre o retorno do usuário acolhido e não inserido em um CAPS III sob a ótica dos profissionais de saúde. [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2020. 104 p.
7. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. Saúde debate. 2003; 27(65).
8. Mondoni D. A função referência em Saúde Mental: entre a clínica e a administração. [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2018. 141 p.
9. Apollonio FT. A transferência na atenção psicossocial e a relação de dependência winnicottiana: uma articulação possível? [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2016. 135 p.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Dahl CM. Experiência, narrativa e intersubjetividade: o processo de restabelecimento (“recovery”) na perspectiva de pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia em tratamento nos centros de atenção psicossocial. [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2012. 191 p.
11. Miranda L, Campos RTO. Balizamentos éticos para o trabalho em Saúde Mental: uma leitura psicanalítica. *Revista Lat. Psicop. Fund.* 2013; 16(1):100-115.
12. Ferreira PS. Os significados atribuídos pelos profissionais de Saúde Mental aos atos violentos e agressivos manifestados por pacientes de um dispositivo de atenção psicossocial do estado do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015. 98 p.
13. Nascimento YCML, Brêda MZ, Albuquerque MCS. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. *Interface.* 2015; 19(54):479-90.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília, DF: MS; 2013.

---

Recebido em 22/03/2022  
Aprovado em 12/09/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial

*Work and practices of nursing in Primary Health Care in the state of Paraíba – Brazil: professional profile and care practices in the care dimension*

José da Paz Oliveira Alvarenga<sup>1</sup>, Maria Fátima de Sousa<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213509

**RESUMO** O trabalho de enfermagem envolve as dimensões assistencial e gerencial, refletidas na produção das ações de cuidado na atenção aos indivíduos, famílias e comunidades. Objetivou-se analisar o processo de trabalho de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) na Paraíba, considerando-se o perfil profissional e as práticas cotidianas individuais desenvolvidas por enfermeiras(os) na dimensão assistencial. Estudo de abordagem quantitativa, realizado nos serviços da APS na Paraíba entre novembro de 2019 e agosto de 2021. A análise dos dados quantitativos foi feita por meio do software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para Windows®, mediante análise estatística descritiva e inferencial. Os resultados, evidenciaram dentre outros aspectos, que 93,3% dos profissionais são do sexo feminino; no que se refere à formação profissional, a especialização foi a modalidade de titulação mais realizada pelos profissionais pesquisados; dentre as práticas analisadas, a consultas pré-natal foi considerada a mais resolutiva, na percepção de 388 (84%) profissionais pesquisados. Conclui-se que referente ao perfil sociodemográfico, predomina o sexo feminino dentre as(os) enfermeiras(os) pesquisadas(os), quanto à formação, há necessidade de qualificação em níveis residências e de pós-graduação *stricto sensu*. Na dimensão assistencial, a consulta de enfermagem no pré-natal, como uma prática resolutiva do cuidado na APS na Paraíba.

**PALAVRAS-CHAVE** Assistência de enfermagem. Fluxo de trabalho. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *Nursing work involves care and management dimensions, reflected in the production of care actions in the care of individuals, families and communities. The objective was to analyze the Primary Health Care (PHC) nursing work process in Paraíba, considering the professional profile and individual daily practices developed by nurses in the care dimension. A quantitative approach study, carried out at the PHC services in Paraíba between November 2019 and August 2021. The analysis of quantitative data was performed using the SPSS® software (Statistical Package for the Social Sciences), version 21.0 for Windows®, using descriptive and inferential statistical analysis. The results showed, among other aspects, that 93.3% professionals are female; with regard to professional training, specialization was the most common type of degree among the professionals surveyed; among the practices analyzed, prenatal consultations were considered the most resolute, according to the perception of 388 (84%) professionals surveyed. It is concluded that, regarding the sociodemographic profile, the female sex predominates among the nurses surveyed, regarding training, there is a need for qualification at residency and stricto sensu postgraduate levels. In the care dimension, the nursing consultation in prenatal care, as a problem-solving practice of care in PHC in Paraíba.*

**KEYWORDS** *Nursing assistance. Workflow. Primary Health Care. Unified Health System.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. [alvarengajose@yahoo.com.br](mailto:alvarengajose@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

A concepção sobre o trabalho evidencia que seu processo se dá a partir da relação entre o homem e a natureza, e ação do homem é mediadora do processo de trabalho; “com ajuda dos meios de trabalho, o ser humano opera uma transformação do objeto do trabalho segundo uma finalidade concebida”<sup>1(55-56)</sup>.

Com base na teoria marxista, o processo de trabalho possui três componentes: o trabalho, atividade orientada para superar uma necessidade; o material ou objeto do trabalho; e os instrumentos de trabalho, como os meios de produção. Esses componentes são etapas de um todo – o trabalho –, e somente assim o processo se desenvolve, se realiza<sup>1</sup>.

O processo de trabalho em saúde é melhor compreendido a partir do pensamento de Mendes-Gonçalves<sup>2,3</sup>. Convém registrar sua valiosa obra, que aborda a teoria do processo de trabalho em saúde; trata-se de um aporte teórico indispensável aos estudos sobre o processo de trabalho em saúde, uma construção que se dá a partir de estudos em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Mendes-Gonçalves analisou os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, destacando que precisam ser examinados de forma articulada, e não em separado, pois somente em sua relação recíproca configuram um processo de trabalho específico<sup>2-4</sup>.

Partindo da consubstancialidade tecnossocial das práticas de saúde, Mendes-Gonçalves desenvolveu um quadro conceitual que, a partir de premissas do materialismo histórico e do estruturalismo genético, forneceu bases profícuas para uma gama de estudos em saúde, notadamente para a construção do campo da saúde coletiva no Brasil. De um lado, registram-se esforços de trazer a história, em sua materialidade radical, para dentro do pensamento social em saúde; de outro lado está a determinação de fazê-lo sem nunca perder de vista o sentido ético desse resgate histórico e da práxis científica de modo geral<sup>5</sup>.

O debate sobre o processo de trabalho tem sido importante para a compreensão da organização da assistência à saúde e de sua potência transformadora, particularmente quando nos debruçamos sobre a micropolítica de organização do trabalho. Há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutive dos serviços. Isso se faz, sobretudo, com a reestruturação dos processos de trabalho, a potencialização do ‘trabalho vivo em ato’ e a valise das relações como fontes de energia criativa e criadora na configuração do modelo de assistência à saúde<sup>6</sup>.

Na enfermagem, o processo de trabalho tem seu pioneirismo nos estudos de Cecília Puntel de Almeida; sua obra ‘O saber de enfermagem e sua dimensão prática’ constitui um marco para a enfermagem brasileira. Adotando o referencial marxista do trabalho, a autora analisou a enfermagem como prática social e parte do processo de divisão do trabalho em saúde, articulada com as demais práticas ao modo de organização da sociedade capitalista<sup>4,7</sup>.

A enfermagem faz parte de um processo coletivo de trabalho com a finalidade de produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os demais membros da equipe no contexto político-social do setor saúde<sup>8</sup>.

As características do processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) envolvem cinco dimensões – assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política –, que se apresentam como complementares e interdependentes<sup>9</sup>.

No Brasil, existem diversas formas de atuação das(dos) enfermeiras(os) na APS, configurando-se ‘vários escopos de trabalho da enfermagem’, várias práticas e uma divisão de classes articuladas ao processo de trabalho. Isso significa que podemos ter várias práticas e processos de trabalho, de acordo com a forma como percebemos o campo; a relação multi e interprofissional; a concepção de APS; as competências técnicas e políticas; os modelos de gestão; e os processos de formação e Educação Permanente em Saúde (EPS)<sup>10</sup>.

O trabalho da enfermagem na APS tem suas práticas estabelecidas pela Lei nº 7.498/86 e por portarias regulamentadoras do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)/Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren), bem como pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), arcabouço legal, normativo e político institucional que define as competências gerenciais e assistenciais do trabalho das(os) enfermeiras(os). Na prática clínico-assistencial, incluem-se, dentre outras ações, consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos, conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão<sup>11,12</sup>.

Na APS, a prática de enfermagem possui as dimensões assistencial e gerencial voltadas para o indivíduo, refletidas na produção do cuidado de enfermagem e na gestão de projetos terapêuticos e, para o coletivo, por meio do monitoramento da situação de saúde da população e do gerenciamento da equipe de enfermagem e dos serviços de saúde. Sua função essencial é a assistência às pessoas, às famílias e às comunidades, desenvolvendo atividades para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde<sup>8,13</sup>.

Reconhecendo a importância do trabalho e das práticas de cuidado de enfermagem na APS, este estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho de enfermagem da APS no estado da Paraíba, Brasil, considerando-se o perfil profissional e as práticas cotidianas individuais desenvolvidas por enfermeiras(os) na dimensão assistencial.

## Material e métodos

Este artigo é um extrato do estudo tese intitulado: 'Prática de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba: Teoria, crítica, abordagens e correlações com a Advanced Nurse Practice (ANP)'. A referida tese tem origem a partir da pesquisa nacional 'Práticas de Enfermagem no Contexto da APS', desenvolvida

pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília (Nesp/Ceam/UnB), em parceria com o Cofen; a qual foi realizada com a colaboração de uma rede nacional de pesquisadores de enfermagem de universidades públicas de todos os estados da federação e do Distrito Federal. Tem como ancoradouros, dentre outros aspectos, os horizontes ontológico, axiológico, epistemológico e metodológico das ciências sociais e humanas aplicadas à saúde<sup>14</sup>.

A pesquisa foi realizada em distintos municípios do estado da Paraíba no período de novembro de 2019 a agosto de 2021, voltando-se à APS, considerando os serviços do modelo tradicional de UBS e os do modelo da ESF.

A Paraíba tem como capital a cidade de João Pessoa e localiza-se na Região Nordeste do Brasil. Possui, segundo dados de 2021, uma área territorial de 56.467,242 km<sup>2</sup>, 223 municípios e 3.766.528 habitantes; densidade demográfica de 66,70 hab./km<sup>2</sup> em 2010<sup>15</sup> e população estimada de 4.059.905 pessoas em 2021<sup>16</sup>.

Possui 16 regiões de saúde distribuídas em 3 macrorregiões de saúde (Resolução CIB nº 43/2018). A primeira macrorregião de saúde, composta por quatro regiões de saúde, tem sede em João Pessoa; a segunda, composta por cinco regiões de saúde, tem sede em Campina Grande; e a terceira, composta por sete regiões de saúde, tem duas sedes: uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão)<sup>17</sup>. A cobertura da APS na Paraíba é de 97,34%<sup>18</sup>. Dentre as 16 regiões de saúde do estado, 9 contam com 100% de cobertura da APS<sup>17</sup>.

Estudo, de abordagem quantitativa, caracterizado como amostral de resposta voluntária, e a obtenção dos dados se deu através de questionário eletrônico padronizado e estruturado, com variáveis distribuídas em diferentes dimensões do processo de trabalho de enfermagem na APS. O questionário foi divulgado em redes sociais e nos sites do Nesp/Ceam/UnB, do Cofen e das demais instituições parceiras por meio do *link* da pesquisa (<https://ecos.unb.br/pesquisapraticasdeenfermagem>)<sup>14</sup>.

No estado da Paraíba, registram-se 1.635 enfermeiras(os) na APS/ESF<sup>19</sup>; dentre estas, 462 responderam ao instrumento de coleta de dados na etapa do estudo quantitativo.

Como critério de inclusão, admitiu-se a participação de todas(os) as(os) enfermeiras(os) que desenvolvessem práticas de assistência ou gestão na APS/ESF. Os critérios de exclusão foram: enfermeiras(os) preceptores, consultores, entre outros que não tivessem um vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiras(os) ausentes por motivo de férias ou licença de qualquer natureza<sup>14</sup>.

A análise dos dados foi realizada por meio do software SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para Windows®, por meio de análise estatística descritiva e inferencial.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, aprovado sob parecer nº 3.619.308 e CAAE: 20814619.2.0000.0030, de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>20</sup>. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cumpriram-se assim os preceitos éticos e legais exigidos para pesquisa com seres humanos. Por não se realizar intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos participantes, não houve riscos aos profissionais que colaboraram com a pesquisa.

## Resultados e discussão

### Perfil sociodemográfico de enfermeiras(os) da APS/ESF no estado da Paraíba, Nordeste, Brasil

O conhecimento do perfil dos profissionais pode subsidiar programas de readequação de processos de trabalho, a fim de melhorar o atendimento à população e garantir uma assistência de qualidade, que vá ao encontro das

necessidades da clientela assistida e da efetivação das políticas públicas de saúde. Identificar o perfil do profissional, sua qualificação e seu processo de trabalho tornam-se importantes para a adequação do modelo de APS<sup>21</sup>.

Dentre um conjunto de características que delineiam o perfil sociodemográfico das(os) enfermeiras(os) da APS/ESF que participaram desta pesquisa, estão apresentados neste artigo os resultados relacionados a faixa etária e sexo e os que se referem a estado civil, a residir no município em que trabalha e aos anos de atuação na APS no município em que trabalha atualmente. Os dados estão distribuídos na *tabela 1*.

Constatou-se que, do total de 462 (100%) profissionais, 93,3% são do sexo feminino, correspondendo assim a 431 enfermeiras. Quanto à faixa etária, evidenciou-se que a maior quantidade de profissionais tem idades que variam entre 36 e 40 anos, sendo, dessa maioria, 109 do sexo feminino e 9 do sexo masculino.

A segunda e a terceira maiores frequências são daqueles com idade entre 31 e 35 anos (94 profissionais) e 26 e 30 anos (78 profissionais), somando-se o quantitativo de ambos os sexos. Vale registrar que apenas uma(um) enfermeira(o) se apresenta na faixa etária de 70 anos ou mais.

A predominância feminina na enfermagem é historicamente reconhecida; vale lembrar que o pioneirismo na profissão se deveu a mulheres como Florence Nightingale, na Europa, e Anna Nery, no Brasil.

O infográfico apresentado pela Organização Pan-Americana da Saúde revela a ‘Situação da enfermagem na Região das Américas’<sup>22</sup>. Os percentuais relacionados ao sexo do conjunto de profissionais – percentuais extraídos do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre ‘O estado da enfermagem no mundo’ – evidenciam que, dos profissionais de enfermagem da região das Américas, 89% são mulheres<sup>23</sup>.

Com relação à distribuição por sexo, de cada 10 profissionais de enfermagem no mundo, 9 são do sexo feminino. Registram-se importantes variações regionais: 95% dos profissionais

na região do Pacífico Ocidental e 76% na região africana são mulheres<sup>24</sup>.

Os resultados de nosso estudo, que evidenciam um alto percentual de enfermeiras em atuação na APS da Paraíba (93,3%), corroboram com os achados de outras diversas pesquisas já realizadas em âmbito nacional, as quais também constataram a hegemonia feminina na enfermagem. Exemplos desses estudos são a pesquisa com enfermeiras(os) de saúde da família nas cinco regiões do Brasil,<sup>25</sup> o estudo do Cofen sobre o ‘Perfil da Enfermagem no Brasil’<sup>26,27</sup> e uma pesquisa mais recente, também realizada pelo Cofen, sobre as ‘Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde’, que registrou um percentual de 88,4% de mulheres nesse campo de atuação em todo o território nacional<sup>14</sup>.

Ressalte-se que, na pesquisa nacional sobre as ‘Práticas de Enfermagem no Contexto da APS’<sup>14</sup>, predominou o sexo feminino em todas as regiões do País. Quando se observam a frequência e o percentual das(os) profissionais participantes do estudo, analisando-se a faixa etária segundo o sexo, a predominância ocorreu nas mesmas faixas etárias: 36-40 anos (24,3%), seguida das(os) enfermeiras(os) com idade entre 31-35 anos (21,7%), considerando-se a totalidade dos participantes distribuídos nas diferentes faixas etárias.

A predominância do sexo feminino nessas duas faixas etárias também é uma forte evidência na pesquisa desenvolvida com a APS da Paraíba. Tem-se, assim, um quantitativo de enfermeiras(os) consideravelmente jovens em atuação naquele estado.

A idade jovem dentre os profissionais de enfermagem também é confirmada por dados da OMS, em relatório publicado em 2019, referentes à distribuição global por faixa etária, destacando-se que a força de trabalho de enfermagem é relativamente jovem: 38% dos profissionais têm idade inferior a 35 anos – considerados os que estão no início da profissão –, em comparação aos 17% com 55 anos ou mais, que já têm longo tempo de atuação. Observam-se disparidades regionais, com faixas etárias consideravelmente

mais velhas nas regiões das Américas, com 24% de profissionais com 55 anos ou mais, e na Europa, com por volta de 18%<sup>28</sup>.

Na *tabela 1*, vê-se que, quanto ao estado civil, 218 são casadas/os, representado 47,2% do total dos 462 profissionais pesquisados; deste quantitativo, 301 (65,2%) residem no município em que trabalham. Ao serem questionadas(os) quanto ao tempo de atuação na APS no município em que atualmente trabalham, 42,2% das(os) enfermeiras(os) informaram que atuam no município há um período de 0 a 4 anos. As(os) que trabalham no município há um período maior, ou seja, há mais de 12 anos, representam um percentual de 20,1%.

Quando se busca investigar o local de moradia das(os) enfermeiras(os) da APS/ESF em relação ao município no qual atualmente trabalham, vê-se a importância da inserção e da vinculação desses profissionais ao município para a ampliação do olhar e do conhecimento do território de saúde em que atuam, de maneira que possam conhecer, compreender e vivenciar o cotidiano das pessoas que ali vivem e convivem. Assim, é possível conhecer a cultura, os hábitos e os costumes das comunidades, as singularidades locorregionais, de modo a compreender as complexidades das populações ali residentes e seus processos de saúde e adoecimento frente às situações de vulnerabilidade social e sanitária. Essa proximidade permite também um vínculo maior com os usuários dos serviços de saúde, promovendo um melhor desenvolvimento das práticas de cuidado nas unidades de saúde e no ambiente comunitário.

Nesse sentido, concordamos com outros pesquisadores para os quais a ampliação do olhar dos profissionais da APS/ESF sobre o território contribui para a superação dos limites da unidade de saúde e das práticas do modelo de atenção convencional. Contribui também para a (re)construção do vínculo dos profissionais e do sistema de saúde com o lugar, para a adequação das ações de saúde à singularidade de cada contexto sócio-histórico específico e para a incorporação efetiva do paradigma da promoção da saúde e da participação<sup>29</sup>.

Tabela 1. Distribuição de frequências de enfermeiras e enfermeiros quanto ao estado civil, a residir no município em que trabalha e aos anos de atuação na APS/ESF no município em que trabalha atualmente (Paraíba, Nordeste, Brasil)

CARACTERÍSTICAS	Frequência	%
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	218	47,2
Divorciado(a)	27	5,8
Separado(a)	3	0,6
Solteiro(a)	155	33,5
União estável	50	10,8
Viúvo(a)	4	0,9
Outros	5	1,1
<b>Você reside no município em que trabalha?</b>		
Não	161	34,8
Sim	301	65,2
<b>Há quantos anos você atua na APS no município em que trabalha atualmente?</b>		
De 0 a 4 anos	195	42,2
De 5 a 8 anos	85	18,4
De 9 a 12 anos	89	19,3
Há mais de 12 anos	93	20,1
<b>TOTAL</b>	<b>462</b>	<b>100%</b>

Fonte: elaboração própria.

## Perfil de formação profissional de enfermeiras(os) da APS/ESF no estado da Paraíba, Nordeste, Brasil

Considerando-se a natureza da instituição na qual realizaram sua graduação em Enfermagem, dos 462 (100%) participantes da pesquisa, 282 (61%) estudaram em instituição privada; 171 (37,0%) em instituição pública; e 9 (1,9%) não responderam. Constatou-se que 453 profissionais (98,1%) são graduados em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras. E, levando-se em conta aqueles que não responderam à pergunta sobre a natureza da instituição na qual se graduaram, uma mesma frequência (9) e percentual (1,9%) de profissionais não informaram o país da instituição pela qual se graduaram em Enfermagem. Com base nesses resultados, percebe-se que a maioria das(os) enfermeiras(os) em atuação na APS/ESF é egressa de instituições privadas e fez sua formação no Brasil.

O predomínio das instituições privadas na formação das(os) enfermeiras(os) foi também uma evidente constatação do estudo realizado sobre o 'Perfil da Enfermagem no Brasil', o qual registrou um percentual de 57,4% de enfermeiros egressos dessas instituições<sup>27</sup>.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que, em sua grande maioria, as(os) enfermeiras(os) que atuam na APS/ESF no estado da Paraíba concluíram a formação a partir dos anos de 2001, sendo 193 (41,8%) entre 2001 e 2010; 100 (21,6%) entre 2011 e 2015; e outros 100 (21,6%) entre 2016 e 2021. Dentre todas(os) as(os) participantes, 41 (8,9%) concluíram durante a década de 90, ou seja, entre 1991 e 2000, e 9 (1,9%) não responderam. Desse modo, quando se analisa o período em que os profissionais concluíram seus cursos, constata-se que, em sua maioria, as(os) enfermeiras(os) da APS/ESF na Paraíba têm no máximo 20 anos de atuação.

O perfil de formação profissional relacionado à frequência das titulações é analisado a



partir dos resultados distribuídos no *gráfico 1*, a qual apresenta diferentes níveis de pós-graduação: *lato sensu* (residência e especialização) e *stricto sensu* (mestrado, doutorado, pós-doutorado e livre-docência). Predominantemente, as(os) enfermeiras(os) afirmaram ter concluído cursos de especialização, sendo do total de profissionais um quantitativo de 336 (72,7%); 117 (25,3%) não possuem especialização. É significativa a frequência daqueles que não possuem residência, uma vez que somam 438 (94,8%); apenas 15 profissionais (3,2%) possuem esse nível de titulação dentre todas(os) as(os) pesquisadas(os). Quando se analisam a frequência e o percentual de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, fica evidente a elevada frequência de profissionais que não possuem qualquer titulação nesse nível, com quantitativos de 417 a mais e percentuais superiores a 90%. Destaca-se que apenas 36 (7,8%) possuem mestrado; 3 (0,6%) possuem doutorado; 13 (2,8%) concluíram a livre-docência; e nenhum possui pós-doutorado. Tomando-se cada um dos níveis de titulação, 9 (1,9%) enfermeiras(os) não responderam se os possuem ou não.

Analisando-se o perfil das(os) enfermeiras(os) da APS, particularmente aquelas(es) com atuação na ESF das cinco regiões brasileiras, pesquisadores registraram que 82,5% dos participantes concluíram cursos de residência ou especialização. Considera-se que uma melhor formação contribui para atingir a eficiência, a eficácia e a efetividade almejadas para a consecução da atenção integral<sup>25</sup>.

Entretanto, ainda é baixa a taxa de profissionais com pós-graduação na modalidade residência, e é elevado o número de especializações, as quais são muitas vezes desconectadas daquilo de que realmente precisa o sistema de saúde do País.

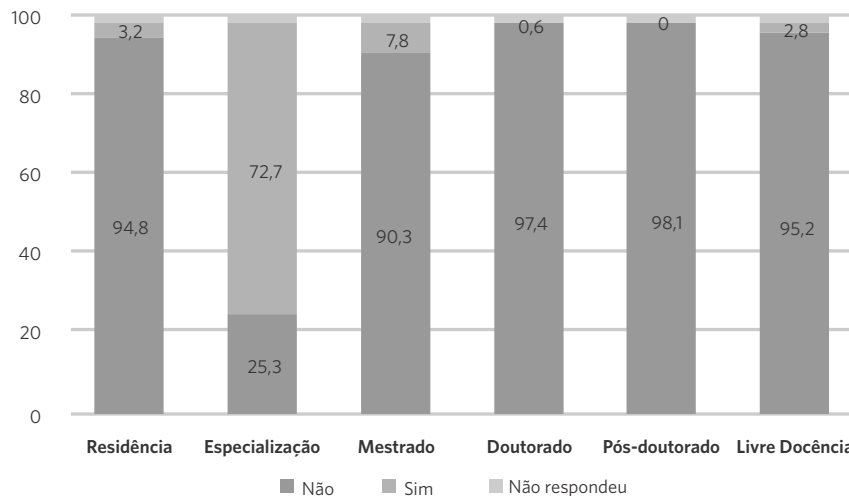
Pesquisa realizada sobre o perfil sociodemográfico e profissional das(os) enfermeiras(os)

da APS constatou que, quanto à iniciativa de buscar aperfeiçoamento profissional através da continuidade dos estudos, uma parcela expressiva de profissionais (73,4%) relatou possuir pós-graduação em nível *lato sensu*. Contudo, nenhum profissional declarou possuir pós-graduação em nível *stricto sensu* (mestrado e/ou doutorado). Com base nessas evidências, os autores asseguram que os resultados analisados têm potencial significativo para contribuir com o processo de diagnóstico da situação funcional das(os) enfermeiras(os) com atuação na APS, bem como o planejamento de ações a serem implementadas pela gestão municipal no sentido de qualificar os profissionais, com vistas a melhor prepará-los para a atuação nesse nível de atenção, que exige tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Os dados levantados apontam para a necessidade de investimentos, por parte dos gestores locais, na educação continuada das(os) enfermeiras(os)<sup>31</sup>.

Os gestores não compreendem que, sem projetos de formação e educação permanente para os profissionais da APS/ESF, os municípios seguirão enfrentando dificuldades em dispor de perfil adequado e qualificado para a responsabilidade socio sanitária com vistas à inversão do modelo de atenção à saúde, reproduzindo a alta rotatividade, a precarização e a insatisfação dos trabalhadores da saúde<sup>32</sup>.

Os autores destacam que as barreiras para a organização de projetos de capacitação, formação e educação permanente voltados ao pessoal da APS continuam sendo uma questão a ser enfrentada enquanto política de Estado capaz de levar adiante mudanças em curso na formação, sobretudo a dos profissionais da enfermagem. Busca-se que esses profissionais estejam preparados e comprometidos para exercer a prática da saúde integral, familiar e comunitária<sup>32</sup>.

Gráfico 1. Distribuição de frequência das titulações concluídas por enfermeiras(os) da APS/ESF (Paraíba, Nordeste, Brasil)



Fonte: elaboração própria.

Chama atenção nos resultados deste estudo, embora em número reduzido – 13 (2,8%), a presença de enfermeiras(os) que informaram ter concluído a livre-docência, uma titulação importante para aqueles em atuação no ensino superior.

Tendo em vista o desenvolvimento do País, a formação de doutores para a docência se mostra fundamental, assim como o estímulo à contínua formação de lideranças. Nesse contexto, a livre-docência entra como estratégia de reconhecimento de trajetórias docentes comprometidas com o ensino, a pesquisa e a extensão. A busca pela mais alta titulação da carreira acadêmica brasileira pode constituir um momento de avanço individual e coletivo, contribuindo para a consolidação de áreas de conhecimento<sup>33</sup>.

Acredita-se que a presença de enfermeiras(os) com esse grau de titulação, em atuação na APS/ESF no estado da Paraíba, possa ser resultado de docentes universitários que, embora já aposentados da carreira acadêmica, tenham estabelecido um novo vínculo de trabalho em determinados municípios para atuação na APS/ESF.

### Dimensão assistencial do processo de trabalho de enfermeiras(os) da APS/ESF no estado da Paraíba, Nordeste, Brasil

As(os) enfermeiras(os) fazem parte de um processo coletivo de trabalho cuja finalidade é produzir ações de saúde por meio de um saber específico, articulado com os dos demais membros da equipe no contexto político-social do setor saúde. A atuação desses profissionais na APS do Brasil vem se constituindo como um instrumento de mudanças nas práticas de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo à proposta do novo modelo assistencial, centrado sobretudo na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e da qualidade de vida<sup>8</sup>.

A Portaria nº 2.436/2017, da PNAB<sup>12</sup>, elenca as atribuições específicas das(os) enfermeiras(os), apresentando um conjunto de ações dentre as quais encontram-se as que

compõem a prática assistencial na APS. Nesse escopo, as consultas de enfermagem, voltadas a grupos de usuários em diferentes ciclos da vida; a supervisão de sala de vacina; a realização de curativos; a solicitação de exames; e a prescrição de medicamentos são, dentre outras, práticas cotidianas individuais presentes no processo de trabalho da enfermagem.

As práticas acima mencionadas estão distribuídas na *tabela 2*, que evidencia com que frequência e em que percentual as(os) enfermeiras(os) da APS/ESF no estado da Paraíba as desenvolvem.

Considerando-se o total de profissionais participantes da pesquisa, 462 (100%), e a periodicidade com que realizam as práticas assistenciais, é possível constatar que a maior frequência de realização diária é a da prática A1 – ‘Consulta de enfermagem’, com 368 (79,7%); em segundo lugar, a da prática A4 – ‘Solicitação de exames’, com 299 (64,7%). Quanto à prática A5 – ‘Prescrição de medicamentos’, 223 (48,3%) afirmaram realizá-la diariamente, aproximando-se assim da metade dos que participaram da pesquisa.

Quando se verifica a escala de periodicidade de realização, constante na *tabela 2*, é notório que, para todas as práticas analisadas, os percentuais de enfermeiras(os) que as realizam diariamente são consideravelmente superiores aos dos que as desenvolvem ‘três ou mais vezes na semana’, ‘entre uma e duas vezes na semana’, ‘eventualmente’ e ‘nunca’, e são superiores principalmente quando comparados aos percentuais daqueles que não responderam.

No processo de trabalho da APS/ESF, as(os) enfermeiras(os) vêm desenvolvendo práticas assistenciais com autonomia frente às atribuições sob sua competência, com respaldo na Lei do Exercício Profissional<sup>11</sup> e com base na aprovação e na implementação de protocolos clínicos pelo Ministério da Saúde e pelos Coren, além de protocolos municipais, documentos e normativas que norteiam os cuidados de enfermagem de modo a atender às necessidades dos usuários.

A implantação e a atualização de protocolos de enfermagem por secretarias de saúde, com o apoio dos Coren, ampliam o acesso dos usuários às unidades de saúde da APS/ESF. No que se refere às consultas de enfermagem, pesquisadores têm relatado um aumento no quantitativo da realização dessa prática, especialmente quando analisam a implementação dos protocolos e a melhoria dos fluxos de atendimento<sup>34</sup>.

Quanto ao presente estudo, nas análises das práticas assistenciais das(os) enfermeiras(os) da APS no estado da Paraíba, registram-se percentuais significativos de consultas realizadas diariamente, o que ajuda a confirmar as evidências encontradas nas pesquisas dos autores<sup>34</sup> anteriormente referenciados.

A consulta de enfermagem é um recurso de acolhimento e vínculo da família com o serviço de saúde e esses componentes são inter-relacionados, isto é, à medida que os enfermeiros acolhem bem a família, melhoram a frequência das consultas e a avaliação do serviço, implicando sua utilização apropriada e valorização<sup>35</sup>.

Sabe-se que, dentre as consultas no cotidiano de trabalho da APS, as(os) enfermeiras(os) realizam pré-natal de baixo risco; consultas de seguimento a hipertensos e diabéticos; puericultura; consultas a pessoas com doenças transmissíveis; acompanhamento e manejo de casos de saúde mental; e outras atividades regidas por legislações, protocolos clínicos e outras normativas técnicas que asseguram a atuação em enfermagem.

Associam-se ao escopo das competências desses profissionais a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames, ações que vêm exercendo com autonomia, contribuindo para o atendimento e a qualidade do cuidado nas unidades de saúde. Essas ações, relacionadas na *tabela 2*, também apresentam números significativos de frequência diária de realização.

Na Paraíba, Lima<sup>36</sup> identificou que nenhum dos municípios de seu campo de investigação possuía uma legislação específica sobre

solicitação de exames e prescrição de medicamentos por enfermeiras(os). Percebeu, portanto, que as secretarias de saúde se baseiam

nos padrões oferecidos pelos protocolos ministeriais e pelos documentos do Cofen.

Tabela 2. Práticas cotidianas individuais desenvolvidas por enfermeiras e enfermeiros da APS/ESF segundo sua atuação na assistência (Paraíba, Nordeste, Brasil)

PRÁTICAS COTIDIANAS INDIVIDUAIS, RELATIVAS À ASSISTÊNCIA	Diariamente		Três ou mais vezes na semana		Entre uma e duas vezes na semana		Eventualmente		Nunca		Não se aplica ou não respondeu	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
	A1 - Consultas de enfermagem	368	79,7	20	4,3	6	1,3	4	0,9	2	0,4	62
A2 - Supervisão de sala de vacina	190	41,1	71	15,4	66	14,3	39	8,4	34	7,4	62	13,4
A3 - Curativos	188	40,7	67	14,5	52	11,3	92	19,9	1	0,2	62	13,4
A4 - Solicitação de exames	299	64,7	57	12,3	24	5,2	14	3,0	6	1,3	62	13,4
A5 - Prescrição de medicamentos	223	48,3	54	11,7	33	7,1	66	14,3	24	5,2	62	13,4

Fonte: elaboração própria.

A solicitação de exames e a prescrição de medicamentos, enquanto elementos de análise neste estudo, contribuíram para caracterizar a assistência individual prestada pelas(os) enfermeiras(os) aos usuários dos serviços da APS/ESF na Paraíba. Como se percebe na *tabela 3*, no que se refere à solicitação de exames, do total de profissionais participantes (462), a maioria registra poder solicitar hemograma (381, 82,5%), outros exames de sangue (351, 76,0%), ultrassonografia (309, 66,9%) e mamografia (249, 53,9%). Constata-se, assim, que o hemograma tem sido o exame que as(os) enfermeiras(os) da APS naquele estado mais têm solicitado. Dentre as(os) enfermeiras(os) pesquisados, mais de 70% afirmaram não solicitar raio-X e eletrocardiograma. Na variável de análise para cada um dos exames, apenas 14,7% dos profissionais não opinaram.

Quando se analisa o critério 'pode prescrever medicamentos', a maior frequência de profissionais que responderam positivamente – isto é, 372 (80,5%) – está relacionada à prescrição de sulfato ferroso e outros suplementos. A segunda e a terceira maiores

frequências dizem respeito à prescrição de analgésicos, com 230 (49,8%) profissionais, e antiparasitários, com 221 (47,8%). Dentre as(os) enfermeiras(os) pesquisadas(os), 264 (57,1%) relataram não prescrever antibiótico e apenas um relatou prescrever ansiolíticos.

Alicerçando-se na Lei nº 7.498/86<sup>11</sup>, o Cofen, através da Resolução nº 195/97<sup>37</sup> e da Resolução nº 317/2007<sup>38</sup>, define que, para a prescrição de medicamentos, a(o) enfermeira(o) necessita solicitar exames de rotina e complementares, estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, para uma efetiva assistência ao paciente, sem risco para ele.

Na Paraíba, o Coren, na perspectiva de instrumentalizar os profissionais para atuação na APS, reconhece que – no contexto da atenção integral à saúde – a assistência deve ser organizada para atender às reais necessidades da população, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis. Assim sendo, visando a atender às diretrizes do SUS e às exigências legais da profissão, o

‘Protocolo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família do Estado da Paraíba’, elaborado por aquele conselho, tem norteado condutas profissionais, respaldando e subsidiando a prática assistencial, além de padronizar o processo de trabalho, buscando, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), fortalecer a implementação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, bem

como a prescrição de medicamentos na consulta de enfermagem, com base nos ‘Cadernos da Atenção Básica’<sup>39</sup>.

A prescrição de medicamentos na enfermagem é um elemento que contribui para a profissão na APS; no Brasil, essa prática vem tomando contornos mais nítidos nos últimos anos, através dos cadernos da APS e dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde<sup>36</sup>.

Tabela 3. Caracterização da assistência praticada por enfermeiras e enfermeiros da APS segundo o pedido de exames e a prescrição de medicamentos (Paraíba, Nordeste, Brasil)

Variáveis	Sim		Não		Não respondeu ou não se aplica	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
<b>Sobre pedidos de exames, posso solicitar</b>	-	-	-	-	-	-
Raio X	39	8,4	355	76,8	68	14,7
Ultrassonografia	309	66,9	85	18,4	68	14,7
Eletrocardiograma	67	14,5	327	70,8	68	14,7
Hemograma	381	82,5	13	2,8	68	14,7
Outros exames de sangue	351	76,0	43	9,3	68	14,7
Mamografia	249	53,9	145	31,4	68	14,7
<b>Sobre medicamentos, posso prescrever</b>						
Sulfato ferroso e outros suplementos	372	80,5	4	0,9	86	18,6
Antibióticos	112	24,2	264	57,1	86	18,6
Antiparasitários	221	47,8	155	33,5	86	18,6
Analgésicos	230	49,8	146	31,6	86	18,6
Anti-hipertensivos	104	22,5	272	58,9	86	18,6
Corticoides	44	9,5	332	71,9	86	18,6
Ansiolíticos	1	0,2	375	81,2	86	18,6

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 4* apresenta frequências e percentuais concernentes à percepção das(os) profissionais pesquisadas(os) sobre a resolutividade das práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito da APS/ESF na Paraíba, analisando serem ‘suficientes’ ou ‘insuficientes’. Fica claro que todas as práticas apresentam altas frequências e percentuais de resolutividade, destacando-se a realização de consulta pré-natal, a qual 388 (84%) profissionais consideram ser a mais

resolutiva, seguida do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, referido por 344 (74,5%) enfermeiras(os) pesquisados. Em todas as práticas, os percentuais foram superiores a 65%.

A realização de consulta pré-natal também foi a atividade mais bem avaliada pelas(os) enfermeiras(os) da APS, em âmbito nacional, quanto à resolutividade, com percentuais de 73,7%, de acordo com o relatório da pesquisa

‘Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde’<sup>14</sup>.

Sobre o trabalho da(o) enfermeira(o), o Código de Ética dos Profissionais estabelece

que o profissional, ao atuar na promoção, na prevenção, na recuperação e na reabilitação da saúde das pessoas, deve exercer a profissão com autonomia e resolutividade<sup>40</sup>.

Tabela 4. Frequência e percentual da percepção das práticas de assistência desenvolvidas por enfermeiras e enfermeiros da APS/ESF quanto à resolutividade (Paraíba, Nordeste, Brasil)

PERCEPÇÃO DE SUA RESOLUTIVIDADE PARA AS ATIVIDADES ABAIXO	Suficiente		Insuficiente		Não respondeu	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Realização de consulta pré-natal	388	84,0	11	2,4	63	13,6
Acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil	344	74,5	55	11,9	63	13,6
Planejamento familiar	316	68,4	83	18,0	63	13,6
Hanseníase	302	65,4	97	21,0	63	13,6
Tuberculose	320	69,3	79	17,1	63	13,6
Hipertensão arterial	318	68,8	81	17,5	63	13,6
Diabetes	322	69,7	77	16,7	63	13,6

Fonte: elaboração própria.

Destaca-se que ao longo do desenvolvimento do estudo, do qual teve-se, dentre outros desdobramentos, a elaboração do presente artigo, não foram observadas quaisquer limitações; o que possibilitou todo o processo de execução da pesquisa e a consecução dos resultados ora apresentados, discutidos e analisados.

## Considerações finais

O processo de trabalho de enfermeiras(os) em atuação na APS/ESF do estado da Paraíba foi analisado neste estudo com ênfase no perfil sociodemográfico e de formação dos profissionais, bem como na dimensão assistencial das práticas de cuidado e no escopo de ações individuais.

Referente ao perfil sociodemográfico, predomina majoritariamente o sexo feminino; as(os) profissionais pesquisadas(os) possuem uma faixa etária que caracterizam um conjunto de enfermeiras(os) relativamente jovens atuantes na APS naquele estado, sendo que a maioria reside no município em que trabalha e atua ali há menos de 4 anos.

A análise do perfil de formação profissional das(os) enfermeiras(os) pesquisadas(os) nos faz refletir criticamente sobre a importância e a necessidade de qualificação para os processos de trabalho da APS/ESF nos municípios do estado da Paraíba, uma vez que apenas a especialização tem sido a modalidade de titulação mais realizada.

A dimensão assistencial do trabalho das(os) enfermeiras(os) da APS/ESF no estado da Paraíba, possibilitou compreender como as ações de competência individual vêm sendo desenvolvidas no cotidiano de trabalho nas unidades de saúde e no ambiente comunitário. A prática assistencial com maior frequência de realização diária é a consulta de enfermagem, seguida da solicitação de exames e da prescrição de medicamentos. Os exames mais solicitados são hemograma, outros exames de sangue e ultrassonografia; os medicamentos mais prescritos são sulfato ferroso e outros suplementos. Para todas as práticas analisadas a resolutividade predominante é concernente às consultas pré-natal.

## Colaboradores

Alvarenga JPO (0000-0002-7170-7498)\* contribuiu para a concepção, desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, análise e

discussão dos resultados e elaboração do manuscrito. Sousa MF (0000-0001-6949-9194)\* contribuiu para a revisão crítica da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Marx K. O Capital: Crítica da Economia Política - o processo de produção do capital. Livro 1. 2. ed. São Paulo: Boitempo; 2017.
2. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cad. CEFOR – Textos 1. São Paulo: CEFOR; 1992.
4. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>.
5. Ayres JRCM, Bruno R. História, processos sociais e práticas de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2015 [acesso em 2022 mar 25]; 20(3):905-912. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232015000300905&lng=pt&nrm=iso&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300905&lng=pt&nrm=iso&lng=pt).
6. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação, Profissional em Saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. 478 p. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
7. Scochi MJ, Mishima SM, Peduzzi M. Maria Cecília Puntel de Almeida: construtora de pontes entre Enfermagem e a Saúde Coletiva brasileira. Ciênc. Saúde Colet. 2015 [acesso em 2022 mar 25]; 20(12):3891-3896. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3891.pdf>.
8. Ferreira SRS, Périgo LAD, Dias VRGF. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm. 2018 [acesso em 2022 mar 25]; 71(supl1):704-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qTVY5r3JLdL8xcTHNf9ZhxF/?lang=pt&format=pdf>.
9. Paula M, Peres AM, Bernardino E, et al. Características do Processo de Trabalho do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Min. Enferm. 2014 [acesso em 2022 mar 25]; 18(2):454-462. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n2a15.pdf>.
10. Ferreira SRS, Mai S, Périgo LAD, et al. O processo de trabalho da enfermeira na atenção primária, frente à pandemia da Covid-19. In: Teodósio SSCS, Leandro SS. Enfermagem na Atenção Básica no contexto da COVID-19. Brasília, DF: ABEEN. DEAB; 2020. (Série Enfermagem e Pandemias, v. 3). [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://publicacoes.abenacional.org.br/ebooks/atencaobasica>.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Brasil. Gabinete da Presidência da República. Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Lei 7498/86. DOU de 26.06.86. Seção I – fls. 9.273 a 9.275. Brasília, 1986. [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2.436, 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). 2017. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
13. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008 [acesso em 2022 mar 25]; 16(5). Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94779/000667677.pdf?sequence=1&locale-attribute=en>.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Relatório. Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos. Brasília, DF: CEAM; UnB; COFEN; 2022.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios – Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf).
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área territorial - Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios. 2021. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto>.
17. Paraíba. Governo do Estado da Paraíba, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde: Paraíba 2020/2023. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica. Relatório. e-Gestor AB. Informação e Gestão da Atenção Básica. 2019. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNES. Base de Dados. DATASUS, 2021. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/download/arquivosBaseDados.jsp>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
21. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, et al. Perfil socio-profissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Rev. Enferm UERJ*. 2016 [acesso em 2022 mar 25]; 24(1):e9405. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405>.
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Infográfico - Situação da enfermagem na Região das Américas. Organização Pan-Americana da Saúde Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para as Américas. 2021. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54504>.
23. Oliveira APC, Ventura CAA, Silva FV, et al. The State of Nursing in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020 [acesso em 2022 mar 25]; (28):e3404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/nwPZbvkYp6GNLsZhFK7mGwd/?lang=pt>.
24. Organização Pan-Americana da Saúde. Fotografia da enfermagem no Brasil. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://apsredes.org/fotografia-da-enfermagem-no-brasil/>.
25. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2022 mar 25]; 25(1):147-158. Disponível em: <https://>



www.scielo.br/j/csc/a/GRyVBGTqC6GfcpnHTVf9RVr/?format=pdf&lang=pt.

26. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. *Enferm. Foco*. 2016 [acesso em 2022 mar 25]; 6(1/4):11-17. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf>.
27. Conselho Federal de Enfermagem. Relatório final da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen; 2017. v. 1. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfil-enfermagem/index.html>.
28. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2019. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.
29. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2010/2011 [acesso em 2022 mar 25]; 8(3):387-406. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXkVnrTKphp/?format=pdf&lang=pt>.
30. Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2022 mar 25]; 25(1):7-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrvVsQ/?format=pdf&lang=pt>.
31. Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, et al. Perfil socio-demográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. *Rev. Electr. Enf*. 2012 [acesso em 2022 mar 25]; 14(1):171-80. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/index>.
32. Sousa MF, Santos BM, Paz EP, et al. Complexidade das Práticas da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco*. 2021 [acesso em 2022 mar 25]; 12(supl1):55-60. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/complexidade-praticas-enfermagem-atencao-primaria-saude.pdf>.
33. Barros ALBL, Batista NA, Barbosa DA, et al. Livre-docência: o reconhecimento de uma trajetória comprometida com o ensino, pesquisa e extensão. *Rev Bras Enferm*. 2021 [acesso em 2022 mar 25]; 74(supl5):1-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rMFh5VvDmMj7wwgKW8bY5r/?format=pdf&lang=pt>.
34. Bonatto SR, Steffani P, Lima LA, et al. Protocolos de enfermagem no município de Jaraguá do Sul/SC: estratégia transformadora para atenção primária. *Enferm. Foco*. 2021 [acesso em 2022 mar 25]; 12(supl1):147-52. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5173/1175>.
35. Cavaleiro AP, Silva CL, Veríssimo ML. Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2021 [acesso em 2022 mar 25]; 12(3):540-5. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4305/1200>.
36. Lima MVP. Estratégias da gestão local para prescrição de medicamentos por enfermeiros da atenção primária à saúde. [dissertação]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2019. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/4059>.
37. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-195/1997. Brasília, DF: ASCOM; 2007. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007\\_4351.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007_4351.html).
38. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 317, de 2 de agosto de 2007. Brasília, DF: ASCOM; 2007. [acesso em 2022 mar 25]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007\\_4351.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3172007_4351.html).
39. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba. 2. ed. João Pessoa: CO-

REN-PB; 2015. [acesso em 2021 mar 25]. Disponível em: <http://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/Coren-Pb-Protocolo-do-Enfermeiro-pb-20102015.pdf>.

40. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro:

Conselho Federal de Enfermagem; 2007. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf).

---

Recebido em 05/04/2022  
Aprovado em 12/09/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia?

*What does the diagnosis of HIV/AIDS represent after four decades of epidemic?*

Carolina Gonçalves Muniz<sup>1</sup>, Cláudia Brito<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213510

**RESUMO** O HIV/Aids foi descoberto há 41 anos, e avanços importantes foram conquistados para pessoas vivendo com HIV/Aids. Mas esses fatos foram suficientes para mudar a representação diagnóstica e superar o medo de sofrer preconceitos? Objetivou-se analisar as representações do diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia. Realizou-se pesquisa exploratória, qualitativa, em instituição especializada em HIV/Aids localizada no Rio de Janeiro. Foram entrevistados 14 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, independentemente de tempo de diagnóstico. Realizou-se análise fenomenológica. As representações evocavam pessimismo relacionado aos estigmas (contaminação, aparência de 'aidético', morte iminente); otimismo (diagnóstico como renascimento, parecer saudável, diagnóstico de HIV, não Aids, pertencimento ao grupo de homossexuais com HIV); ou indução pelos profissionais (HIV como doença crônica). Também se percebeu hierarquia de preconceitos entre quem utiliza antirretrovirais para evitar o HIV contra quem vive com HIV, e destes últimos contra quem vive com Aids. Apesar dos avanços, evidenciou-se que os estigmas do início da epidemia ainda estão presentes, gerando vergonha e medo. As representações otimistas relacionam-se com a resignificação desses estigmas por não terem se concretizado na realidade. Contudo, reconhece-se a importância do enfrentamento dos estigmas do HIV/Aids, sendo o cuidado em saúde importante locus de resignificação.

**PALAVRAS-CHAVE** HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Estigma social. Representações sociais. Atenção à saúde.

**ABSTRACT** *HIV/AIDS was discovered 41 years ago and important advances have been made for people living with HIV/AIDS. But were these facts enough to change diagnostic representation and overcome fear of suffering prejudice? The objective was to analyze the representations of HIV/AIDS diagnosis after four decades of epidemic. Exploratory, qualitative research was carried out in an institution specializing in HIV/AIDS located in Rio de Janeiro. Fourteen patients over 18 years, both genders, were interviewed, regardless time of diagnosis. Phenomenological analysis was performed. The representations evoked pessimism related to stigmas (contamination, appearance of 'aidetic', imminent death); optimism (diagnosis as rebirth, looking healthy, diagnosis of HIV, not AIDS, belonging the group of homosexuals with HIV); or induction by professionals (HIV as a chronic disease). A hierarchy of prejudices was perceived between those who use antiretrovirals to avoid HIV against those who live with HIV and, the latter, against those who live with AIDS. Despite the advances, it was evident the stigmas from the beginning the epidemic are present, generating shame and fear. Optimistic representations are related to resignification of stigmas for not having materialized in reality. However, the importance of confronting stigmas is recognized, with health care being an important locus of resignification.*

**KEYWORDS** *HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Social stigma. Social representations. Delivery of health care.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [cgmuniz13@gmail.com](mailto:cgmuniz13@gmail.com)



## Introdução

Os primeiros casos de Aids foram registrados nos anos de 1977-1978, e há mais de 40 anos convivemos com o diagnóstico de HIV/Aids<sup>1</sup>. De 1981 até 2021, aproximadamente, 79,3 milhões de pessoas já foram infectadas pelo HIV no mundo, e 36,3 milhões foram a óbito<sup>1</sup>. Avanços significativos nas áreas diagnóstica, medicamentosa e a garantia de tratamento para todos possibilitaram diminuição da mortalidade; ampliação, rapidez e acurácia diagnóstica; supressão viral; retardo na evolução da doença e elevação da sobrevida, que era de seis meses<sup>2</sup>, no auge da epidemia, para mais de 12 anos, entre os anos de 2003-2007<sup>3</sup>. Essas conquistas mudaram o panorama da doença, vislumbrando conjecturas sobre o fim da Aids<sup>4</sup> e considerações acerca do HIV como uma nova doença crônica, pelo fato de poder ser manejada com sucesso por longos anos<sup>4-6</sup>.

Melhorias substanciais na sobrevida e na qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) transformaram o quadro inicial da epidemia: de pessoas cadavéricas, doença fatal e contaminador em potencial para aparência saudável, doença assintomática e superação do medo da possibilidade de contaminação por abraços, compartilhamento de objetos de uso pessoal etc. Além dessas, também houve conquistas no âmbito do direito das PVHA<sup>5</sup>.

Assim, após tantos avanços, será que o medo e a vergonha relacionados com a doença diminuíram? Os estigmas inicialmente relacionados com a doença foram superados do imaginário da sociedade e do cotidiano da vida social de PVHA? Como é receber e viver com diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas da epidemia?

No Brasil, foi ultrapassada a barreira de 1 milhão de PVHA. Em média, são 36,8 mil diagnosticadas anualmente<sup>3</sup>. Apesar desses números expressivos, quantas pessoas você conhece com diagnóstico de HIV positivo? E com hipertensão, diabetes ou câncer? Se sua resposta for pouca ou nenhuma pessoa que viva

com HIV, mas várias com as outras doenças, pode ser uma pista para a possibilidade de pessoas próximas manterem o diagnóstico de HIV/Aids sob sigilo pelos estigmas e pelo medo de sofrerem rejeições sociais e afetivas.

Sabendo que o diagnóstico de HIV/Aids não é meramente fisiológico e ainda está carregado de desinformação, preconceito e segregação social<sup>7</sup>, a normalização do HIV como doença crônica, pela diminuição da mortalidade e fruto de pressões de setores públicos, profissionais de saúde e ativistas<sup>6</sup>, pode produzir efeitos contrários aos desejados<sup>5</sup>. Ao invés de eliminar estigmas, pode dificultar compartilhamentos de angústias e medos de pacientes nas relações de cuidado de saúde, fortalecendo, involuntariamente, os estigmas que se deseja superar, mesmo após os ensinamentos que o enfrentamento da Aids proporcionou.

Com vistas a contribuir com novas reflexões para o cuidado de saúde prestado às PVHA, realizou-se estudo objetivando analisar as representações sobre o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia. Acredita-se que os serviços de saúde têm um papel privilegiado na discussão sobre os efeitos deletérios dos estigmas, com vistas à sua diminuição, oportunizando ressignificações do diagnóstico por pacientes, familiares e profissionais de saúde.

## Material e métodos

Foi realizada pesquisa exploratória, qualitativa, de perspectiva fenomenológica e compreensiva, baseada nas representações de pacientes com diagnóstico de HIV positivo, em instituição de referência para o tratamento do HIV/Aids, localizada no estado do Rio de Janeiro. As entrevistas semiestruturadas ocorreram presencialmente em julho de 2021, durante a pandemia do coronavírus.

O critério de inclusão foram pacientes de ambos os sexos, independentemente de tempo de diagnóstico. Foram excluídos pacientes com coinfeção por Tuberculose, Covid-19

ou por doença contagiosa ativa no momento da entrevista. Além desses critérios, o local de pesquisa exigiu que participantes de outras pesquisas clínicas não poderiam ser entrevistados, constituindo um critério de exclusão involuntário.

Foram entrevistados 14 pacientes maiores de 18 anos, sendo 13 selecionados espontaneamente na espera para consulta ambulatorial e um durante o período de internação. A pandemia de Covid-19 implicou menor circulação de pacientes na unidade de atendimento, sobretudo na área de internação, por questões relacionadas à doença. Contudo, não comprometeu o estudo de carácter exploratório.

Todo o material foi transcrito e analisado pelo método da narrativa fenomenológica. As categorias foram baseadas nas sínteses analíticas das narrativas obtidas nas entrevistas, sendo a principal categoria a representação do diagnóstico de HIV/Aids, analisada de acordo com as seguintes subcategorias: ‘Pessimista’, ‘Otimista’, ‘Induzida’, que se referem ao estado de humor do paciente ao relatar sua experiência com o diagnóstico. Além dessas, também se criou a categoria ‘Hierarquia de preconceitos

entre pessoas que não vivem com HIV, pessoas vivendo com HIV e pessoas com Aids’ para dar conta do material analisado.

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (41605020.4.0000.5240) e da instituição co-participante (41605020.4.3001.5262).

## Resultados

A caracterização dos entrevistados, apresentada no *quadro 1*, foi majoritariamente do sexo masculino (09); faixa etária adulta (09), compreendida entre 30 e 59 anos, com variação de 19 e 66 anos; escolaridade Ensino Médio completo/incompleto (08). A metade dos entrevistados não trabalhava no momento da entrevista, e a maioria (10) era solteiro, seguido de casado/vive com companheiro(a)/viúvo (04). Com relação ao tempo de diagnóstico, a variação contemplou desde uma semana até 28 anos, com maior concentração, em média, de 12 anos convivendo com o HIV/Aids, e seis pacientes tinham menos de um ano de diagnóstico.

Quadro 1. Caracterizações dos pacientes entrevistados

Paciente	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho	Tempo de Diagnóstico
E1	F	35	1º ano do Ensino Fundamental	Casado/Vive com companheiro	Não	06 anos
E2	F	59	Ensino Médio Incompleto	Viúvo	Não	15 anos
E3	F	54	Ensino Médio Completo	Casado/Vive com companheiro	Não	21 anos
E4	F	66	Ensino Superior Incompleto	Solteiro	Aposentado	28 anos
E5	M	25	Ensino Médio Completo	Solteiro	Sim	03 meses
E6	M	20	Ensino Superior Incompleto	Solteiro	Estudante	01 mês
E7	M	19	8º ano do Ensino Fundamental	Solteiro	Sim	01 mês
E8	M	37	Ensino Médio Completo	Casado/Vive com companheiro	Não	12 anos
E9	M	46	Ensino Médio Completo	Solteiro	Aposentado	11 anos
E10	F	38	Ensino Médio Completo	Solteiro	Não	01 mês e meio
E11	M	25	Ensino Superior Incompleto	Solteiro	Sim	06 meses
E12	M	30	Ensino Médio Completo	Solteiro	Sim	01 semana
E13	M	30	Ensino Superior Completo	Solteiro	Não	03 anos e meio
E14	M	36	Ensino Médio Completo	Solteiro	Não	10 anos

Fonte: elaboração própria.

## Representação do diagnóstico HIV/Aids

Após 41 anos do surgimento da Aids, as representações do diagnóstico de HIV mantiveram relação estreita com os estigmas relacionados ao HIV/Aids. A percepção desses estigmas levou o entrevistado a ter uma relação ‘pessimista’ ou ‘otimista’ com o diagnóstico. Além dessas, observou-se uma representação diagnóstica ‘induzida’ pelos profissionais de saúde.

Nas representações narradas, percebeu-se mudança desse estado de humor ao longo do tempo, geralmente sendo mais ‘pessimista’ no início, mas podendo melhorar a forma como viam o diagnóstico com o passar dos anos.

Com relação ao cuidado, pacientes que vivenciavam a aceitação do diagnóstico conseguiram aderir ao tratamento, mas o sentimento de revolta e a não aceitação poderiam favorecer a sua interrupção. Dessa maneira, de acordo com relatos, a representação do diagnóstico e a forma de lidar com ele têm influência na continuidade do cuidado e na adesão ao tratamento. Portanto, é essencial a promoção de um cuidado biopsicossocial e que serviços de saúde levem as representações dos pacientes em consideração.

*E aí eu tinha nojo de mim, não conseguia tomar banho e me olhar, entendeu? [...] Mas aí com o tempo a gente foi se acostumando, foi se adaptando e ‘tamos’ aí vivendo. [...] Ó, sinceramente, ‘tô’ bem, assim... a ficha caiu, fiz tratamento e tal, mas teve uma época da minha vida que eu dei uma ‘revoltadinha’, parei de tomar remédio. É uma fase da não aceitação. Tem horas que eu não me aceito estar doente, estar com o vírus. Mas aí tem hora que falo ‘Estou, tenho que me cuidar’, e aí eu volto com tudo de novo, entendeu? (E14, dez anos vivendo com HIV).*

### REPRESENTAÇÕES PESSIMISTAS

As representações do diagnóstico de HIV/Aids dos pacientes ainda têm forte interação de crenças e valores moralistas individuais e da

sociedade, geralmente, condicionando representação pessimista, a qual foi subcategorizada em: ‘Diagnóstico estigmatizado’ (Sexo como fonte de prazer/obtenção financeira; aparência de aidético; contaminador em potencial); ‘Diagnóstico de morte iminente’; ‘Diagnóstico como castigo’.

### DIAGNÓSTICO ESTIGMATIZADO

Os principais estigmas do diagnóstico ainda se correlacionam com homossexualidade, prostituição, promiscuidade, o termo ‘aidético’ e ser agente de ‘contaminação’ por contato. Apesar do avanço do conhecimento sobre a doença, os estigmas não avançaram em correspondência.

### Sexo como fonte de prazer/obtenção financeira

Praticamente todos entrevistados relataram a experiência ou o medo de serem julgados como prostitutas, promíscuos ou homossexuais em decorrência do diagnóstico.

*[...] Dói tanto, você não queira saber como dói [voz embargada], porque as pessoas acham que o HIV tem a ver com prostituição. [...] as pessoas são preconceituosas... muito preconceituosas. Infelizmente, elas acham que só uma pessoa que é lésbica ou gay ou que faz programa que tem isso [HIV]. (E3, mulher, há 21 anos vivendo com HIV).*

*Você fala que você é portador, as pessoas não querem saber da sua história de vida, né? Assim, se você... Ah, você pegou porque você é promíscuo, porque você é homossexual e tal. (E13, homem, há três anos e meio com diagnóstico).*

O julgamento moral traz muito sofrimento e, geralmente, é motivo para manterem o diagnóstico em sigilo.

*Eu fico na minha. O meu companheiro sabe que sou soropositivo [...] ninguém sabe, só meu companheiro mesmo. Eu acho que é pelo preconceito. Até porque*

*ninguém sabe que eu sou homossexual, entendeu? Eu não sou assumido [...] a maioria das pessoas gosta de viver a vida, como se diz, escondido. No meu caso, não é escondido, é ser reservado, entendeu? (E8, 12 anos vivendo com HIV).*

Alguns pacientes que não falavam sobre a sua orientação sexual apresentaram silêncios e incongruências em seus relatos. Essas situações apareciam em aspectos como o paciente não falar como se infectou; fazer exames anti-HIV periodicamente; relatar que vários amigos tinham a doença; usar o jargão pejorativo ‘doce’ para se referir ao HIV/Aids e morar só com amigos, sendo estes todos PVHA.

O termo doce é utilizado pela comunidade LGBTQIA+ no sentido de fazer mal a outra pessoa, de ‘enviar um doce/presente a alguém’, relacionando o ato de infectar o outro como um presente maldito.

Esses elementos nos fizeram refletir sobre a escolha do sigilo diagnóstico para, na verdade, não revelar sua homo/bissexualidade e sofrer preconceitos relacionados a ela. Nesse sentido, possivelmente, esse diagnóstico ainda carrega tantos estigmas por conta da não superação dos preconceitos sociais relacionados à homossexualidade.

*[...] Vou me tratar... e a maioria dos meus amigos, eles têm [HIV]. [...] E eu conversei com todos eles [...] Quando eu falei ‘Mano, eu tô com essa merda dessa doença, tô com a doce [HIV]’ [...] Aí eu falei ‘Mano...’, aí eu pro meu colega [‘amigo’], tô com a doce’, aí ele ‘Mentira’, aí eu ‘É, mano, tô com a doce’, aí ele [‘amigo’] ‘Quem te passou isso?’ Aí eu: ‘Não sei... foi a [nome feminino]’. Aí ele: ‘o que que tu vai fazer com ela?’, aí na hora, eu peguei e falei ‘Eu vou matar essa garota’ [risos]. (E7, não aborda a sua orientação sexual abertamente).*

### Aparência de aidético

O pavor da aparência física de emagrecimento vertiginoso, de manchas pelo corpo e olhar abatido ainda representam um forte estigma da

doença, mesmo que não represente uma realidade da grande maioria das PVHA atualmente. Ter a aparência de ou ser chamado de ‘aidético’ é algo temido porque evoca o estigma de morte iminente e denuncia o diagnóstico de HIV/Aids.

*Aí fica o preconceito. As pessoas olham essa mancha aqui [manchas no pulso típicas de Sarcoma de Kaposi], quem conhece, sabe, e você tem que ficar vivendo se escondendo [...] eu emagreci assim [paciente faz estalo com os dedos], muito rápido. As pessoas ficam assim: Ó!!!! ‘Que que houve?’, que eu era muito gorda, ‘Que houve, você tá emagrecendo demais’... querem saber. Aí você tem que mentir, falar que fez uma bariátrica, entendeu? Eu não gosto de viver assim, escondendo, não tenho ânimo pra sair, não tenho... perdi ânimo de tudo. (E10).*

*A pessoa, às vezes, por ser magra ou ter um olhar abatido, ‘Ah, você tem HIV!’ (E11).*

### Contaminador em potencial

Doenças infectocontagiosas ainda são estigmatizadas, independentemente dos avanços científicos, causando sofrimento e sendo responsáveis pela discriminação de pacientes em situações cotidianas da vida, como na utilização de objetos pessoais, no fato de ser picado por mosquitos e em contatos íntimos, o que limita suas relações sociais e afetivas com outras pessoas, que sentem medo de ser ‘contaminadas’, mesmo após tantas campanhas midiáticas para superação da desinformação sobre o tema.

*Teve uma menina lá que chegou no hospital e falou que tinha, era soropositiva. Ninguém queria ficar perto dela, ninguém queria tocar nada que ela ‘coisa’ [pegasse], porque ela tinha HIV. (E1).*

*[...] Aí algumas pessoas não entendem isso [carga viral indetectável], acha que pega no beijo ou se cortando e aquilo tudo, né? Ou pelo mosquito: ‘Ah, se o mosquito te morder?’ (E5).*

### Diagnóstico de morte iminente

Mesmo com a diminuição da mortalidade e o aumento da sobrevivência dos pacientes, ainda é comum a associação do HIV/Aids como uma sentença de morte. Esse medo não é apenas do paciente, mas abrange o núcleo familiar e os amigos(as). Essa representação é percebida no momento da descoberta do diagnóstico.

*Quando a gente recebe um diagnóstico desses, a primeira coisa que passa pela cabeça é 'Vai morrer', entendeu? Aí todo mundo começou a se desesperar, tanto que na minha primeira consulta depois que eu descobri o diagnóstico, acho que tinha mais de 20 pessoas junto comigo, da minha família. E tava todo mundo muito apavorado, era muito tudo novo, entendeu? [...]. (E14).*

### DIAGNÓSTICO COMO CASTIGO

Essa representação possui uma influência direta com valores judaico-cristãos que pregam a noção da prática sexual com finalidade exclusivamente reprodutiva, criando, no imaginário social, dois grupos de sujeitos: os 'merecedores' do diagnóstico, como uma punição por não terem seguido o comportamento moral, e os 'não merecedores', que seguiram valores morais, mas, mesmo assim, foram infectados. Observa-se que não é somente a sociedade que faz essa divisão entre os pacientes, eles mesmos trazem em seus discursos a percepção de serem 'culpados' ou 'vítimas' de sua infecção.

*Não, graças a Deus, até agora, não [percebeu estigmas]. [...] Única coisa que eu vou pegar e falar para a pessoa: 'Quem tem sou eu, quem se trata sou eu, você não paga as minhas contas. Quem errou na vida atrás, ter uma besteira dessas hoje em dia, sou eu. Então, quem são vocês pra me julgar?' [...] eu não posso julgar também porque eu errei, né? Em ter pegado. (E7).*

O relato abaixo evidencia como os valores judaico-cristãos (manutenção da família) se sobrepõem à ciência (uso de preservativo com parceiro(a) com histórico de múltiplos(as) parceiros(as)). A paciente acreditava estar blindada à infecção pelo HIV por ser fiel, não ser prostituta e manter-se dentro de uma estrutura familiar, ainda que aversiva a ela, devido às traições do ex-marido.

*[...] é porque eu tenho um negócio de dependência, eu gosto de ter família. Então, eu ficava fingindo coisas pra poder não destruir aquela família, pra 'mim' não ficar só, separada, entendeu? E é essa a minha revolta, porque eu não fui prostituta, não sou mulher de programa, não fiquei traindo e eu fui pegar isso [HIV] dentro de casa. Então é isso que eu não consigo, não entra no meu cérebro, eu não consigo aceitar isso [...] E eu não aceito ter pegado isso desse homem [ex-marido], e não acontece nada com esse homem e ele não cai doente. (E10).*

A mesma paciente faz um paralelo entre 'merecimento' e 'não merecimento' ao mencionar discriminações por ser 'gordinha', sendo esta aceita por julgar merecê-la, pois é um ato 'provocado' por ela. Contudo, não aceita ser discriminada pelo HIV por não ter 'procurado isso', e, portanto, não o merecer. A paciente molda sua vida de acordo com a 'lei' do merecimento e encontra-se em grande sofrimento por perceber que esta falhou com ela.

*[...] Eu já sempre passei por bullying, né, devido a ser gordinha. Então, eu vou viver até o fim da vida isso. Aí, outro bullying? Por que o HIV sendo que eu não procurei, eu não procurei aquilo? Quando a gente fica transando com um, com outro, então você já tá ciente que você possa ocorrer alguma coisa. Mas quando você não faz e aquilo chega até você, é uma coisa que te destrói, destrói a sua vida, né? [...] eu acho que tem que colher o que a gente planta, e eu não fiz isso, pra colher isso. (E10).*



## REPRESENTAÇÕES OTIMISTAS

As representações otimistas geralmente estão relacionadas com a superação da reprodução dos estigmas relacionados ao início da epidemia, possibilitada pela realidade que contradiz a expectativa.

### DIAGNÓSTICO COMO RENASCIMENTO

De acordo com alguns entrevistados, o HIV/Aids pode significar a retomada de planos e projetos de vida, além da prática de autocuidado e possibilidade de poder viver intensamente a vida sexual sem limitações, depois de superado o medo da morte e o de ser infectado pelo HIV.

*Então, para falar a verdade, eu acho que eu comecei a viver depois que eu descobri o HIV. É, porque, é uma loucura falar isso, mas foi a melhor coisa que aconteceu. Eu acho que eu me dei um pouco de autovalor, voltei a estudar, procurei um trabalho na minha área. [...] mas eu comecei a viver depois do HIV. Eu acho que, teoricamente, Deus [falou]: 'Vou parar ele aqui, pra ele...' [...] Um jeito de me parar né, porque eu 'tava' um pouco meio sem freio para algumas coisas. (E5, há três meses com HIV).*

*[...] Eu acho que o HIV, hoje, pra mim, representa uma nova vida [...] um novo recomeço [...] Me cuidar mais, né, me amar mais. E é isso, é viver intensamente. [...] Então, a minha nova vida vai ser essa: não me limitar, se entregar, viver, a diferença é que é com um pouquinho mais de cuidado, porque, primeiro, me tratando, eu 'tando' indetectável [...] agora é viver bem, intensamente, entendeu? (E12, uma semana vivendo com HIV, homossexual).*

### PARECER SAUDÁVEL

Não ter aparência de 'aidético', para si e para os outros, favorece a representação otimista do diagnóstico, pois pode mascará-lo, permitindo ao paciente mantê-lo em sigilo. Contudo, também evidencia o preconceito e

a desinformação das pessoas que creem que ter uma aparência saudável significa não ter o diagnóstico de HIV.

*[...] Graças a Deus, a minha aparência tá bem. Quando, às vezes, eu comento com alguém, assim, da minha confiança, as pessoas acham que eu não tenho isso, porque a minha aparência tá ótima. (E2).*

*Muita gente, muita ignorância ainda. Eu já briguei muito, entendeu? As pessoas: 'Ah, mas você não tem isso!' [por causa da aparência saudável] Como que você afirma que eu não tenho isso? Eu tenho como comprovar! [...] Ignorância total, desconhecimento. (E4).*

### DIAGNÓSTICO DE HIV, NÃO DE AIDS

Para alguns pacientes, a representação do diagnóstico é mais otimista por seu quadro não ter evoluído para Aids, por estarem apenas infectados pelo HIV, podendo controlar essa condição a partir da adesão contínua aos medicamentos.

*[...] meu medo era não ser HIV, até os exames saírem e tudo o mais. Podia ter se tornado Aids, né? (E5).*

*[...] na verdade, eu descobri, provavelmente, bem no começo, sempre fiz exames e não tive, talvez, nenhum efeito, não fiquei doente, talvez com a Aids mesmo, não tive problema nenhum. (E11).*

### PERTENCIMENTO AO GRUPO SOCIAL DE HOMOSSEXUAIS VIVENDO COM HIV

O diagnóstico de HIV positivo possibilita ao paciente de orientação homossexual o pertencimento completo ao grupo social no qual se vê. E esse pertencimento é importante, pois dá lugar, dá poder de fala e sentimento de inclusão e de igualdade junto aos demais integrantes do grupo ao qual pertence e em suas relações afetivas.

[...] É, [hesitação] eu não sei explicar, mas acredito que é sobre representar a minha realidade, porque eu represento agora as pessoas que têm HIV também, que são da minha comunidade e estão dispostas a lutar contra isso, a melhorar e a viver bem com essa realidade. (E6).

## REPRESENTAÇÃO INDUZIDA

Outra representação do diagnóstico percebida foi a analogia do HIV com outras doenças crônicas, absorvidas a partir de discursos dos profissionais de saúde, parecendo mais uma fala ‘induzida’ do que própria do paciente, e a qual não considera o peso do estigma do HIV ao compará-lo com outras doenças crônicas.

Essa analogia entre o HIV e as doenças crônicas mostram ora alívio do peso do diagnóstico, ora evidencia a contradição existente entre o fato de, mesmo lidando ‘bem’ com o diagnóstico, terem receio dos preconceitos relacionados à doença e manterem completo sigilo sobre ela.

*Aqui o [médico] me explicou que isso não é a morte, conversou comigo, falou que eu ia tomar o remédio e ia ficar bem, me explicou muita coisa [...] Ah, pra mim, significa que é uma coisa que dá pra tu viver, mas eu falo para os meus amigos não falar pra ninguém [...] Ah, eu falo assim, do preconceito, porque fica julgando ‘Ah, cê tem essa doença’, fica com medo, isso e aquilo, sabe? É isso. Por isso que eu não conto muito pra ninguém. (E7, mantém sigilo para maioria dos familiares e pessoas de convívio social).*

*[...] as explicações são muito didáticas, e acho que isso é muito importante, assim, você ser didático pra explicar pra pessoa que tá recebendo [o diagnóstico]. E essas didáticas, assim, me tranquilizou mais, porque [...] hoje eu entendo. Por exemplo, eu convivo com pessoas que também são assim, diabéticas, e eu vejo um drama que eu não passo. Mas é porque isso foi explicado, foi um processo de quebra de paradigmas meu. Então hoje é mais tranquilo, mas, assim, essa tranquilidade veio por*

*conta de uma explicação, de alguém daqui que me explicou. Eu acho que isso é muito importante. (E13).*

*Muito, muito, muito [preconceito em relação ao HIV]. É o que mais tem. Você falar que tem câncer, as pessoas pegam, te tratam bem, mas se você falar que você tem HIV, já é outro... Já te julga como prostituta, já acha que você já foi mulher de programa. (E10).*

*Representa, para mim, uma doença que eu tenho, uma comorbidade, que eu me cuido [...] não é o fim do mundo. Acho que, em comparação com algumas outras doenças que existe no mundo todo, é bem melhor ter HIV do que, por exemplo, algum tipo de câncer, que afeta muito mais a vida da pessoa. [...] Hoje, depois de seis meses, [lido] não normal, mas bem melhor do que no começo [riso abafado]. Então... eu vejo, ainda, o olhar das pessoas... continua com um preconceito muito grande... (E11, mantém sigilo diagnóstico absoluto).*

Abaixo, um entrevistado explicita seu método para lidar com o HIV, evidenciando o autoengano, ao fingir para si que faz uso de suplementos alimentares em vez da medicação para o HIV, além de assistir a vídeos sobre casos de sucesso. As estratégias do entrevistado mostram que a reclassificação do HIV como doença crônica não foi suficiente para mitigar seus medos, estigmas, preconceitos e para mantê-lo tranquilo, a despeito dos efetivos avanços e esforços combinados para diminuição dos estigmas do HIV/Aids ao longo de 40 anos.

*[...] Então, [o HIV] não faz diferença hoje. É como se eu tomasse remédio para pressão [...] Mas eu lido com um pouco de receio, [...] porque, na primeira semana, fiquei meio... depois que passou. Eu falei assim: ‘Eu vou viver com isso a vida inteira? Vou ter que tomar remédio, né? Vou! Porque o remédio é para sempre, não vai mudar. Como é que eu vou lidar com isso?’ Eu fico me autoanalizando, só que eu falei: ‘Não vai fazer diferença, é como se fosse vitamina para academia’ [...] Eu publiquei*

[rede social] ontem um vídeo de uma mulher que ela, ela engravidou, ela vive normal! [...] eu faço essas pesquisas [internet] todas pra me deixar tranquilo, eu ter certeza do que tá acontecendo, né? Acho que é uma autopreservação, eu não sei se é a palavra certa, do meu psicológico [...]. (E5).

A proposição do HIV/Aids enquanto doença crônica pode dar conforto às PVHA, entretanto, deixa sem qualquer perspectiva pacientes que evoluíram para Aids, uma vez que a ‘analogia’ não é mais possível por conta da manifestação da doença, e não é mais possível só tomar o remédio direito e viver bem. Esses pacientes vão de: ‘doença crônica’ para ‘doença fatal’.

As pessoas aceitam até mais o câncer ‘Olha, eu tenho câncer!’ Até se penaliza de você. Agora o HIV, não... o HIV tem muito preconceito [...] mas eu me sinto morta, eu sou morta-viva, eu perdi o sonho, a força, entendeu? [...] Eu ‘tô’ vivendo devido aos medicamentos, né? Se eu não tomar, eu vou cair, adoecer e morrer. [...] eu não tenho mais ânimo pra vida, não é mais a mesma coisa. Você não se sente mais aquela pessoa, assim: ‘Não, vou lutar, vou estudar, vou trabalhar, vou fazer isso, vou fazer aquilo’. Parece que, tipo assim: o seu tempo é curto aqui. ‘Tô’ sempre passando mal. Nunca consigo manter, ficar bem. É um mal-estar quando toma o remédio, se não tomar o remédio, também. Eu nunca deixei de tomar [...] agora, eu sou uma pessoa que eu sou, tipo, um robô monitorada por um remédio, porque se eu não tomar esse remédio, eu vou morrer. (E10, paciente com evolução para Aids).

### Hierarquia de preconceitos entre pessoas que não vivem com HIV, pessoas vivendo com HIV e pessoas com Aids

A partir dos relatos, observou-se a existência de uma certa ‘hierarquia’ de preconceitos entre pessoas em torno do HIV/Aids. Assim, quem faz uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

(método de prevenção da infecção pelo HIV pelo uso de antirretrovirais antes da exposição do paciente ao risco) discrimina a pessoa infectada pelo HIV, tida por ele como ‘aquele que não se preveniu’, por não ter usado a PrEP. Já o paciente infectado com HIV sem evoluir para Aids reproduz o mesmo olhar para o sujeito que vive com Aids, emitindo os mesmos julgamentos dos quais é vítima: ‘não se cuida’, ‘não adere ao tratamento’. Ao paciente com Aids, resta a última posição nessa cadeia de preconceitos.

[...] passa o tempo e você vê e entende que o HIV é diferente da AIDS [...] Que uma pode ser consequência da outra, mas não necessariamente. Então, essa tranquilidade só veio por conta do conhecimento. [...] É, infelizmente, tem algumas pessoas que ‘Ah!’, graças a Deus não foram infectadas, e que tomam PrEP e se acham, assim, tipo, melhores [do que quem vivem com HIV]. Que é uma realidade isso, sabe? Se acham blindadas ao HIV, sendo que existem tantas outras ISTs que são até um pouco mais complicadas, sabe, e tem essas coisas ‘Ah, mas não é HIV!’, e aí não tem uma proteção combinada [uso de preservativo], só fica no PrEP. [...] Ah, que colocam o HIV como sinônimo de Aids. [...] Aids é uma consequência de todo... de um não diagnóstico, de um não acompanhamento, de você não tomar a medicação e tal. Então, são coisas muito distantes das outras, quando você faz com que elas permaneçam distantes. (E13).

## Discussão

O presente artigo analisou a representação do diagnóstico de HIV positivo e seus estigmas na perspectiva de PVHA após quatro décadas da epidemia. Apesar dos inúmeros avanços clínicos que permitiram a diminuição da letalidade da doença e a possibilidade de o paciente conviver com o diagnóstico com qualidade de vida e por muitos anos, as representações sociais sobre o HIV/Aids não avançaram em consonância.

Estudos recentes<sup>8-10</sup> sobre as percepções de pacientes após 30 a 40 anos da epidemia, em contextos distintos aos nossos, corroboraram os resultados deste estudo, tais como medo de contaminação, da morte iminente, de possíveis efeitos da doença na aparência, da percepção da Aids enquanto castigo divino e da associação do diagnóstico às relações extraconjugais, com forte responsabilização do homem pelo contágio<sup>8-10</sup>. Fenômenos de culpabilização do paciente, que é julgado como pecaminoso e promíscuo por seu adoecimento, bem como sentimentos de susto, vergonha, terror, culpa e medo por parte das PVHA após a descoberta do diagnóstico também estão presentes<sup>10</sup>.

Apesar das inúmeras tentativas de superar o HIV/Aids enquanto um diagnóstico de uma população específica, no imaginário social, indivíduos em relações estáveis heterossexuais, principalmente, ainda se sentem imunes ao HIV, dificultando a adoção de atitudes preventivas<sup>10</sup>.

Os resultados ainda mostram a estreita relação dessas representações com os estigmas da doença, ainda presentes desde o início da epidemia<sup>8-15</sup>, causando muito sofrimento e estado de humor pessimista relacionado com o HIV. Os estigmas sociais são reforçados pela desigualdade social<sup>16</sup> e pelos retrocessos recentes nas políticas públicas e no enfrentamento do HIV/Aids.

Os estigmas sociais associados ao HIV/Aids se originam a partir de normas sociais anteriores à epidemia e das estruturas hierárquicas sociais que privilegiam as classes superiores e marginalizam os grupos sociais que não seguem a identidade dominante<sup>16</sup>, que tomam enquanto pecado determinados comportamentos sexuais (promiscuidade), para mulheres (prostituição) e homens (homossexualidade), com base na normatização da sexualidade, fundada nos valores judaico-cristãos que constroem a sociedade ocidental<sup>5,11,13,14</sup>. Pelo fato de a infecção pelo vírus HIV majoritariamente ocorrer pela via sexual, estigmas da homossexualidade, da prostituição e da promiscuidade se imbricaram de vez com

a doença, tida como punição divina<sup>11</sup>, tal como fora percebido nos relatos e nos autojulgamentos dos entrevistados.

Além disso, conforme sinalizado por aqueles que relataram sofrer discriminações pela crença infundada entre contaminação do HIV pelo uso de assentos sanitários ou mosquitos, historicamente, doenças infectocontagiosas são permeadas por estigmas de sujeira, pobreza, boemia, defeito hereditário, pecado e castigo<sup>17,18</sup>, que resultam em culpabilizações e associação com comportamentos desviantes.

A relação do HIV com doenças crônicas, enaltecida por profissionais de saúde, também verificada em outros estudos<sup>4-6,8,10</sup>, visa a atenuar o impacto do diagnóstico para quem recebe e a afastar do imaginário do paciente o estigma de morte iminente pela naturalização do conviver com o HIV<sup>19</sup>. Contudo, a aceitação acrítica dos conceitos de cronicidade para interpretar a epidemia do HIV/Aids gera consequências para as PVHA<sup>6</sup>, inclusive quando desmotiva pacientes a compartilharem com profissionais de saúde angústias, receios e medos de sofrerem preconceitos e discriminações pelos estigmas relacionados ao HIV/Aids.

Doenças que historicamente causaram muitas mortes, como a Aids, tendem a gerar medo na sociedade e a ser estigmatizadas, mesmo que a realidade tenha sido superada, como evidenciado pelos relatos dos entrevistados. De acordo com Elias<sup>22</sup>, o processo de desenvolvimento das sociedades ocidentais promoveu o afastamento da morte do cotidiano das pessoas por meio de vários fatores, como: avanço da medicina; transformação da morte pública (corpo velado dentro da casa) em privada (hospitais, cemitérios); adiamento do planejamento da morte, conquistado pelos avanços da expectativa de vida etc.

Assim, esse medo da morte é transferido, também, para os moribundos, promovendo a sua evitação, exclusão e marginalização<sup>22</sup>. Essa ideia auxilia a reflexão sobre o preconceito relacionado à imagem 'aidética', originária no início da epidemia, uma vez que fica evidente, no corpo moribundo, a possibilidade de

morte, a qual se quer negar. Essa representação continua, surpreendentemente, presente nas representações das PVHA, mesmo depois dos avanços na epidemia da Aids, e que, atualmente, não seja mais uma imagem usual.

Aqueles que conseguiram ressignificar as representações pessimistas iniciais do diagnóstico, a partir da não concretização das expectativas de morte iminente e aparência aidética, presentes no início da epidemia, puderam se beneficiar de uma relação mais apaziguadora com o diagnóstico, tais como os pacientes que narraram o HIV enquanto ‘renascimento’, ‘parecer saudável’, ‘diagnóstico de HIV, não de Aids’ e ‘pertencimento ao grupo social de homossexuais vivendo com HIV’.

O HIV/Aids, enquanto experiência marcante, pode gerar a transformação de hábitos de vida do paciente, como maior autocuidado físico e mental e maior vontade de viver após o diagnóstico<sup>23</sup>, como observado em alguns relatos com representações otimistas, fruto das ações intersetoriais de enfrentamento do HIV/Aids.

A representação do diagnóstico enquanto sentimento de pertencimento de pacientes homossexuais com HIV pode ser explicada pela necessidade social do ser humano de sentir-se fazendo parte de grupos identitários, o que é primordial para o suporte e a construção de laços afetivos e de confiança entre as pessoas<sup>24</sup>.

A hierarquia de preconceitos envolvendo pessoas que fazem uso da PrEP, que vivem com HIV e que vivem com Aids, foi observada em mais de um relato. Esse comportamento não era possível nos primórdios da epidemia, uma vez que não havia prevenções como a PrEP, nem tratamento medicamentoso para prevenir a evolução do HIV para Aids.

Essa dinâmica salienta a interiorização de valores morais dominantes na sociedade, fazendo com que ele reproduza contra si o mesmo preconceito que recebe<sup>18</sup>. Situação semelhante foi verificada quando um paciente negou que sua hospitalização fosse em decorrência da Aids, possivelmente para

proteção do seu preconceito e de terceiros. O autoengano com relação à Aids também pode estar relacionado com o medo de morte iminente<sup>22</sup>.

Ademais, esse tipo de julgamento enuncia uma concepção de vida onde o conhecimento sobre formas de prevenção seria suficiente para evitar a infecção.

A esse respeito, o comportamento hiperpreventivo<sup>25</sup> pressiona os indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis, visando à sua vitalidade e longevidade. O problema constitui-se pelo fato de disciplinar a vida dos sujeitos, vendendo a crença de evitação dos riscos à saúde, por meio da medicalização da vida<sup>25</sup>. Segundo Castiel<sup>25</sup>, quem não segue estritamente o modelo preventivista pode ser estigmatizado, culpabilizado por seu adoecimento e sofrer preconceitos por parte da sociedade que segue a hiperprevenção, tal como observado nos julgamentos entre pessoas que fazem uso da PrEP e as PVHA.

O sentimento de superioridade por quem se previne, mostrado na hierarquia de preconceitos, também está relacionado com a hiper-responsabilização das PVHA, às quais é atribuída toda a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso na adesão ao tratamento, na prevenção do HIV e na evitação de novos casos<sup>26</sup>.

Esta análise não representa uma crítica às medidas de proteção à infecção ou adesão ao tratamento do HIV, mas uma reflexão frente a uma ciência calcada exclusivamente nos riscos e na medicalização da vida, bem como em suas consequências na geração de julgamento e sofrimento às PVHA.

Com relação às limitações, acredita-se que a pandemia da Covid-19, a não permissão de entrevistar pacientes incluídos em outras pesquisas clínicas, bem como o fato de o estudo ter ocorrido em instituição de referência em doenças infectocontagiosas são fatores que podem ter restringido o acesso aos participantes e influenciado os resultados. Assim, recomendam-se estudos semelhantes em outros contextos.

## Conclusões

A complexidade do diagnóstico de HIV/Aids devido aos estigmas repercute nas relações familiares, sociais, afetivas, trabalhistas e de cuidado de saúde.

Ao longo desses 41 anos de epidemia, observaram-se diversas ações intersetoriais conjuntas entre as Organizações Não Governamentais e o governo brasileiro, objetivando a diminuição dos estigmas do HIV/Aids, por meio do fortalecimento das redes de apoio e garantia de direitos às PVHA, além de atuarem para além dos estigmas do HIV/Aids, incluindo as demais formas de opressão: gênero, sexualidade, raça e classe social<sup>27</sup>. Atuou-se, também, na inclusão do HIV/Aids no cenário político nacional e na criação de campanhas e legislações que protejam PVHA contra vivências de estigmas e discriminações<sup>28</sup>. Essas ações geraram muitos ensinamentos, mas fazem-se necessários novos esforços para enfrentar os desafios que permanecem, visando a superar as marcas do início da epidemia nas representações do diagnóstico de HIV/Aids.

Assim, coloca-se em evidência o papel dos serviços de saúde na diminuição dos

estigmas, uma vez que o cuidado de saúde integral não se restringe a testar e tratar. Dessa forma, os serviços de saúde necessitam valorizar a escuta, os dilemas e as angústias dos pacientes em decorrência dos estigmas, auxiliando na sua ressignificação, fonte de grande sofrimento. Para tal, também serão necessários espaços para que os próprios profissionais de saúde compartilhem as suas representações pessoais relacionadas ao HIV/Aids, que tomem conhecimento e reflitam sobre as das PVHA.

Apesar dos avanços na prevenção e no tratamento, o retorno dessas ações será aquém do desejado se os estigmas e a discriminação se mantiverem nos patamares atuais. Nesse tocante, a prestação do cuidado de saúde e a educação permanente junto aos profissionais de saúde configuram-se como locus privilegiado.

## Colaboradoras

Muniz CG (0000-0001-6170-4464)\* e Brito C (0000-0002-7982-6918)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Nações Unidas, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Estatísticas Brasil. 2022. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>.
2. Gadelha AJ, Accacio N, Costa RLB, et al. Morbidity and survival in advanced Aids in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Inst. Med. Trop.* 2002; (44):179-186.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília, DF: MS; 2021.
4. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet.* 2013; 382(9903):1525-1533.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Siegel K, Lekas HM. AIDS as a chronic illness: psychosocial implications AIDS. 2002; 16(supl4):69-76.
6. Colvin CJ. HIV/AIDS, chronic diseases and globalisation. *Global Health*. 2011; 7(31).
7. Seben G, Gauer GJC, Giovelli, et al. Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença. *Rev Psic. Vetor Editora*. 2008; 9(1):63-72.
8. Sousa LRM, Moura LKB, Valle ARMC, et al. Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. *Rev. Bras. Enferm*. 2019; 72(5):1192-1199.
9. Abreu PD, Araújo EC, Vasconcelos EMR, et al. Representações sociais de mulheres transexuais vivendo com HIV/Aids. *Rev. Bras. Enferm*. 2020; 73(3):01-07.
10. Freire DA, Oliveira TS, Cabral JR, et al. Representações sociais do HIV/AIDS entre gestantes soropositivas. *Rev. Esc Enferm. USP*. 2021; (55):01-09.
11. Villela WV, Monteiro SS. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(3):531-540.
12. Monteiro SS, Villela W. Estigma, pânico moral e violência estrutural: o caso da Aids. In: *Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o debate III*; 2019; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids; 2019. p. 4-13.
13. Parker RG, Aggleton P. *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2001.
14. Ainlay SC, Becker G, Colman LMA. Stigma reconsidered. In: Ainlay SC, Becker G, Colman LMA, editores. *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum; 1986. p. 1-13.
15. Parker RG. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: Monteiro S, Villela W. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
16. Souza J. *Ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
17. Pôrto A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(supl1):43-49.
18. Fernandes TS, Pedrosa NS, Garcia MKQ, et al. Estigma e preconceito na atualidade: vivência dos portadores de tuberculose em oficinas de terapia ocupacional. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2020; 30(1):e300103.
19. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfer*. 2011; 19(3):1-8.
20. Bezerra STF, Silva LF, Guedes MVC, et al. Percepção de pessoas sobre a hipertensão arterial e conceitos de Imogene King. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010; 31(3):499-507.
21. Francioni FF, Silva DGV. O processo de viver saudável de pessoas com diabetes mellitus através de um grupo de convivência. *Text. Cont. Enferm*. 2007; 16(1):105-111.
22. Elias N. *A Solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
23. Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(9):2023-2033.
24. Brotto AM, Rosaneli CF, Piloto RF. Identificação e pertencimento: a importância de construir laços que aproximam pessoas com doenças raras. *Fed. Nac. das Apaes – Fenapaes*. 2020; 13(1):3-16.
25. Castiel LD. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação Social da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 161-176.

26. Salvadori M, Hahn GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/Aids. *Rev. Bioét.* 2019; 27(1):153-163.
27. Silva CRC. A Amizade e a Politização de Redes Sociais de Suporte: reflexões com base em estudo de ONG/Aids na Grande São Paulo. *Saúde Soc.* 2009; 18(4):721-732.
28. Campos LCM, Mendonça P. Provisão compartilhada de Serviços Públicos: configuração e desafios a partir da análise da Política Nacional de Combate ao HIV/Aids. *Revista Econ. Gest.* 2010; 10(23):100-117.

---

Recebido em 01/05/2022

Aprovado em 12/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na modalidade GM, e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)



# Reconectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids

*Reconnecting lives: health care practices from the perspective of People Living With HIV/AIDS*

Rose Ferraz Carmo<sup>1</sup>, Heliana Conceição de Moura<sup>2</sup>, Rafael Sann Ribeiro<sup>2</sup>, Larissa Cecília dos Santos<sup>2</sup>, Carlos Magno Silva Fonseca<sup>2</sup>, Zélia Maria Profeta da Luz<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213511

**RESUMO** O estudo teve como objetivo identificar estratégias para qualificar as práticas de cuidado em saúde destinadas às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), sobretudo o acolhimento nos serviços de saúde. Foram realizadas, entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022, quatro oficinas pedagógicas em que PVHA residentes em Belo Horizonte e Região Metropolitana de Belo Horizonte foram convidadas a compartilhar suas vivências com HIV/Aids e a refletir sobre como grupos formais e informais, representados graficamente pela técnica do Diagrama de Venn, podem contribuir para qualificar práticas de cuidados em saúde destinadas às PVHA. Participaram do estudo 20 PVHA, 13 homens cisgênero; 6 mulheres cisgênero e 1 mulher transgênero. Os elementos incluídos nos Diagramas foram categorizados nas dimensões: estrutural, informacional e relacional. Os resultados demonstraram que, apesar de avanços na dimensão estrutural, evoluiu-se muito pouco no que diz respeito a elementos centrais das dimensões relacionais e informacionais. As metáforas moralizantes sobre HIV/Aids e o estigma permanecem modelando práticas de cuidado à saúde de PVHA enfatizando a urgência da reconstrução dessas práticas. Compreende-se que essa reconstrução exige o resgate da participação e da cidadania, alicerçada pelo fortalecimento das políticas de assistência e prevenção ao HIV/Aids e pela garantia dos direitos humanos.

**PALAVRAS-CHAVE** HIV. Aids. Humanização da assistência. Estigma social. Participação da comunidade.

**ABSTRACT** *The study aimed to identify strategies to qualify the practices of health care destined to People Living With HIV/AIDS (PLWHA), especially the accompanying at health care services. Four pedagogical workshops were carried out, between September 2021 and February 2022, in which PLWHA who live in Belo Horizonte and Metropolitan region were invited to share their experiences regarding HIV/AIDS and to reflect about how formal and informal groups, represented graphically by the technique of Venn Diagram, can contribute to qualify health care practices destined to PLWHA. Twenty PLWHA joined the study; thirteen cisgender men, six cisgender women and one trans woman. The elements included at the Diagram have been categorized at dimensions: structural, informational, and relational. The results demonstrate that, despite the advance at structural dimension, we have evolved very little when it comes to main elements from relational and informational dimensions. The morals metaphors about HIV/AIDS and the stigma remain modeling practices of health care for PLWHA, emphasizing the urgent reconstruction of these practices. We comprehend that this reconstruction demands the rescue of the participation and citizenship, consolidated by the empowerment of assistance policies and prevention to HIV/AIDS as well the assurance of human rights.*

**KEYWORDS** HIV. AIDS. Humanization of assistance. Social stigma. Community participation.

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.  
rferrazcarmo@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou - Belo Horizonte (MG), Brasil.



## Introdução

A produção de Ricardo Ayres<sup>1,2</sup> guiou estas reflexões sobre o cuidado integral e humanizado à saúde. É dele o trecho a seguir.

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos... Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato<sup>1(19)</sup>.

Esse trecho, especificamente, revela elementos essenciais utilizados por um grupo de pesquisa nas discussões sobre as práticas de cuidado à saúde, sobretudo o acolhimento às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) nos serviços de saúde de Belo Horizonte e Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH).

O primeiro elemento diz respeito à limitação da prática do cuidado como ‘intervenção sobre um objeto’, o que vincularia o cuidado a uma dimensão puramente tecnicista, desconsiderando a sua dimensão inexoravelmente ética, afetiva e estética<sup>1</sup>.

O lugar dos sujeitos nas práticas de saúde é o segundo elemento presente no trecho, relativo à identidade dos destinatários das práticas de cuidado em saúde, compreendidos como seres autênticos, com necessidades, projetos de vida e capacidades diversas, inclusive de produção de sua própria história<sup>1</sup>.

A partir desses elementos, assumiram-se neste estudo as práticas de cuidado em saúde como aquelas imediatamente interessadas na vivência das PVHA com o adoecimento e com as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>2</sup>, possibilitando, dessa forma, o estabelecimento de uma relação de escuta com compartilhamento de vivências e construção conjunta de diferentes estratégias para a melhoria da saúde.

Compreende-se o acolhimento como uma dimensão do cuidado integral e humanizado em saúde.

Neste artigo, trazem-se os resultados de oficinas pedagógicas realizadas com PVHA, que tiveram como objetivo identificar estratégias de/para qualificar as práticas de cuidado às PVHA com ênfase ao acolhimento nos serviços de saúde.

As oficinas fazem parte do Projeto Reconectando Vidas, desenvolvido pelo grupo de pesquisa Saúde, Educação e Cidadania (SEC), do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, na área de saúde coletiva. O Reconectando Vidas foi lançado em um webinar em agosto de 2020, com a participação de PVHA ligadas a movimentos sociais de Belo Horizonte, da RMBH e do Rio de Janeiro. Além das oficinas, o projeto utiliza outros caminhos metodológicos, como produção de documentário, redação de cartas e desdobramentos de projetos com profissionais de saúde. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – parecer número 4.696.228.

## Material e métodos

A abordagem qualitativa norteou o estudo, já que permitiria, como aponta Minayo<sup>3</sup>, compreender a lógica interna de grupos quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos, quanto a relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais e quanto a processos históricos, sociais e de implementações de políticas públicas e sociais.

### Construção por pares

A equipe do projeto contou com a participação de duas PVHA, ativistas de movimentos sociais ligados à temática do HIV/Aids. Além disso, uma das participantes da equipe atuava também na Rede de Atenção à Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte realizando o acolhimento de PVHA. Todos participaram de forma efetiva em todas as etapas do estudo: concepção, redação, execução.

## Oficinas pedagógicas

Apoiados na produção da educadora Vera Maria Candau<sup>4</sup>, realizaram-se oficinas pedagógicas como espaços coletivos de expressão e construção de saberes. Para a educadora, as oficinas são unidades produtivas de conhecimentos a partir de uma realidade concreta, para serem transferidas a essa realidade a fim de transformá-la.

As duas PVHA integrantes da equipe de pesquisa foram responsáveis pela maior parte dos convites para participação no projeto, com exceção de dois participantes que foram convidados por um outro integrante da equipe de pesquisa com inserção em movimentos sociais. Acredita-se que a possibilidade de o convite ter sido realizado por pares contribuiu para adesão ao estudo.

As PVHA eram convidadas a participar das oficinas e, caso aceitassem, preenchiam, via *e-mail*, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O critério de distribuição dos/as participantes em cada oficina foi a disponibilidade para participar. Em cada oficina, buscou-se conformar um grupo heterogêneo no que diz respeito ao sexo e ao local de moradia.

Todas as oficinas foram gravadas em áudio e vídeo. Era solicitado aos/às participantes que as câmeras permanecessem abertas durante toda a oficina. Em alguns momentos, devido a problemas de conectividade, alguns/as participantes precisavam fechar as câmeras, mas, sempre durante os depoimentos, as câmeras eram abertas.

Durante as oficinas, realizadas entre setembro de 2021 e fevereiro de 2022, em formato on-line devido à pandemia de Covid-19, utilizaram-se duas técnicas: *Árvore da Vida*<sup>5</sup> e *Diagrama de Venn*<sup>6</sup>.

A *Árvore da Vida* consiste em uma prática narrativa coletiva em que situações traumáticas, valores e habilidades são trabalhados a partir da figura da árvore como metáfora<sup>5</sup>. Essa técnica inaugurava as oficinas e tinha a intencionalidade de contribuir para o

processo de externalização do viver com HIV/Aids pelos/as participantes desde a busca pelo diagnóstico. Partiu-se do pressuposto, apresentado por Paschoal e Grandesso<sup>5</sup>, de que, ao construir uma metáfora, é possível concretizar o entendimento de uma situação como externa a si mesmo e visualizar possíveis alternativas para a ela, favorecendo, inclusive, a construção de novos significados.

Era pedido a cada participante que falasse sobre os componentes da sua árvore, e a integrante da equipe de pesquisa responsável por conduzir essa etapa da oficina registrava as falas no *jamboard*. Cada parte da árvore representava um aspecto da vida do/a participante: as raízes representavam as tradições e origens – étnicas, religiosas, lugares de onde vêm, entre outros; o solo no qual a árvore está plantada dizia respeito ao local onde eram registradas as atividades em que as pessoas estão envolvidas no dia a dia; o tronco estimulava as pessoas a falarem sobre suas habilidades e valores; os galhos significavam as esperanças, os sonhos e os desejos dos/as participantes em relação ao seu futuro; as folhas da árvore representavam as pessoas importantes na vida, tanto vivas quanto mortas, ou, até mesmo, animais de estimação, personagens históricos, líderes ou outros; e, por fim, as frutas representavam os presentes que foram dados para a pessoa. Agregada a essa metodologia, as sementes convidavam os/as participantes a pensar no que gostariam de deixar como sua contribuição – uma espécie de transcendência.

Após a construção da *Árvore da Vida*, os/as participantes da oficina eram convidados/as a utilizar uma ferramenta de diálogo denominada *Diagrama de Venn*<sup>6</sup>. Consideramos o *Diagrama de Venn* como uma ‘ferramenta de diálogo’. Usou-se essa denominação como uma referência à compilação de Faria e Ferreira Neto<sup>6</sup> sobre técnicas de Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) e à compreensão de que o acrônimo

DRP pode representar, como neste estudo, técnicas que motivam o Diálogo, a Reflexão e o Planejamento e, também, de que

não há diálogos sem sujeitos, sem aqueles que se expõem e se dispõem às trocas, que se expressam e se abrem às ideias e aos conceitos de um outro alguém, na busca por novos entendimentos<sup>6(9)</sup>.

O Diagrama de Venn corresponde a um diagrama de círculos de diferentes tamanhos, dispostos de forma a representar as relações existentes entre eles. Cada círculo representa um grupo formal ou informal da sociedade. Durante a construção do Diagrama, dois aspectos deveriam ser considerados: 1) tamanho do círculo: referente ao poder do grupo, sua capacidade efetiva de atingir seus objetivos; 2) posicionamento do círculo: referente à relação entre diferentes grupos que compõem o Diagrama. Se os grupos são parceiros, por exemplo, são localizados próximos, podendo inclusive se sobrepor um ao outro, parcial ou integralmente. Caso os grupos possuam objetivos, concepções e/ou práticas antagônicas, diversas, devem estar localizados distantes um do outro<sup>6</sup>.

A construção do Diagrama de Venn foi norteadada por uma pergunta: como a correlação de forças representada pelo Diagrama poderia contribuir para efetivação de estratégias de qualificação do acolhimento a PVHA?

Dessa forma, ao final das oficinas pedagógicas, além dos Diagramas construídos, tinham-se também propostas de estratégias para qualificação das práticas de cuidados em saúde, sobretudo o acolhimento às PVHA.

Iniciava-se a construção do Diagrama de Venn com um círculo representando o grupo da PVHA já desenhado na tela do *jamboard*, sinalizando a centralidade do grupo no processo metodológico da pesquisa e, mais do que isso, o entendimento sobre a importância da participação das PVHA nos

processos de elaboração, implementação e/ou fortalecimento das políticas públicas destinadas às PVHA.

À medida que os/as participantes iam incluindo novos elementos ao Diagrama de Venn, um/a integrante do grupo de pesquisa os registrava no *jamboard*. Dessa forma, o Diagrama era desenhado de forma síncrona.

Compreende-se que o processo de construção do Diagrama de Venn era sugerido pela equipe de pesquisa, e que deveria permitir a reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde voltadas às PVHA. No entanto, a despeito disso, os/as participantes protagonizaram o processo de construção, discutindo e deliberando sobre os componentes de cada círculo, suas dimensões, tamanho e distância entre eles.

Destaca-se que os integrantes da equipe de pesquisa que tinham contato direto com as PVHA, seja em movimentos sociais, seja em serviços de saúde, atuaram como relatores durante as oficinas pedagógicas. A condução foi realizada por outros integrantes da equipe para evitar possíveis vieses.

## Participantes do estudo

Considerando que em estudos qualitativos a amostra deve ser representativa da relevância do fenômeno em estudo em termos de experiência e envolvimento dos participantes com o fenômeno de interesse<sup>7</sup>, trabalhou-se com uma amostra intencional não probabilística. Os critérios de inclusão no estudo foram: viver com HIV/Aids; ser maior de 18 anos, concordar em participar do estudo a partir da assinatura do TCLE; residir em Belo Horizonte ou RMBH. Compreendendo os critérios de exclusão como característica ou circunstância que impede a inclusão do sujeito no estudo, apesar de cumprir os critérios de inclusão, não houve, no estudo, esse critério.

A diversidade de participantes, no que diz respeito ao gênero, orientação sexual e forma de infecção com o vírus, assegurou

experiências e expressões que possibilitaram compreender o quadro empírico envolvido com as práticas de cuidados em saúde relacionadas com o HIV/Aids, fundamental para a postura propositiva da oficina pedagógica de identificação/construção de estratégias de qualificação do acolhimento às PVHA nos serviços de saúde.

Todos/as os/as participantes foram convidados/as a participar do estudo inicialmente via contato telefônico (ligação ou mensagem) por um dos/as participantes do grupo de pesquisa ligado/a a movimentos sociais. Posteriormente, era enviado o *e-mail* com a descrição detalhada do projeto e o TCLE para assinatura.

## Análise dos dados

Inicialmente, fez-se uma análise dos Diagramas elaborados em cada uma das quatro oficinas pedagógicas realizadas, de forma a categorizar os elementos incluídos pelos/as participantes.

A partir dessa análise, categorizaram-se os elementos dos Diagramas em três dimensões: a) Estrutural; b) Informacional; e c) Relacional.

A categorização não teve a pretensão de ser estática e definidora, alguns elementos se

intercambiam entre as dimensões, conformando uma teia de relações e significados inerentes à complexidade das práticas de cuidado em saúde relacionadas com as PVHA.

## Resultados e discussão

### Caracterização dos/as participantes

Foram realizadas quatro oficinas on-line entre os meses de setembro de 2021 e fevereiro de 2022.

Participaram das oficinas 13 (65%) homens cisgênero; 6 (30%) mulheres cisgênero e 1 (5%) mulher transgênero. Entre os homens, 1 (7,7%) era heterossexual; e 12 (92,3%), homossexuais. Entre as mulheres, 6 (85,7%) eram heterossexuais; e 1 (14,3%), bissexual.

Com relação à etnia, os participantes se declararam: árabe (1 – 7,7%); branco (2 – 15,4%); latino (1 – 7,7%); pardo (5 – 38,4%) e preto (4 – 30,8%). Já as participantes se declararam: brancas (2 – 28,6%); pardas (2 – 28,6%) e pretas (3 – 42,8%).

A *tabela 1* apresenta a caracterização dos/as participantes de acordo com a faixa etária.

Tabela 1. Caracterização dos/as participantes da oficina pedagógica segundo faixa etária e sexo, Belo Horizonte, setembro de 2021 e fevereiro de 2022

Faixa etária	Homens N (%)	Mulheres N (%)
18 a 24 anos	-	1 (14,3%)
25 a 34 anos	8 (61,5%)	3 (42,8%)
35 a 44 anos	4 (30,7)	1 (14,3%)
45 a 54 anos	-	2 (28,6%)
55 a 64 anos	1 (7,8%)	-
<b>Total</b>	<b>13 (100%)</b>	<b>7 (100%)</b>

Fonte: elaboração própria.

A escolaridade dos/das participantes esteve entre ensino superior completo (12 – 60%); ensino superior incompleto (1 – 5%);

pós-graduação (4 – 20%) e ensino médio (3 – 15%). A *tabela 2* apresenta a caracterização dos/as participantes de acordo com a renda.

Tabela 2. Caracterização dos/as participantes da oficina pedagógica segundo a renda, Belo Horizonte, setembro de 2021 a fevereiro de 2022

Renda	Número	Percentual
1 a 2 salários mínimos	11	55%
2 a 3 salários mínimos	3	15%
3 a 4 salários mínimos	1	5%
4 a 5 salários mínimos	3	15%
5 a 10 salários mínimos	1	5%
Maior que 10 salários mínimos	1	5%
Total	20	100%

Fonte: elaboração própria.

É importante destacar que 12 (60%) dos/as participantes eram envolvidos de alguma forma com movimentos sociais. Quatro (20%) participantes receberam o diagnóstico para HIV há menos de cinco anos, sendo que um (5%) deles recebeu o diagnóstico há menos de um ano.

As formas de transmissão do vírus foram:

vertical (1 – 5%); compartilhamento de agulha durante uso de droga injetável (1 – 5%); e sexual (18 – 90%).

Em cada uma das quatro oficinas, houve a participação de cinco pessoas. A *tabela 3* apresenta a caracterização dos/das participantes de acordo com a oficina pedagógica.

Tabela 3. Caracterização dos/as participantes do estudo segundo a oficina pedagógica, Belo Horizonte, setembro de 2021 a fevereiro de 2022

	Oficina 1 N (%)	Oficina 2 N (%)	Oficina 3 N (%)	Oficina 4 N (%)
<b>Gênero</b>				
Mulher cisgênero	2 (40)	2 (40)	1 (20)	1 (20)
Mulher transgênero	-	-	1 (20)	-
Homem cisgênero	3 (60)	3 (60)	3 (60)	4 (80)
<b>Escolaridade</b>				
Ensino superior completo	3 (60)	2 (40)	4 (80)	3 (60)
Ensino superior incompleto	1 (20)	-	-	-
Pós-graduação	1 (20)	2 (40)	-	1 (20)
Ensino médio	-	1 (20)	1 (20)	1 (20)
<b>Idade</b>				
18 a 24 anos	-	-	1 (20)	-
25 a 34 anos	3 (60)	3 (60)	2 (40)	3 (60)
35 a 44 anos	2 (40)	1 (20)	1 (20)	1 (20)
45 a 54 anos	-	1 (20)	-	1 (20)
55 a 64 anos	-	-	1 (20)	-
<b>Renda</b>				
1 a 2 salários	2 (40)	3 (60)	4 (80)	2 (40)
2 a 3 salários	1 (20)	-	-	2 (40)

Tabela 3. (cont.)

	Oficina 1 N (%)	Oficina 2 N (%)	Oficina 3 N (%)	Oficina 4 N (%)
3 a 4 salários	1 (20)	-	-	-
4 a 5 salários	-	1 (20)	1 (20)	-
5 a 10 salários	-	-	-	1 (20)
Maior que 10 salários	1 (20)	-	-	-

Fonte: elaboração própria.

## Árvore da Vida

Os elementos utilizados pelos/as participantes durante a construção metafórica da Árvore da Vida foram retomados durante a construção do Diagrama de Venn, já que a reflexão sobre as práticas de cuidado à saúde perpassa as vivências das PVHA, sobretudo com os serviços de saúde.

Além disso, a técnica contribuiu para a construção de um ambiente favorável à abordagem do tema, que mobiliza tão intimamente a história de vida das pessoas e que ainda é tão permeado por estigmas.

## Diagramas de Venn

Ainda que a pergunta disparadora tenha sido a mesma, cada Diagrama de Venn continha particularidades que refletiam a história de vida de cada participante e a relação estabelecida

entre os/as participantes de cada oficina. Como apontam Faria e Ferreira Neto<sup>6</sup>, a riqueza da ferramenta de diálogo encontra-se nos caminhos percorridos para sua elaboração, nas discussões, pautas, perguntas, descobertas e propostas advindas desse processo.

As representações gráficas dos Diagramas (*figura 1*) demonstram que os/as participantes inseriram, além de grupos formais e não formais, como solicitado no início das oficinas, outros elementos que não podem ser identificados exatamente como grupos. Alguns exemplos são: instituições (Ministério da Educação, Instituições de Ensino e Pesquisa); variáveis sociais (desigualdades territoriais; educação); princípios do Sistema Único de Saúde – SUS (controle social); meios e formas de comunicação (mídia, divulgação da ciência, comunicação formal); áreas de conhecimentos (ciência, saúde mental).

Figura 1. Diagramas de controle elaborados pelos participantes das oficinas pedagógicas, Belo Horizonte, setembro de 2021 a fevereiro de 2022

### Diagrama 1



Diagrama 2



Diagrama 3

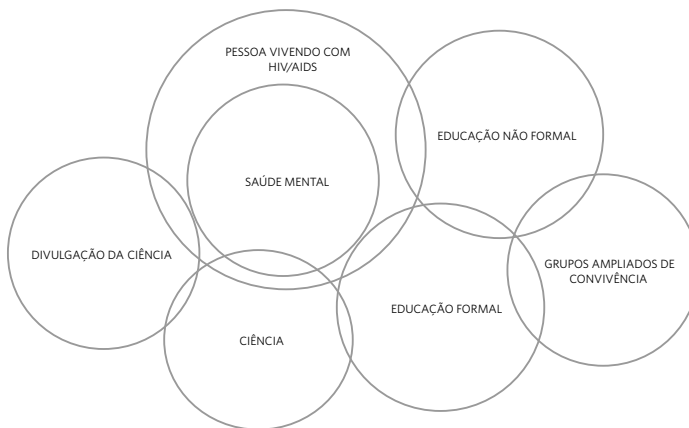
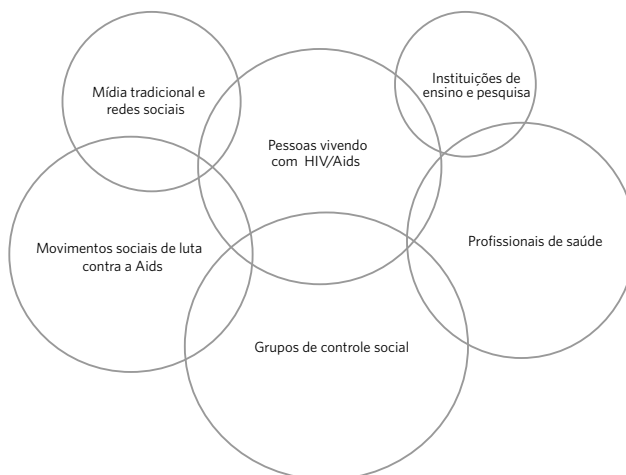


Diagrama 4





## As dimensões dos Diagramas de Venn

### DIMENSÃO ESTRUTURAL

[...] o próprio ser social de sua vítima é então posto em questão - sua cidadania é colocada em parênteses<sup>8</sup>.

Foram incluídos na Dimensão Estrutural os elementos: Desigualdades territoriais; Saúde mental e saúde mental dentro dos Serviços de Atenção Especializada (SAE); Direito à saúde reprodutiva e sexual; Educação Formal e Educação incluindo execução e fiscalização (*figura 1*).

Os elementos da Dimensão Estrutural colocam em cena a discussão sobre a cidadania, que é suspensa, como aponta Sontag<sup>9</sup>, pelo acometimento do corpo biológico por uma enfermidade povoada por metáforas estigmatizantes. Todavia, suspensa também por contextos políticos, econômicos e sociais avessos ao seu pleno exercício, como na emergência da Aids no Brasil, em que a sociedade procurava restabelecer uma democracia participativa após duas décadas de regime autoritário<sup>10</sup>, bem como na conformação de ‘um espaço sem cidadãos’<sup>11</sup>, assolado por desigualdades de acesso a elementos estruturais dos Diagramas como Educação e Saúde. Além disso, não há como isolar a análise dessas desigualdades sociais das desigualdades territoriais. Portanto, como aponta Santos<sup>11(151)</sup>,

[...] seu tratamento não pode ser alheio às realidades territoriais. A República somente será democrática quando considerar todos os cidadãos como iguais, independente do lugar onde estejam. O cidadão é o indivíduo num lugar.

O acesso, por exemplo, a Redes de Atenção à Saúde (RAS) mais organizadas, com fluxos de cuidado compartilhados bem estabelecidos, difere de acordo com a localidade. Os participantes da oficina 2 eram residentes em

Belo Horizonte e/ou RMBH e tinham acesso a uma RAS organizada. Contudo, não são raros os relatos de PVHA que deslocam o local do tratamento para outra regional de saúde, município e até mesmo estado, sobretudo quando residem em municípios de pequeno porte, para não serem reconhecidos em filas de espera por vizinhos, família, chefes e colegas de trabalho, revelando, assim, o estigma em torno da sorologia positiva.

O sofrimento e as privações vivenciadas no cotidiano de PVHA diante da possibilidade de quebra do sigilo sobre o seu diagnóstico foram destacados por Sciarotta et al.<sup>12</sup> em estudo que pretendeu analisar elementos relacionados com a gestão do sigilo diagnóstico de HIV em cenário de descentralização do cuidado com a PVHA para a Atenção Primária à Saúde (APS). As autoras e o autor ponderam a ambígua repercussão da territorialidade da APS brasileira no cuidado às PVHA, já que pode ampliar o acesso e o risco de quebra do sigilo, sendo fundamental a reorganização das práticas de cuidado, bem como de efetivação de políticas públicas de enfrentamento da discriminação e do estigma<sup>12</sup>.

Os efeitos paradoxais da lógica territorial, assim como a necessidade de novos arranjos para organização dos processos de trabalho que evitem a ampliação de vulnerabilidades, foram também apontados em estudo que buscou analisar implicações da descentralização da assistência de PVHA para a APS<sup>13</sup>.

A inclusão da saúde mental no Diagrama de Venn, especificamente dentro dos SAE, como uma estratégia para qualificar o acolhimento, deslocou as práticas de cuidado em direção aos profissionais de saúde a partir do reconhecimento das fragilidades e demandas de saúde experimentadas por essa categoria.

Ayres<sup>1</sup> convoca a refletir sobre a reconstrução das práticas de cuidado em saúde de forma ‘reconciliadora’ a partir do entendimento de que

Existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo

entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz<sup>(62)</sup>.

Compreende-se que esse movimento reconciliador exigirá atenção e comprometimento com o ‘outro’ e ‘consigo’ mesmo, e o olhar atento dos/as participantes do estudo em direção aos profissionais aponta que é possível a reconstrução das práticas de cuidado em saúde, com destaque para o acolhimento humanizado.

Apesar do círculo que contém o elemento Direito à saúde reprodutiva e sexual ser o menor do Diagrama 1 (*figura 1*) e, também, quando comparado ao outros Diagramas construídos, destacamos que a temática assumiu centralidade nas discussões da oficina pedagógica em que foi elaborado devido às vivências de duas participantes com o tema. Uma delas esteve inserida na equipe de um estudo com mulheres soropositivas que tinham o desejo de engravidar e relatou o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a temática. Outra jovem participante que convivía com dúvidas e angústias em torno do desejo da maternidade e do pleno exercício de sua sexualidade – angústias potencializadas pelo acolhimento desastroso recebido em um serviço de saúde.

Entre os muitos sentidos e significados embricados no não reconhecimento do direito à saúde reprodutiva e sexual de mulheres soropositivas, acredita-se que a metáfora da moralidade ressoe fortemente. Como aponta Sontang<sup>9(98)</sup>, “O comportamento perigoso que produz a AIDS é encarado como algo mais do que fraqueza. É irresponsabilidade, delinquência...” e, portanto, inabilitaria a mulher de exercer a maternidade.

A dimensão estrutural é abordada, em certa medida, na publicação oriunda do ‘I Seminário Amazonense de HIV/Aids, Gênero e Sexualidade: políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento’ ao enfatizar a necessidade de respostas políticas para vetores de vulnerabilização como pobreza, racismo e misoginia, a partir de uma perspectiva centrada na lógica dos direitos humanos<sup>14</sup>.

## DIMENSÃO INFORMACIONAL

Assolam-me as imagens, rasgam-me as metáforas Insidiosas<sup>15</sup>.

A Comunicação Formal e Informal; a Mídia Tradicional e as Redes Sociais; a Ciência; a Divulgação da Ciência; as Instituições de Ensino e Pesquisa e os Grupos religiosos e sua capilaridade e Gestão foram os elementos inseridos na Dimensão Informacional.

Guardadas suas especificidades, esses elementos estiveram relacionados pelos/as participantes ao acesso de pessoas de perfis demográficos diversos a informações fidedignas sobre o HIV/Aids, o que incide de maneira direta nas práticas de cuidado dispensadas às PVHA, sobretudo o acolhimento.

Os meios de comunicação marcaram a trajetória da Aids no Brasil, como alertam Daniel e Parker<sup>10(17)</sup>,

Mesmo antes que a AIDS tenha de fato se tornado estatisticamente significativa... atraiu a atenção, particularmente dos meios de comunicação e, por extensão tornou-se um importante tópico de conversação inclusive na vida cotidiana.

A desinformação e/ou distorção, assentada inicialmente no desconhecimento científico sobre a doença e ausência de tratamento eficaz, conformaram metáforas catastróficas e moralizantes sobre a Aids, provocando pânico e medo e legitimando a opressão a grupos já estigmatizados, como homossexuais e prostitutas<sup>9,10</sup>.

A manutenção da associação histórica e estigmatizante da homossexualidade masculina às descrições de risco e contágio por HIV/Aids foi evidenciada em estudo conduzido por Ferreira e Miskolci<sup>16</sup> sobre as bioidentidades produzidas no contexto da epidemia de Aids.

As narrativas dos/as participantes das oficinas pedagógicas revelaram que a desinformação e a metaforização da Aids permanecem modelando respostas sociais à epidemia e

práticas de cuidado às PVHA, como na sentença cruel e irreal dada, por um profissional de saúde, a uma das participantes sobre a impossibilidade de vivenciar sua vida sexual e reprodutiva e na atitude de um dos participantes em não revelar, em seu ambiente de trabalho, o motivo da ausência quando comparece às consultas com o infectologista.

De acordo com Oliveira<sup>17</sup>, durante a construção histórica da política de atenção ao HIV/Aids, o estigma e a normatização ganharam expressão nas disputas e enredos sobre a política, o cuidado e o viver dos sujeitos, condicionando a produção dos sujeitos pelo medo e exclusão.

A evocação à Ciência e à Divulgação Científica, assim como a incorporação no Diagrama 4 (*figura 1*) de Instituições de Ensino e Pesquisa em interseção direta com o círculo dos Profissionais de Saúde, registra, em certa medida, a ebulição de novos conhecimentos que, de acordo com os/as participantes, precisam estar inseridos no âmbito das práticas de cuidado às PVHA, incluindo novas Terapias Antirretrovirais (Tarv) e carga indetectável.

Grupos religiosos estiveram associados, nas reflexões dos/das participantes, menos à metáfora moralizante da Aids como um castigo divino<sup>9</sup> e mais ao potencial de acessar as pessoas de uma comunidade devido à sua capilaridade e legitimidade em territórios específicos. Compreendendo que as intervenções desses grupos religiosos teriam cunho mais ético do que científico, no sentido de trazer para a centralidade do discurso valores como respeito e solidariedade.

Independentemente dos canais de comunicação, a Dimensão Informacional convoca a refletir sobre a colocação de Inácio<sup>18</sup> ao avaliar e historicizar o arrefecimento das representações da Aids na Literatura e na Cultura: “pra que falar sobre isso agora/ainda?”.

No âmbito das práticas de cuidado em saúde, poder-se-ia responder, com base nas oficinas pedagógicas, que ainda há muito que se falar sobre o viver com HIV/Aids, para que haja uma reconstrução das práticas de saúde no sentido proposto por Ayres<sup>1</sup> como

‘reconciliador’, comprometido com um cuidar que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas.

Dessa forma, para que a transformação se concretize, a gestão, compreendida pelos/as participantes como gestores dos serviços de saúde, deve estar comprometida.

## DIMENSÃO RELACIONAL

*...nada me tornou mais humano do que saber que sou humano..*

(Participante da oficina pedagógica, 2022)

A Dimensão Relacional abarcou os elementos: Família, Redes, Movimentos e ONGs, Grupos; Profissionais de Saúde; Grupos ampliados de convivência, Grupos de controle social; Movimentos sociais de luta contra a Aids e Controle Social.

A Família foi apontada como um grupo fundamental do cuidado e acolhimento às PVHA, sobretudo pelos/as participantes da oficina pedagógica em que foi construído o Diagrama 1 (*figura 1*). A trajetória de vida, o compartilhamento do diagnóstico com a família e a rede apoio formada a partir daí foram elencados como aspectos centrais.

A participação das famílias constitui uma importante ferramenta de gestão do cuidado em saúde. Em suas reflexões sobre uma avaliação em saúde que considere as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde (individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária), Cecílio<sup>19</sup> localiza a dimensão familiar no mundo da vida tendo como atores privilegiados pessoas da família, amigos e vizinhos.

No entanto, a vivência de compartilhar o diagnóstico com a família não foi a tônica das oficinas pedagógicas, corroborando dados do Índice de Estigma em relação às PVHA. Utilizado para detectar e medir mudanças de tendências em relação ao estigma e à discriminação relacionados com o HIV, o Índice, aplicado pela primeira vez no Brasil em 2019,

revelou que, em geral, a condição de viver com HIV/Aids tende a ser compartilhada com esposas, maridos, e parceiros/as. Entre os respondentes do levantamento, 80,4% relataram ter compartilhado o diagnóstico com essas pessoas. Esse percentual chega a 66,4% quando o compartilhamento é realizado com filhos/as, e a 75,8%, com outros membros da família<sup>20</sup>.

O estigma foi o alicerce da construção das práticas de cuidado em saúde voltadas às PVHA e continua reverberando no cotidiano dos serviços de saúde. Durante as oficinas pedagógicas, os/as participantes compartilharam a vivência de episódios de constrangimentos, julgamentos e inexistência de acolhimento, corroborando os dados do Índice de Estigma no Brasil, que demonstram que 15,3% sofreram algum tipo de discriminação por parte de profissionais de saúde pelo fato de serem PVHA e que 6,8% notaram que o/a profissional de saúde evitou contato físico ou fez comentários negativos relativos aos usuários por serem PVHA<sup>20</sup>.

O receio iminente de homens que fazem sexo com homens de passarem por experiências estigmatizantes em diversos lugares, como nas Unidades Básicas de Saúde, que deveriam ser um lugar de acolhimento e escuta, foi também relatado por participantes de um estudo conduzido em Curitiba sobre vinculação ao tratamento de HIV/Aids<sup>21</sup>.

Os processos envolvidos na construção e justificação do estigma revelam o quanto pode ser difícil sua dissolução. Segundo Goffman<sup>22(15)</sup>,

construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social - [acrescenta-se, no caso específico do HIV/Aids, a sexualidade].

Ainda assim, presenciaram-se relatos emocionantes do cuidado em ato, resultado do encontro do profissional de saúde e da PVHA.

Foram tecidas, durante as oficinas pedagógicas, narrativas sobre como o acolhimento, sobretudo no momento do diagnóstico, foi fundamental no processo de aceitação, adesão e continuidade do tratamento. A esse respeito, vale ressaltar a importância do compartilhamento de informações sobre prevenção combinada de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o HIV para o resgate à autoestima, para a emancipação e o protagonismo dos pacientes<sup>23,24</sup>.

Os significados associados às diferentes denominações inseridas nos Diagramas: Redes, Movimentos e ONGs, Grupos; Grupos ampliados de convivência, Grupos de controle social; Movimentos sociais de luta contra a Aids e Controle Social não foram discutidos pelos/as participantes, apesar de em alguns momentos ser possível identificar conotações políticas e de ativismo, associadas aos Movimentos sociais de luta contra a Aids.

Destaca-se que a denominação Controle Social, utilizada no Diagrama 2, e Grupos de Controle Social, utilizada no Diagrama 4 (*figura 1*), não tiveram correspondência direta, nas discussões dos/as participantes, com o princípio de participação social do SUS.

O acolhimento, o aconselhamento, o compartilhamento de vivências, a possibilidade de falar abertamente sobre sua situação sorológica e a obtenção de informações sobre o HIV/Aids, situando esses elementos em articulação com a Dimensão Informacional dos Diagramas, foram os pontos destacados pelos/as participantes ao se referir ao que se está aqui denominando de forma mais abrangente de movimentos.

A atuação desses movimentos foi fundamental na construção da resposta brasileira à epidemia da Aids e na reivindicação por práticas de cuidado à saúde integrais e humanizadas às PVHA. Desde a fundação, em São Paulo, do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (Gapa), pioneiro na organização voluntária de apoio às PVHA, passando pela formação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), uma série de novas organizações surgiram, e o trabalho do Gapa e da Abia foi

ampliado. Em Belo Horizonte, o Gapa MG<sup>25</sup> foi a primeira ONG a se organizar e se destinar ao enfrentamento na luta contra Aids e o terceiro Gapa criado no País, posteriormente a São Paulo e Rio de Janeiro. Com o tempo, o protagonismo foi se fortalecendo em Minas Gerais, e a participação se efetivando com a organização da Rede de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – RNP+ MG<sup>26</sup>, o Movimento Nacional das Cidadãs PositHIVas – MNCP MG<sup>27</sup> e a Rede Estadual de Adolescentes e Jovens Vivendo e Convivendo com HIV/Aids<sup>28</sup>.

Independentemente do movimento, deve-se considerar que, nesses espaços, não há a segregação entre ‘eles’ (soronegativos) e ‘nós’ (soropositivos) que marcou a epidemia do HIV/Aids<sup>8,29</sup>. Há, portanto, um sentimento de pertencimento reafirmado pela proposição dos/as participantes de que a aproximação entre movimentos sociais e profissionais de saúde conformaria uma potente estratégia para qualificar o acolhimento às PVHA.

Nessa direção, vale destacar as exitosas experiências de alguns Centros de Atenção Especializada que têm utilizado a atenção por pares como ferramenta de gestão do cuidado a doenças crônicas<sup>30</sup>.

Como apresentado na metodologia, durante a construção do Diagrama, dois aspectos deveriam ser considerados: 1) tamanho do círculo: referente ao poder do grupo, sua capacidade efetiva de atingir seus objetivos; e 2) posicionamento do círculo: referente à relação entre diferentes grupos que compõem o Diagrama.

Apenas o círculo referente ao Direito à saúde sexual e reprodutiva apresentou tamanho discrepante em relação aos demais círculos incluídos no mesmo Diagrama (*figura 1*), conforme discutido na Dimensão Estrutural.

Com relação ao posicionamento, quatro círculos não foram incluídos próximos ao ou em interseção com o círculo referente às PVHA: Gestão; Saúde mental dentro dos SAE; Grupos religiosos e sua capilaridade e Grupos ampliados de convivência apresentando, no entanto, conexão direta com outros elementos diretamente ligados às PVHA.

Pode-se dizer que cada Diagrama conformou um ‘conglomerado’ de elementos que contribuem para pensar as estratégias, já discutidas, de reconstrução das práticas de cuidado em saúde e qualificação do acolhimento às PVHA.

## Considerações finais

A análise das dimensões dos Diagramas convocou a percorrer a história da epidemia da Aids no Brasil, sendo possível identificar que, apesar de avanços na dimensão estrutural, evoluiu-se muito pouco no que diz respeito a elementos centrais das dimensões relacionais e informacionais. Dessa forma, as estratégias de/para qualificar as práticas de cuidado às PVHA requerem esforços nessas duas dimensões, corroborando Pereira et al.<sup>21</sup> no sentido de que o cuidado à saúde dos grupos mais vulneráveis ao HIV/Aids requer não apenas uma atuação macroestrutural nas políticas e programas de saúde, mas, sobretudo, uma atuação micropolítica de mudança de atitude e postura na abordagem do cuidado e ante a defesa da vida.

Compreende-se que o enfrentamento ao HIV/Aids, incluindo a resignificação das práticas de cuidado em saúde e a superação dos efeitos do estigma e discriminação, requer respostas mais rápidas e reflexivas abarcando lideranças em todos os níveis, tanto governamental quanto de PVHA.

Nesse sentido, é fundamental o resgate da participação e da cidadania, sempre pensado na perspectiva do fortalecimento das políticas de assistência e prevenção ao HIV/Aids, da garantia dos direitos humanos e da produção de conhecimentos. A esse respeito, destaca-se que a participação efetiva de duas PVHA na equipe da pesquisa foi importante para concepção e construção metodológica do estudo e fundamental para a adesão dos/as participantes do estudo.

As metáforas moralizantes sobre a Aids e o estigma permanecem modelando práticas de

cuidado à saúde de PVHA, enfatizando a urgência da reconstrução reconciliadora dessas práticas. É essa a proposta de Ayres ao convidar a “[...] saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato”<sup>(23)</sup>. Acredita-se que o movimento de produção de conhecimentos ‘junto’ e não ‘para’ as PVHA fortalece a reconstrução e a sustentabilidade dessas práticas de cuidado.

Acrescenta-se à reconstrução reconciliadora a solidariedade apontada por Daniel e Parker<sup>10</sup> como o único caminho possível para reescrever uma nova história da epidemia da Aids no Brasil.

## Agradecimentos

Agradecemos a todas as PVHA que participaram do estudo.

## Colaboradores

Carmo RF (0000-0001-9703-8547)\* participou da concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Moura HC (0000-0002-2082-1354)\* e Ribeiro RS (0000-0001-5946-0413)\* participaram da concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados; revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Santos LC (0000-0002-0074-9164)\* e Fonseca CMS (0000-0002-5921-6178)\* participaram da coleta, análise e interpretação dos dados; revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Luz ZMP (0000-0002-0819-3025)\* participou da concepção do estudo, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ABRASCO; 2009.
2. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13(3):16-29.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
4. Candau VM. Oficinas aprendendo e ensinando direitos humanos. Rio de Janeiro: Novameria/PUC-Rio; 1999. [acesso em 2021 jun 18]. Disponível em: [http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/veracandau/candau\\_edh\\_proposta\\_trabalho.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/veracandau/candau_edh_proposta_trabalho.pdf).
5. Paschoal VN, Grandesso M. O uso de metáforas em terapia narrativa: facilitando a construção de novos significados. *Nova Persp. Sist.* 2014; (48):24-43.
6. Faria AAC, Ferreira Neto PS. Ferramentas de diálogo. Qualificando o uso das técnicas de DRP Diagnóstico Rural Participativo. Brasília, DF: MMA-IEB; 2006.
7. Denborough D. Práticas narrativas coletivas: trabalhando com indivíduos, grupos e comunidades que vivenciaram traumas. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 2008.
8. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Sontag S. Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
10. Daniel H, Parker R. AIDS: a terceira epidemia ensaios e tentativas. Rio de Janeiro: ABIA; 2018.
11. Santos M. O espaço do cidadão. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2014.
12. Sciarotta D, Melo EA, Damião JJ, et al. O “segredo” sobre o diagnóstico do HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2021 [acesso em 2022 ago 22]; (25):e200878. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200878>.
13. Damião JJ, Agostini R, Maksud I, et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? Saúde debate. 2022; 46(132):163-174.
14. Russo K, Russo K, Camargo Jr. KR. Medicalização e conservadorismo: ameaças ao debate sobre saúde, sexualidade e gênero na educação brasileira. In: Neves ALM, Therense M, organizadores. HIV/Aids, Gênero e Sexualidade: políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento. Manaus: Editora UEA, 2018. p. 111-127.
15. Al Berto. Diários. Lisboa: Assírio & Alvim; 2012.
16. Ferreira JP, Miskolci R. “Reservatórios de doenças venéreas”, “MSM/HSH” e “PWA”: continuidades, rupturas e temporalidades na produção de bioidentidades no contexto da epidemia de AIDS. Ciênc. Saúde Colet. 2022; 27(9):3461-3474.
17. Oliveira RN. Políticas de atenção ao HIV/AIDS no Brasil: forças e valores a partir de uma aproximação genealógica. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2021. 230 p.
18. Inácio EC. Carga zerada. HIV/AIDS, discurso, desgaste, cultura. Via Atlântica. 2016 [acesso em 2022 out 10]; 29:479-505. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/viaatlantica/article/view/118885>.
19. Cecílio LCO. Apontamentos teóricos conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões do cuidado em saúde. Interface Comum. Saúde Educ. 2011; 15(37):589-599.
20. Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS- Brasil. Sumário Executivo. 2019. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: <https://unaids.org.br/indice-estigma/>.
21. Pereira CR, Cruz MM, Cota VL. Estratégia de linkagem vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens. Ciênc. Saúde Colet. 2022; 27(4):1535-1546.
22. Goffman E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2021.
23. Galindo WCM, Francisco AL, Rios LF. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/AIDS. Temas em psicol. 2015; 23(4):815-829.
24. Pequeno CS, Macedo SM, Miranda KCL. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. Rev. Bras. Enfer. 2013; 66(3):437-441.
25. Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS-MG. [acesso em 2022 abr 22]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/grupo-de-apoio-e-prevencao-aids-gapamg>.
26. Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Home. [acesso em 2022 abr 22]. Disponível em: <http://www.rnpvha.org.br/>.
27. Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas. Quem somos. [acesso em 2022 abr 22]. Disponível em: <https://mncp.org.br/>.
28. Rede Estadual de Jovens e Adolescentes Vivendo com HIV/AIDS. [acesso em 2022 abr 22]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/rede-estadual-de-adolescente-e-jovens-vivendo-com-hiv-aids-mg>.

29. Joffe H. “Eu não o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In: Guareschi P, Jovchelovitch S, organizadores. Textos em representações sociais. 11. ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 297-321.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consoli-

dação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

---

Recebido em 12/04/2022

Aprovado em 15/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Instituto René Rachou - Fiocruz Minas.

Emenda Federal do Deputado Patrus Ananias - nº 1408 0001



# Mapas corporais narrados: estudo de caso sobre cuidado e viver de mulheres com HIV

*Body-map storytelling: case study on the living and care of women with HIV*

Adriana Rosa Spader<sup>1</sup>, Fabiana Schneider Pires<sup>1</sup>, Natali Morais da Silva<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213512

**RESUMO** O objetivo do estudo foi compreender o viver e o cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV/Aids identificando potencialidades e desafios, compreendendo os efeitos sobre o viver com HIV/Aids no cotidiano dessas mulheres e as relações com a rede de atenção à saúde no município de Porto Alegre. O município tem taxas de detecção para o HIV/Aids seis vezes maiores que as taxas nacionais e, em 2019, atingiu 17,6 casos/mil nascidos vivos. Foi realizado estudo exploratório descritivo, do tipo estudo de caso, e a produção de dados utilizou a construção de mapa corporal narrado. Participaram quatro mulheres com diagnóstico confirmado de HIV/Aids, vinculadas a uma unidade de saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os mapas corporais e as narrativas permitiram conhecer um universo povoado por estigma, preconceito, medos e inseguranças. A produção do cuidado em saúde para as mulheres vivendo com HIV/Aids exige a participação de diferentes campos do saber, de ampla e planejada atuação dos profissionais; portanto, é fundamental a construção de itinerários de cuidado que atendam às demandas dessas pessoas de forma humanizada e acolhedora, também por meio de políticas públicas que fortaleçam a rede de atenção à saúde para o enfrentamento do estigma e preconceito.

**PALAVRAS-CHAVE** HIV. Sistema Único de Saúde. Cuidado em saúde. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *The objective of the study was to understand the living and health care of women living with HIV/AIDS, identifying potentialities and challenges, understanding the effects on living with HIV/AIDS in the daily lives of these women and the relationships with the health care network in Porto Alegre. The municipality has HIV/AIDS detection rates six times higher than the national rates and in 2019 reached 17.6 cases/1,000 live births. A descriptive exploratory study was carried out, of the case study type, and the production of data used the construction of a narrated body map. Four women with a confirmed diagnosis of HIV/AIDS, linked to a primary health care in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, participated. Body maps and narratives made it possible to discover a universe populated by stigma, prejudice, fears, and insecurities. The production of health care for women living with HIV/Aids requires the participation of different fields of knowledge, a wide and planned performance of professionals, and, therefore, the construction of care itineraries that meet the demands of these people in a humanized and welcoming way, as well as through public policies that strengthen the health care network to face stigma and prejudice.*

**KEYWORDS** HIV. Unified Health System. Health care. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. [drikaduda@gmail.com](mailto:drikaduda@gmail.com)



## Introdução

No Brasil, os primeiros casos de pessoas que desenvolveram quadros clínicos da síndrome da imunodeficiência adquirida foram detectados em meados da década de 1980<sup>1</sup>. A abordagem terapêutica para pessoas vivendo com HIV/Aids ainda é um objeto de estudo complexo, composto por condições simultâneas e com muitos efeitos sobre o indivíduo. A produção do cuidado em saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes campos do saber, de diversas dimensões da experiência humana, de uma ampla e planejada atuação dos profissionais que, face a face com os pacientes, na intensidade do cotidiano desses sujeitos, constroem singulares projetos terapêuticos buscando abordagens atentas às necessidades de cada pessoa.

Mocellin et al.<sup>2</sup> descrevem falhas ao longo do itinerário terapêutico de pessoas vivendo com HIV/Aids, as quais tiveram como desfecho o óbito. A mais recorrente entre elas expressou o despreparo dos serviços de saúde na assistência prestada a esses usuários, na identificação e retenção para o tratamento da doença. O estudo destaca a fragilidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS) voltadas às pessoas vivendo com HIV/Aids e enfatiza a importância de melhorias em algumas dimensões, como: acesso à prevenção e tratamento, assistência em saúde e agilidade nos fluxos de assistência à rede de atenção.

Boletins epidemiológicos da última década têm mostrado que, embora o Brasil tenha mais casos de Aids (decorrente da infecção pelo HIV) em homens, a diferença entre os sexos ao longo dos anos tem diminuído, contrastando com os dados da década de 1980, quando a maior parte dos casos era registrada em gays adultos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis<sup>1,3,4</sup>. Em 1985, para cada 26 casos de HIV/Aids, 1 mulher estava contaminada, já em 2010, a razão entre os sexos chegou a 1,7 caso em homens para 1 caso em mulheres<sup>1</sup>. No contexto

deste estudo, os dados de Porto Alegre, em 2019, apontam coeficiente de mortalidade por HIV/Aids (22 óbitos/100 mil hab.) cinco vezes maior que o coeficiente nacional. No mesmo ano, Porto Alegre apresentou coeficiente de mortalidade por HIV/Aids de 7,6 óbitos/100 mil habitantes. No Brasil, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids. A proporção de infecção entre homens e mulheres foi de 2,6<sup>4</sup>.

O aumento de casos em mulheres, ao longo dos anos, motivou as pesquisadoras a conhecer os itinerários em relação ao tratamento e à assistência em saúde. A escolha do tema de pesquisa surge, em parte, para identificar possibilidades de acolhimento e vínculo na RAS, mas, essencialmente, para visibilizar aos serviços de saúde o quanto o viver com HIV, no cotidiano das mulheres, ainda dificulta o acesso aos cuidados e o quanto os serviços de saúde precisam qualificar seus processos de trabalho para o cuidado dessas mulheres.

A reorganização para acompanhamento e assistência médica e farmacêutica de usuários assintomáticos e estáveis na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre, iniciou-se no primeiro quadrimestre de 2014<sup>5</sup>, quando o tratamento para as pessoas vivendo com HIV/Aids passou a ser descentralizado e coordenado pela APS<sup>5</sup>. A RAS estruturou-se para seguir critérios do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de manejo da infecção pelo HIV/Aids em adultos, elaborados pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup>.

Unindo-se à perspectiva de construção de produtos inovadores para a saúde de mulheres vivendo com HIV/Aids, tanto no itinerário singular quanto na perspectiva coletiva da produção de cuidado nas RAS, este estudo buscou compreender o viver com HIV/Aids e o cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV/Aids. Foram abordados as potencialidades e os desafios no cuidado em saúde compreendendo os efeitos da infecção e soropositividade no cotidiano de mulheres com foco na RAS em Porto Alegre.

Destaca-se que o aumento do número de casos de infecção pelo HIV/Aids em mulheres

pode estar relacionado com fatores como o não (re)conhecimento do corpo por essas mulheres, dificuldade de negociação sobre uso de preservativos, baixa escolaridade, situações financeiras instáveis, desigualdade de gênero, violência doméstica, moral, patrimonial e sexual.

Segundo dados do Ministério da Saúde divulgados no ano 2000<sup>7</sup>, já era possível mapear uma expansão do número de casos entre mulheres, principalmente na faixa etária entre 20 e 49 anos. Um conjunto de características identificavam as mulheres infectadas pelo HIV/Aids: pobreza, residentes nas periferias urbanas e cidades do interior, contaminadas principalmente por relação heterossexual desprotegida, respondendo por 86,8% dos casos notificados em mulheres<sup>7</sup>.

Em estudo sobre a sobreposição entre violência e HIV/Aids no Brasil, as autoras destacam que mulheres soropositivas experimentaram mais violência física e sexual ao longo da vida do que mulheres HIV negativas. De acordo com os resultados do estudo, na cidade de São Paulo e, também, de Porto Alegre, as mulheres soropositivas provavelmente sofreram violência física várias vezes por um parceiro íntimo, inclusive na infância e adolescência, e violência sexual diversas vezes por um parceiro íntimo<sup>8</sup>.

Em se tratando de gênero, as mulheres estão submetidas historicamente e culturalmente a subordinação, sexo inseguro, casamento e maternidade, aceitação da violência no contexto familiar em prol da manutenção de suas famílias<sup>9</sup>. As relações de gênero surgem como importante papel na cadeia de transmissão do HIV/Aids somada com vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas pela subordinação: comportamento de risco, diminuição de cuidado de si por não conhecimento de seu corpo e de seus direitos<sup>10</sup>.

Almeida e Labronici<sup>11</sup> destacam que as pessoas vivendo com HIV/Aids convivem com estigmas e preconceitos e alertam para a caminhada solitária e silenciosa dessas pessoas que convivem com medo da exposição e sofrem

preconceitos, levando a esconder sua situação de saúde e produzindo invisibilidades e sofrimento.

Neste estudo, consideraram-se itinerários de cuidado na perspectiva de Bonet<sup>12</sup> que analisou os caminhos que os usuários buscam receber atendimento. “Em outras palavras, fui atraído pela circulação dos usuários pelo sistema”<sup>12(334)</sup>, bem como por uma visão processual: “ao se movimentarem pelos serviços, os usuários tomam decisões e, com elas, vão construindo uma história”<sup>12(335)</sup>. Ao fazer um caminho pelo sistema, constrói-se uma história, ultrapassando a abordagem da doença em si e enfocando percursos, a forma singular como cada um cuida de si na sua rede de afetos e da relação com as equipes de saúde.

## Material e métodos

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) de atenção primária de xxx. O convite para as participantes foi feito por meio de contato telefônico com as mulheres vinculadas à UBS cenário do estudo, na qual fazem seu tratamento e acompanhamento de saúde, com prontuário de atendimento e registros em Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do sistema informatizado de saúde e-SUS até maio de 2021, maiores de 18 anos e com o diagnóstico confirmado de HIV/Aids, após dois testes rápidos reagentes de antígenos diferentes e que conheciam seu diagnóstico. A partir do contato telefônico realizado no período do estudo, quatro mulheres responderam ao convite, foram entrevistadas e realizaram a construção de mapas corporais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 41510620.2.00005347, com parecer nº 4.653.189.

Mapas Corporais Narrados (MCN) são desenhos dos corpos dos participantes em tamanho real complementados por narrativas orais. Esses desenhos são criados utilizando pinturas ou outras técnicas artísticas e representam visualmente aspectos da vida das pessoas, de

seus corpos e do mundo em que vivem. Contar histórias a partir de mapas corporais tem o potencial de conectar tempos e espaços na vida das pessoas, sendo que o produto desse processo é uma história mapeada<sup>13</sup>.

Apenas a pesquisadora mestranda teve acesso ao prontuário eletrônico, utilizando-se dos filtros do sistema e-SUS (opção: selecionar mulheres/Ciap correspondente ao diagnóstico de HIV/Aids maiores de 18 anos) para o conjunto de informações que identificaram as mulheres elegíveis.

A técnica para produção de dados utilizada foi a construção do MCN (Body Map Storytelling)<sup>13</sup>. Este artigo é resultado da dissertação de mestrado profissional Ensino na Saúde, e buscou conhecer o viver com HIV/Aids de mulheres para repensar processos educativos em saúde e ações de educação permanente com os trabalhadores da unidade cenário, bem como possibilidades de percurso na RAS para mulheres vivendo com HIV/Aids.

Foram realizados três encontros com cada participante, de aproximadamente 60 minutos, em sala reservada, na associação de moradores vizinha à UBS, garantindo privacidade, sigilo e confidencialidade das participantes.

As mulheres foram convidadas a contar sobre o viver com HIV/Aids, impactos e efeitos no cotidiano e relatar seus itinerários de cuidado nas RAS, buscando identificar nós críticos dessa trajetória por meio da elaboração de um painel em tamanho real de seus corpos. A esses desenhos, foram adicionados símbolos, letras de músicas, lemas e outros itens que as participantes consideraram importantes. As narrativas foram gravadas e transcritas, e os painéis foram fotografados para análise.

A atividade proposta no primeiro encontro foi a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o traçado do contorno corporal e a discussão sobre as relações entre corpo e saúde. Além disso, foi solicitado que escolhessem uma postura para narrarem suas trajetórias por meio do mapa corporal.

Destaca-se a relevância de esclarecer, a modo que não restassem dúvidas para as

participantes, que as atividades propostas no âmbito da pesquisa não guardaram relação com outras atividades desenvolvidas pela unidade (atividades de educação e promoção em saúde, atividades em grupos, rodas de conversa etc.).

No segundo encontro, abordaram-se o viver com HIV/Aids, os impactos no cotidiano, relatos sobre seus itinerários de cuidado nas RAS. As participantes foram convidadas a escolher frases, palavras, lemas, expressões, símbolos para suas histórias.

O terceiro encontro foi o momento de as participantes narrarem a produção do mapa corporal construído nos encontros anteriores. Ao final de cada encontro, foram convidadas a visualizar o mapa corporal e a contar o que viam, como forma de recapitular o que foi falado e tecer suas considerações.

A análise das narrativas se deu a partir da Análise de Discurso (AD) e utilizou-se do aporte de autores que convergem quanto à apreensão do discurso no momento de sua emergência. Como traz Brasil<sup>14</sup>, Pêcheux apropria-se da noção de formação discursiva e a ressignifica no campo da AD, e o sujeito é o resultado da relação entre história e ideologia.

Sobre o discurso, ressalta-se que é um

Fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história, que coloca o problema de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade<sup>15(132-133)</sup>.

Também foi utilizado diário de pesquisa anotando percepções importantes que não foram descritas nas narrativas.

As participantes tiveram seus nomes mantidos em sigilo em codinomes. Foram chamadas por nomes de pedras preciosas para evidenciar beleza, cor, brilho e, principalmente, a dureza para manterem-se vivas com HIV/Aids em uma sociedade tão opressora. Os profissionais citados receberam codinomes alusivos a anjos pela forma como seu acolher foi determinante para a adesão ao tratamento.

Sobre o uso de codinomes, a partir das discussões de Lima Monteiro<sup>16</sup>, as pesquisadoras tiveram a preocupação de não apenas ocultar nomes, transformando as pessoas em iniciais, mas buscaram nomear as participantes e os trabalhadores da unidade de saúde a partir da construção daqueles atores naquele lugar,

Enfatizando que as histórias construídas ali também carregam a potência da ambiguidade, uma vez que são formas de identificação e, ao mesmo tempo, personificações localizadas no dispositivo que as fez emergir<sup>16(166)</sup>.

A investigação qualitativa por intermédio dos MCN pode provocar a reflexividade em participantes e pesquisadores, conduzindo a uma melhor compreensão das condições sociais, reveladas na pluralidade de estruturas indicadas em seus mapas corporais. Segundo Gastaldo et al.<sup>17</sup>, o mapeamento corporal é uma metodologia visual, narrativa e participativa, e a construção dos mapas corporais revela momentos reflexivos quando, diante da oportunidade de pintar e desenhar seus corpos e circunstâncias sociais, articulam suas complexas jornadas de vida. As autoras destacam que, especialmente para a pesquisa em saúde, esse método lança

Protagonistas improváveis contado suas histórias e produzindo discursos contra-hegemônicos às racionalidades capitalistas, patriarcais e colonialistas excludentes<sup>17(1)</sup>.

Como metodologia emergente, os MCN têm sido usados para estudos para abordar as experiências de saúde e bem-estar de pessoas descapacitadas nas sociedades globais. Algumas dessas pessoas desprivilegiadas incluem mulheres e homens vivendo com HIV/Aids<sup>18-21</sup>.

Destaca-se o potencial da técnica para gerar dados que arquitetam as relações entre micro e macro, em uma ação permanente de reprodução da vida.

## Resultados e discussão

O viver com HIV/Aids em uma sociedade reprodutora de desigualdades sociais, em que a violência de gênero é extremamente presente, constitui-se um desafio na vida de mulheres.

Individualmente, a realização dos MCN e as questões norteadoras do estudo proporcionaram às participantes oportunidades para manifestarem suas percepções sobre si, sobre o viver com HIV/Aids, sobre preconceitos sofridos. Ao mesmo tempo, as representações que permeiam seus discursos remetem às ideias produzidas social e culturalmente.

### Itinerários possíveis: descobrindo trilhas para o cuidado

A religiosidade foi fundamental no itinerário de cuidado dessas mulheres, operando como suporte para que encontrassem forças para enfrentar o diagnóstico. A fé em algum deus mostrou-se importante para desaguar angústias e aflições e transformá-las em esperança e acolhimento. A oração foi um pilar para o cuidado, pois trouxe forças para seguir em frente, em momentos que a família, que poderia ser alento, não sabia do diagnóstico. Ter a RAS articulada, com adequado sistema logístico e suporte para deslocamentos foi relevante para as mulheres, pois o cuidado requer pontos de atenção em rede e conectados, que trabalhem em ações interprofissionais para responder às necessidades e demandas dessas usuárias.

Figura 1. Mapa corporal: Pérola Negra



Fonte: elaboração própria.

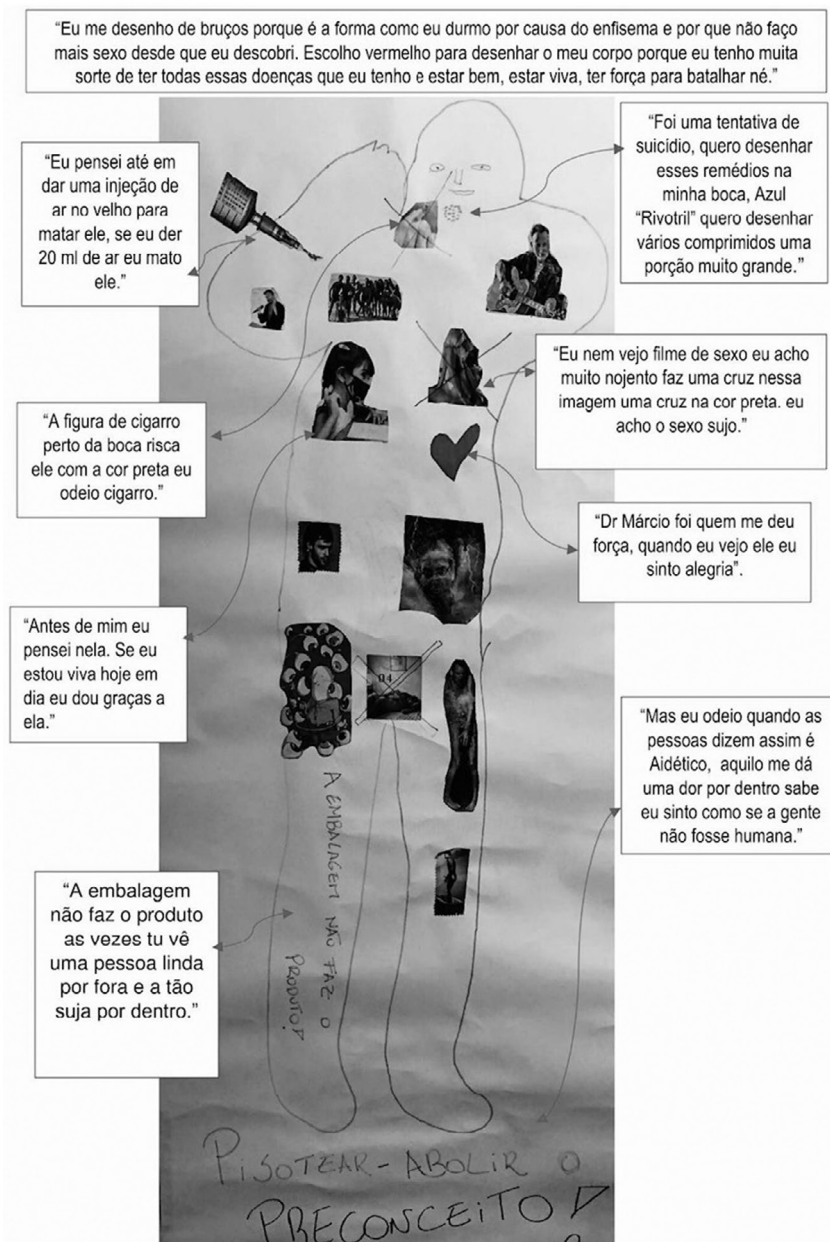
De acordo com Oliveira e Junqueira<sup>22</sup>, dificuldades para o acesso a direitos sociais, como o transporte gratuito ou benefício de prestação continuada, precisam ser dimensionados e ofertados de imediato aos usuários com diagnóstico de HIV/Aids, pois, caso contrário, impactam negativamente ao serem disponibilizados tardiamente (quando o usuário teve

agravos de saúde e quadro clínico de Aids). As condições econômicas e de moradia podem compor barreiras e constituem-se como dificultadores no processo de cuidado, o que poderia ser amenizado com o fornecimento regular de benefícios sociais, prevenindo o agravamento da condição de saúde pelo não acesso à rede de atenção.

O tratamento de primeira linha (testagem, exames para detecção de carga viral, para acompanhamento do sistema imunológico – contagem de células CD4 – e acesso aos medicamentos antirretrovirais que compõem o protocolo do Ministério da Saúde para a

infecção pelo HIV/Aids) realizado nas unidades de saúde próximas à moradia das usuárias, como era a situação das participantes, constituiu importante ferramenta ao acompanhamento e tratamento no serviço de saúde, evitando deslocamentos para pontos distantes da rede.

Figura 2. Mapa corporal: Esmeralda



Fonte: elaboração própria.

A unidade de saúde de atenção primária de Porto Alegre, cenário da pesquisa, é destacada pelas participantes como espaço de cuidado e acolhimento. As participantes a identificam como local de aconchego, esperança, apoio. Os encontros para falar sobre saúde mental, abertos à comunidade, e a meditação, prática realizada há muitos anos na unidade, são identificados como práticas de acolhimento. Destacam-se a disponibilidade de testes rápidos para HIV/Aids com diagnóstico imediato e outras atividades desenvolvidas na UBS – encontros de arteterapia e estabilidade dos servidores (trabalhadores há mais de 17 anos na mesma unidade).

Valer-se de estratégias como rodas de conversas, sala de espera, grupos de apoio ou materiais educativos pode auxiliar na adesão ao tratamento<sup>23</sup>. Na unidade de saúde de Porto Alegre, os grupos de meditação, arteterapia e saúde mental não são voltados exclusivamente para as pessoas vivendo com HIV/Aids, mas auxiliam no processo de aceitação e vinculação ao tratamento, como observado nas narrativas.

A atenção primária RAS, porta de entrada no sistema, constitui ponto importante para o cuidado dos usuários. As equipes possuem profissionais que permanecem por mais tempo no mesmo local de trabalho e inseridos no território, possibilitando construção de vínculos com a comunidade<sup>24,25</sup>. Para as participantes, as relações e o apoio familiares mostraram-se amenizadores de sofrimento; e, quando familiares não sabiam do diagnóstico, as relações de cuidado se mostraram mais frágeis. Por outro lado, ter apoio e dividir medos e aflições revelaram-se como sobrecarga menor, também, por não haver preocupações com medicamentos (mantidos em frascos diferentes ou com rótulos raspados ou mesmo omitir motivo de não amamentar).

A riqueza das falas e depoimentos infelizmente não caberia neste artigo, assim como as afetações da pesquisadora ao colher os dados. Foram relatos sobre relações difíceis com ex-marido, sexo, família, histórias de abuso psicológico, físico, sexual, entre outros aspectos do viver destas mulheres. Muitas vezes, as participantes afirmavam:

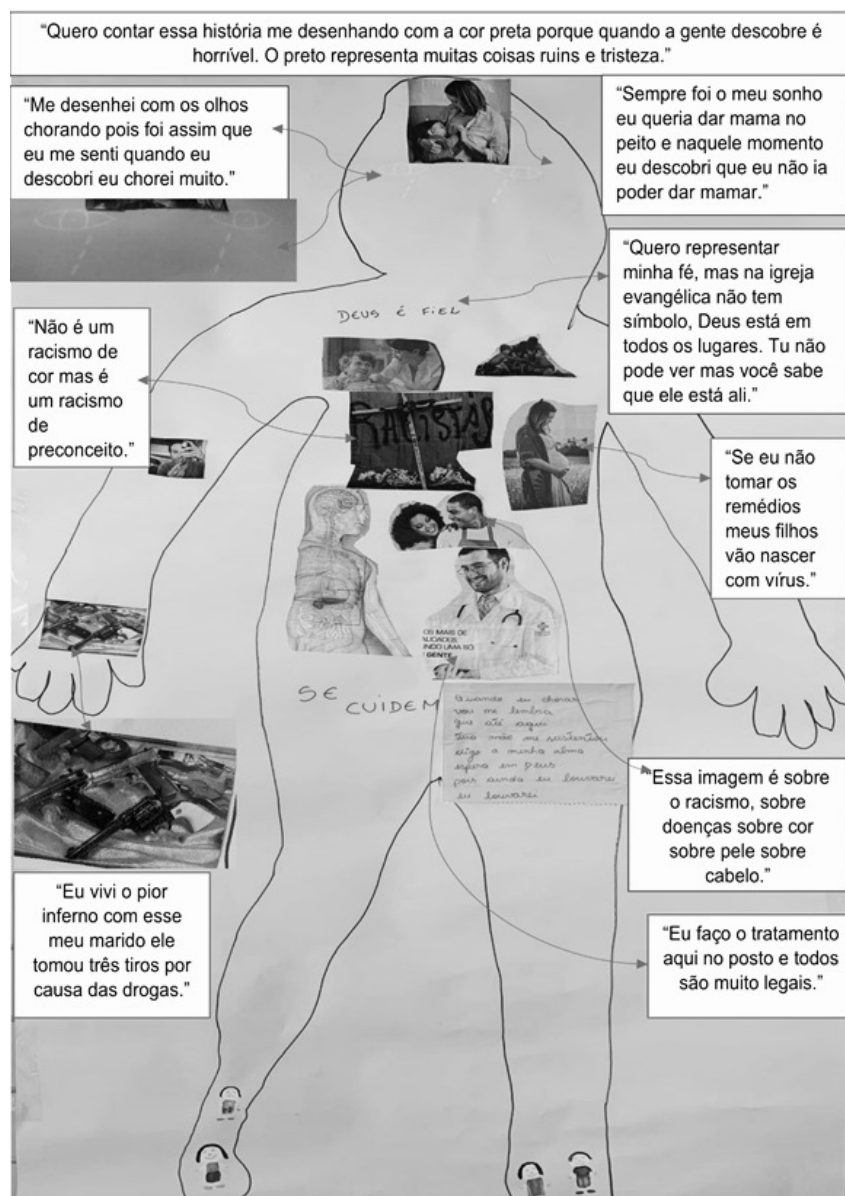
*estou falando aqui coisas que estavam guardadas dentro de mim e que nunca tive coragem de dizer para ninguém, nem mesmo tinha tempo para pensar sobre mim e olhar para estas questões.*

Em dados divulgados pela Unaiids<sup>26</sup>, quando o sigilo é quebrado e revelado a pessoas mais próximas, a experiência é melhor do que quando revelado a pessoas não íntimas. Uma das causas de manter o diagnóstico em sigilo está relacionada com a carga de estigma relativa ao HIV/Aids e de quanto este pode prejudicar o cotidiano<sup>26</sup>.

Possuírem filhos pequenos ou dependentes de cuidado – como netos – estimularam as participantes a lutarem contra a doença e contra os obstáculos do tratamento, como os efeitos adversos da terapia medicamentosa<sup>27,28</sup>. Não adoecer se tornou prioridade; e, de forma clara, as mulheres relatam a preocupação com os agravos aos quais estão suscetíveis (infecções oportunistas) e o quanto esse adoecer produz efeitos nas suas possibilidades de cuidar de todos no seu entorno (filhos, netos, o companheiro adoecido pela infecção do HIV/Aids). Além disso, manter os cuidados para não contaminarem seus filhos nas gestações e no pós-parto, como não amamentar e seguir a prescrição de medicamentos para seus bebês, foi trazido como principal meta.



Figura 3. Mapa corporal: Rubi



Fonte: elaboração própria.

### O caminho e o caminhar para as mulheres com HIV/Aids: potencialidades e desafios

A descoberta da gravidez e o início do pré-natal, para muitas mulheres, é um momento de alegrias e descobertas, mas para Quartzosa Rosa e Rubi, o diagnóstico de gravidez trouxe o diagnóstico de HIV/Aids, com angústia,

desespero e pânico. Quartzosa Rosa traz em sua narrativa que não comemorava cada gravidez porque parecia que, quando está grávida, as idas frequentes às consultas, exames e cuidados com a gestação lembravam mais que tinha HIV/Aids.

Após o nascimento dos filhos, iniciava-se mais uma maratona de cuidados para que o bebê não se contaminasse, e, com esses

cuidados, o ato de não amamentar estava presente. Amamentar surge como sonho e desejo, e ver seus seios fartos de leite e não poder ofertar causava grande tristeza. Além do desejo de amamentar e gerar afeto

e alimento negados pelas contraindicações de mães HIV/Aids positivas, precisaram esconder o motivo de não amamentar, sendo julgadas e questionadas por familiares e pessoas próximas.

Figura 4. Mapa corporal: Quartzo Rosa



Fonte: elaboração própria.

As mulheres do estudo de Reis et al.<sup>29</sup> trazem também sentimento de impotência perante a impossibilidade de amamentar, sentindo-se culpadas. Rodrigues e Maksud<sup>30</sup> detalham dificuldades nos itinerários terapêuticos com lacunas nos serviços de saúde que aparentemente impactam na oferta de cuidado integral. Reforçam a necessidade de acompanhamento dos cuidados em saúde, não só em seus itinerários terapêuticos, mas nas práticas profissionais.

O viver com HIV/Aids, mesmo após décadas de diagnóstico, ainda traz marcas impressas no corpo e alma das participantes. O estigma e o preconceito foram apresentados nas narrativas e se misturaram em significados, surgem nas histórias com doses de sofrimento, dor e angústia. A opção de manter sigilo do diagnóstico vem de experiências prévias observadas no meio de convívio familiar ou social. Presenciar falas e atitudes de preconceito – como separar talheres e copos – ou discursos taxativos de que a contaminação se dá a partir de práticas sexuais promíscuas, mesmo quando relacionadas com terceiros, afetaram negativamente as participantes, que trouxeram narrativas de dor e sofrimento diante dessas situações, mesmo quando vividas por outrem.

Estudos<sup>26</sup> indicam que o medo de estigma e preconceitos ainda levam as pessoas vivendo com HIV/Aids a não revelar seu diagnóstico a familiares. A maior parte revela a pessoas mais próximas, e há situações de exposição que ocorrem sem consentimento para vizinhos, colegas de escola e professores, tornando o local de moradia e de estudo potencialmente constrangedor. A solidão foi amenizada pela religiosidade nos casos em que o diagnóstico foi mantido em sigilo e não revelado aos familiares. Por outro lado, quando o diagnóstico foi contado a familiares, e, com isso, adveio apoio e acolhimento, esses sentimentos foram mais bem trabalhados.

O estigma relacionado com o HIV/Aids ainda se mostra como grande dificultador do processo de enfrentamento a esse agravamento em saúde<sup>31</sup>.

Depressão, tristeza, frustração, angústia, mágoa, medo da morte, desespero, pânico e tentativa de suicídio fizeram, em algum momento, parte do cotidiano das participantes. A baixa autoestima por perda de peso e eventual perda da dentição também contribuíram para exacerbar um sentir-se em um mundo a desabar, no meio de uma tempestade.

A RAS é imprescindível no itinerário, desde a busca por testes rápidos, apoio aos processos individuais, manejo dos efeitos colaterais e atendimento para transtornos. Em publicação de Unaid<sup>26</sup>, 90,5% receberam tratamento ou cuidados relativos ao vírus no Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando sua importância fundamental. No presente estudo, os efeitos adversos da Terapia Antirretroviral (Tarv) são um desafio e podem vir somados às mudanças hormonais da gestação. O abandono do tratamento não foi predominante para as participantes, mas, quando ocorreu, fez parte do processo de negação da doença.

Para Rodrigues e Maksud<sup>30</sup>, a falta de apoio emocional e os efeitos colaterais pelo uso da Tarv foram os principais motivos para o abandono de tratamento além de questões financeiras, negação da doença, medo da morte, depressão e o estigma relacionados ao HIV/Aids.

O diagnóstico para o HIV/Aids vem regado de sentimentos negativos, culpabilização e negação da doença, revelando sofrimentos profundos que, não raro, culminam em atentar contra a própria vida<sup>27</sup>.

Envolvimento com o crime, uso de cocaína, crack, álcool e violência doméstica foram trazidos como fatores determinantes de sofrimento. Pérola Negra relatou que sofria violência física perpetrada pelo companheiro quando este fazia uso de drogas e de álcool, o qual não aderiu à Tarv e morreu por complicações decorrentes do HIV/Aids.

Rubi enfrentou filas para visitar o companheiro no presídio, que tinha envolvimento com o tráfico, era usuário de drogas, até que decidiu se separar e passou a ser ameaçada de morte. Quartzosa Rosa também enfrentou a dependência química do marido que não

fazia a Tarv, adoeceu, e ela passou a ter que cuidar sozinha dos filhos e do cônjuge, além de manter o sigilo de seu diagnóstico.

Além de cuidar de si, cabe a essas mulheres, em muitas situações, cuidar do companheiro,

que muitas vezes é o primeiro a adoecer<sup>32,10</sup>. Mesmo com sofrimento, o ato de cuidar de seus parceiros mostrou-se questão de honra, e elas relataram que estiveram presentes em todos os momentos necessários.

Quadro 1. Perfil socioeconômico das entrevistadas

Entrevistada	Idade em anos	Raça/Cor autodeclarada	Anos de estudo	Profissão	Renda	Tempo de diagnóstico para o HIV em anos
Pérola Negra	58	Negra	5	Do lar	Não possui	8
Esmeralda	66	Branca	13	Auxiliar de enfermagem	2 salários mínimos	8
Rubi	28	Branca	28	Do lar	Não possui	10
Quartzo Rosa	35	Branca	11	Do lar	Não possui	13

Fonte: elaboração própria.

Infectadas pelos companheiros, as mulheres do estudo de Lima<sup>10</sup> assumiram o cuidado dos parceiros e, por vezes, negligenciaram seu cuidado; a sexualidade foi amplamente afetada após o diagnóstico, chegando a casos de aversão ao sexo com companheiro estável ou medo de ter novos relacionamentos. Falas sobre sentir-se suja, práticas de limpeza exacerbada da genitália e anular-se para a prática sexual ou culpa pela contaminação foram frequentes. Tais relatos afloram também na construção de MCN no presente estudo.

O viver com HIV/Aids impacta negativamente na autoestima das pessoas: há sentimentos de inutilidade, depreciação, sentimento de aversão a si, como sentir-se sujo, além de sentir vergonha e culpar-se pela soropositividade<sup>26</sup>. O aumento do número de casos de HIV/Aids entre mulheres aumentou as vulnerabilidades já existentes nessa população. A não aceitação por parte do companheiro em utilizar preservativos reforça a vulnerabilidade feminina nas relações estáveis e a histórica subordinação à qual estão expostas em prol de uma suposta segurança financeira vividas no casamento. As

violências sofridas no contexto familiar foram aceitas em favor da manutenção do casamento nas regras da sociedade patriarcal<sup>9,10,33,34</sup>.

Os resultados apontam para um cuidado que envolve muito mais do que a rede de saúde e o SUS, do que pontos de atenção especializada, hospitalar, referências e contrarreferências, especialidades médicas e laboratórios. O caminho de cuidado amplia-se para as relações pessoais, muitas vezes fragilizadas ou destruídas pela doença, pela violência, pelos contextos sociais e culturais de mulheres vulnerabilizadas.

Pensar itinerários de cuidado passa por reconectar os serviços de saúde com as experiências pessoais dessas mulheres, desenvolvendo estratégias de suporte social, de inclusão e reorganização de processos de trabalho que possam estar centrados nas pessoas e nas suas possibilidades, e não apenas alicerçados em protocolos e emoldurados pela frieza das relações institucionais. Inequivocamente, os serviços de saúde precisam enfrentar o machismo estrutural nas instituições sociais, além de buscar formas de garantir os direitos

fundamentais às mulheres também como percurso de cuidado. São em grande número os dados sobre violência contra as mulheres no Brasil e no mundo, construídos historicamente e perpetuados na sociedade; portanto, são urgentes estratégias e políticas públicas que defendam os direitos humanos em suas várias instâncias sociais: famílias, instituições públicas, espaços privados, entre outros<sup>35</sup>.

O cuidado tem múltiplos caminhos, diferentes atores e arranjos (incluindo medicamentos, suporte psicossocial, transporte, acesso facilitado às consultas, trabalho e renda, entre outros), e precisa estar apoiado no acolhimento, vínculo e escuta, para possibilitar a (re) construção de caminhos de vida e de saúde para as mulheres que vivem com HIV/Aids.

Para essas mulheres, o viver com HIV/Aids transformou radicalmente suas vidas, chegando em alguns momentos, a ser uma sentença de morte. Passaram a viver às escondidas, omitindo fatos, escondendo frascos de medicamentos, desvinculando-se de serviços de saúde próximos à comunidade com o receio de serem descobertas por vizinhos e parentes. Ser mulher e ainda carregar todo o peso do estigma e preconceito impostos pela infecção por HIV/Aids em uma sociedade tão patriarcal ainda é um dos grandes desafios do viver com HIV/Aids.

## Considerações finais

Escutar e acolher em sua plenitude essas mulheres com histórias de vidas marcadas pelo sofrimento foi um mergulho intenso em um mar de sofrimentos, mas também de conhecimento.

Os mapas corporais construídos resgataram marcas intensas, muitas vezes adormecidas e que expressaram o caminhar, o lutar e o viver dessas mulheres. Ainda que marcadas pelo

estigma, seguem suas vidas com a esperança de que, em algum momento, um dos maiores, se não o maior problema que elas enfrentam, o preconceito, seja banido da sociedade.

O trabalho da temática HIV/Aids com as equipes de saúde, buscando qualificação dos processos de trabalho e mitigando problemas de acesso, foi um desacomodar-se e despir-se de preconceitos existentes nos espaços de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário políticas públicas e serviços de saúde que compreendam essas mulheres de forma a superar as dificuldades, buscando amenizar problemas.

A produção do cuidado em saúde para as mulheres vivendo com HIV/Aids, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes campos do saber, das dimensões da experiência humana, de ampla e planejada atuação dos profissionais. Ademais, é fundamental a busca por itinerários de cuidado que atendam às demandas dessas pessoas de uma forma humanizada e acolhedora. É também vital que as relações de cuidado sejam espaços de escuta e troca de saberes e é crucial o investimento em políticas públicas e no setor de saúde para garantir salários dignos aos profissionais e condições necessárias de trabalho para as unidades de atendimento.

## Colaboradoras

Spader AR (0000-0001-8123-2281)\* contribuiu para a elaboração do desenho teórico e metodológico do estudo, produção dos dados da pesquisa, análise dos resultados e construção do texto final. Pires FS (0000-0001-6545-524X)\* contribuiu para a concepção e desenho metodológico do estudo; análise e interpretação dos dados. Silva NM (0000-0002-0031-6289)\* contribuiu para a construção dos textos e revisão do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Aids no Brasil. 2012 [acesso em 2019 out 23]; 8-10. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-8-a-10-Aids-no-Brasil.pdf>.
2. Mocellin LP, Winkler GB, Stella IM, et al. Caracterização dos óbitos e dos itinerários terapêuticos investigados pelo Comitê Municipal de Mortalidade por Aids de Porto Alegre em 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2020 jun 26]; 29(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/cJg5VcQkrSYbGvDwdMt4Sdy/?lang=pt>.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019 Especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2020 maio 5]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/29/Boletim-Ist-Aids-2019-especial-web1.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletins Epidemiológicos – 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2021 out 4]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020>.
5. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de gestão 1º quadrimestre – 2014. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2014. [acesso em 2020 fev 2]. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatorio\\_gestao\\_1\\_quadrimestre\\_de\\_2014.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_1_quadrimestre_de_2014.pdf).
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2019 dez 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/12/protocolo-manejo-HIV-adultos-2013.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Bolet. Epid. AIDS XIII. 2000 [acesso em 2022 jul 29]; (1):15-56 [acesso em 2022 jul 29]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Boletim\\_jul\\_set\\_2000.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Boletim_jul_set_2000.pdf).
8. Tsuyuki K, Stockman J, Knauth D, et al. Typologies of violence against women in Brazil: a latent class analysis of how violence and HIV intersect. *Global Public Health*. 2020 [acesso em 2022 jul 29]; 15(11):1639-1654. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2020.1767675?journalCode=rgph20>.
9. Lima M, Schraiber LB. Violência e outras vulnerabilidades de gênero em mulheres vivendo com HIV/Aids. *Temas psicol*. 2013 [acesso em 2020 jun 27]; 21(3):947-960. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000300011&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300011&lng=pt).
10. Lima M. Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: repercussões para a saúde. [tese]. São paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
11. Almeida MA, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007 [acesso em 2020 jun 20]; 12(1):263-274. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lng=en&nrm=iso).
12. Bonet O. Itinerários e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Soc. Antrop*. 2014; (4):327-350.
13. Gastaldo D, Magalhães L, Carrasco C, et al. Body-map storytelling as research: methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. [acesso em 2019 nov 11]. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>.

14. Brasil LL, Michel Pêcheux e a teoria da análise de discurso: desdobramentos importantes para a compreensão de uma tipologia discursiva. *Linguagem: Est. Pesq.* 2011; 15(1).
15. Foucault M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
16. Monteiro AC, Raimundo MP, Martins BG. A questão do sigilo em pesquisa e a construção dos nomes fictícios. *Psic. Conoc. Soc.* 2019 [acesso em 2022 jul 29]; 9(2):157-172. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4758/475861379008/html/>.
17. Gastaldo D, Rivas-Quarneti N, Magalhães L. Body-map storytelling as a health research methodology: blurred lines creating clear pictures. *Fórum: Pesq. Soc. Qualit.* 2018 [acesso em 2022 jul 29]; 19(2):1-26. Disponível em: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2858/4199>.
18. Horne F. Conquering aids through narrative: longlife positive HIV stories. *Eng. Stud. Africa.* 2011 [acesso em 2022 jul 29]; 54(2):71-87. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00138398.2011.626186>.
19. MacGregor H. Mapping the body: tracing the personal and the political dimensions of HIV/AIDS in Khayelitsha, South Africa. *Anthrop. Med.* 2009 [acesso em 2022 jul 29]; 16(1):85-95. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27269644/>.
20. MacGregor H, Mills E. Framing rights and responsibilities: accounts of women with a history of AIDS activism. *BMC Inter. Health Hum. Rights.* 2011 [acesso em 2022 jul 29]; 11(3). Disponível em: <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-698X-11-S3-S7>.
21. Orchard T, Smith T, Michelow W, et al. Imagining adherence: body mapping research with HIV-positive men and women in Canada. *AIDS Res. Hum. Retrov.* 2014 [acesso em 2022 jul 29]; 30(4):337-338. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/aid.2014.002.1>.
22. Oliveira MM, Junqueira TL. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. *Rev. Est. Fem.* 2020 [acesso em 2021 set 25]; 28(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/RFFQyq48WQYqXVMzFM8pxPG/?lang=pt#>.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. 412 p. [acesso em 2019 out 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2013/protocoloclinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.
24. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, DC: HSS; OPS; OMS; 2010. [acesso em 2020 jul 19]. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. *Divulg. Saúde debate.* 2014 [acesso em 2020 jul 10]; (52):15-37. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/edicoes-2015/is-n-01/352-atencao-a-saude>.
26. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Sumário executivo. Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids - Brasil. 2019. [acesso em 2021 set 26]. Disponível em: [https://unai-aids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019\\_12\\_06\\_Exec\\_sum\\_Stigma\\_Index-2.pdf](https://unai-aids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf).
27. Santo CC, Gomes AMT, Oliveira DC. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. *Rev Enfer. Ref.* 2013 [acesso em 2021 set 23]; 3(10):15-24. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239969002>.

28. Galvão G, Paiva MT. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Rev. Bras. Enfer.* 2011 [acesso em 2021 set 25]; 64(6):1022-1027. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VsMxFZ7j3XKGd3bSnKDHGCS/?lang=pt&format=html>.
29. Reis AK, Silva JM, Candiotti ZMC, et al. O não amamentar para mulheres com Hiv/aids: um olhar pela fenomenologia / The non-breastfeeding living for HIV-positive women: a look at phenomenology. *Braz. J. Dev.* 2020 [acesso em 2021 set 26]; 6(10):79114-22. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18388/14843>.
30. Rodrigues M, Maksud I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde debate.* 2017 [acesso em 2021 set 28]; (41):526-38. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017v41n113/526-538/>.
31. Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA; 2021. [acesso em 2021 mar 5]. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>.
32. Ceccon RF, Meneghel SN. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV / Aids em situação de violência. *Physis.* 2017 [acesso em 2020 jun 28]; 27(4):1087-1103. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000401087&lng=en&nm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401087&lng=en&nm=iso).
33. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública.* 2009 [acesso em 2022 abr 15]; (25):s321-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yzrzd4rn3s8CNfpvVcW7S3m/?lang=pt>.
34. Brasil. Rede Feminista de Saúde. Igualdade de gênero e HIV/AIDS: uma política por construir. UNIFEM. 2003 [acesso em 2020 jan 10]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Cartilhas/Igualdade%20de%20G%EAnero%20e%20HIV%20Aids%20uma%20pol%EDtica%20por%20construir.pdf>.
35. Oliveira M, Maio ER. “Você tentou fechar as pernas?” – a cultura machista impregnada nas práticas sociais. *Polêm!ca.* 2016 [acesso em 2022 jul 29]; 16(3):001-018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/25199/18031>.

---

Recebido em 22/04/2022

Aprovado em 12/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve



# Saúde coletiva e psicologia social da práxis: um caminho interdisciplinar como metaformação na pós-graduação

*Collective health and social psychology of praxis: an interdisciplinary path for meta-formation in graduate studies*

Ianni Regia Scarcelli<sup>1</sup>, Mariana Fagundes de Almeida Rivera<sup>1</sup>, Ana Carolina Martins de Souza Felipe Valentim<sup>1</sup>, Nayara Portilho Lima<sup>1</sup>, Aline Almeida Martins<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213513

**RESUMO** Este artigo parte da compreensão de interdisciplinaridade como modo de operar face às visões fragmentadas presentes nos processos de produção e de socialização do conhecimento. Objetiva compartilhar reflexões que problematizam a interdisciplinaridade a partir da experiência de formação acadêmica na pós-graduação de um grupo de pesquisa cujos integrantes expressam diversidade de formação e inserção profissional e se debruçam sobre relações entre políticas públicas, saúde e necessidades das pessoas. As reflexões foram elaboradas com base em questões emergentes nos encontros sistemáticos do grupo, que foi tomado como estratégia teórico-metodológica, e sustentadas a partir do diálogo entre saúde coletiva, como campo de saber e de prática, e psicologia social da práxis, formulada por Enrique Pichon-Rivière. O eixo articulador dessa experiência é a formação em sentido amplo que se manifesta pelo princípio de indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, i.e., aprender-investigar-fazer, e como autoformação em um processo mútuo e de ação reflexiva, de aprender a aprender. Nesse sentido, argumenta-se que é metaformação e só pode se dar na perspectiva de diálogos de saberes e interdisciplinares.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde coletiva. Psicologia social. Processos grupais. Educação de Pós-Graduação. Formação profissional em saúde.

**ABSTRACT** This article is based on the understanding of interdisciplinarity as a way to act against the fragmented visions present in the processes of knowledge production and socialization. The objective is to share reflections that problematize interdisciplinarity from the experience of graduate academic training in a research group whose members have diverse training and professional fields and focus on the relationships between public policy, health and human needs. The reflections were based on issues that emerged during the group's systematic meetings, and the group was understood as a theoretical and methodological strategy, and was sustained by the dialogue between collective health as a field of knowledge and practice, and the social psychology of praxis, formulated by Enrique Pichon-Rivière. The articulating axis of this experience is training in its broadest sense, manifested on the principle of the inseparability of (i.e., learning-research-doing) and as self-training in a mutual process of reflective teaching-research-outreach action, of learning how to learn. In this sense, it is argued that it is a meta-training that can only take place from the perspective of knowledge dialogues and interdisciplinarity.

**KEYWORDS** Collective health. Social psychology. Group processes. Education, graduate. Health human resource training.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Instituto de Psicologia (IP), Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (Lapso) – São Paulo (SP), São Paulo.  
iannirs@usp.br



## Introdução

Pretendemos, neste trabalho, compartilhar reflexões de um grupo de estudos e pesquisa que, ao problematizar a formação em perspectiva interdisciplinar, dialoga com a produção do campo da saúde coletiva e da psicologia social da práxis.

A saúde coletiva envolve um grande debate. Convergimos para o entendimento que a qualifica como campo de saberes e práticas ao articular diferentes tipos de conhecimentos e propor mudanças significativas à saúde desde uma compreensão crítica. Do ponto de vista do saber, a saúde coletiva opera a partir de abordagem ampla e complexa cuja produção se faz considerando várias disciplinas. No âmbito das práticas, orienta ações que não se restringem ao setor saúde e se referem, entre outras, à organização e ao processo de trabalho, à reorientação da assistência, à preocupação com modos de vida e a relações entre sujeitos no contexto social. Possibilita, assim, a ampliação do campo de ação para além do paradigma biomédico e de tendências patologizantes que privilegiam o olhar sobre a doença e desconsideram a saúde como processo resultante das condições materiais e de um conjunto de fatores que revelam desigualdade social, mecanismos de opressão, modos de vida e de subjetivação.

Por transitar entre o científico e o político e exigir diálogo estreito entre várias disciplinas e tipos de saberes, a saúde coletiva representa uma produção singular no contexto brasileiro e na América Latina, propiciando a elaboração de conceitos e princípios caros frente às fragmentações do conhecimento humano com suas antinomias frente às políticas, às ações no território e ao modo de viver dos sujeitos.

Contudo, sabemos que a tarefa não é simples e muitos desafios se colocam ao considerarmos a proposição de novos marcos conceituais e seus possíveis direcionamentos para as práticas, incluída a preocupação com processos de formação estabelecidos a partir de reflexão crítica e contínua acerca da situação de saúde

interrelacionada e situada em contexto histórico, social, político e econômico.

No que se refere à formação, é interessante verificar que a expressão ‘saúde coletiva’ é adotada no Brasil, ao final da década de 1970, durante o primeiro encontro nacional de cursos de pós-graduação, que reunia os programas de medicina social, medicina preventiva, saúde comunitária e saúde pública. A trajetória da pós-graduação e sua história nesse campo é relevante, conforme nos mostra Nunes<sup>1,2</sup>, e pode ser enriquecida com as contribuições produzidas em programas que, abertos aos problemas e referenciais trazidos do campo da saúde coletiva, colocam-se em diálogos que transcendem fronteiras disciplinares.

A psicologia social, por sua vez, tal como a saúde coletiva, constitui-se como matéria híbrida, situada num ponto de confluência de várias áreas. Sua problemática específica inscreve-se e define-se como campo dos limites, das fronteiras e das demarcações, dos filtros e das passagens<sup>3</sup>. A psicologia social da práxis, mais especificamente, revela uma complexidade na confluência de áreas, disciplinas e práticas que se ligam em modos de fazer, modos de pensar, visões de mundo que vão se construindo no campo de ação e subsidiando a práxis, de forma a sustentar os diálogos em abertura e deslocamento, como circuitos abertos.

Formulada por Enrique Pichon-Rivière, essa psicologia social foi tecida em solo latino-americano a partir da experiência dilemática do autor, herdeiro das culturas francesa e guarani, que foi impelido a integrar o heterogêneo e a convergir o diferente desde sua infância. Na maturidade, processou as múltiplas experiências de contraste e contradição, traduzindo-as em um método de análise científica da realidade que privilegia a interconexão dos fenômenos, considerando o caráter complexo e contraditório e a procura dessa contradição em todas as coisas, inclusive no pensamento humano. Desenvolveu um método de trabalho e aprendizagem instrumentado pela heterogeneidade que contribui para as interpretações do real<sup>4</sup>.

Pichon-Rivière (1907-1977), que se formou em psiquiatria e foi um dos principais precursores da psicanálise na América Latina, autodefiniu-se como um homem da saúde pública, médico sanitário e psicólogo social ao desenvolver seu trabalho a partir da compreensão de que a saúde se constrói comunitariamente, coletivamente<sup>5</sup>. Sua longa experiência em instituições psiquiátricas, articulada com suas várias inserções, possibilitou a elaboração de um critério de saúde e de questões importantes nesse campo. Foi enfático sobre a existência do aparato de dominação em nossa sociedade, destinado, em última instância, a perpetuar as relações de produção, ou seja, de exploração. Esse aparato inclui trabalhadores de saúde como veiculadores de uma concepção hierárquica, autoritária e dilemática da conduta, de tal modo que profissionais se tornam líderes da resistência à mudança quando tratam pessoas que necessitam de cuidado como ‘equivocadas’, podendo condicioná-las a uma situação de cronicidade<sup>6</sup>.

Na trajetória dessa construção, destacam-se dois aspectos teóricos estreitamente relacionados, embora oriundos de níveis de generalização distintos: a ‘concepção de sujeito’, que considera as ordens histórico-social, simbólica e da cultura como o especificamente humano; e um ‘critério de saúde’, chamado também de adaptação ativa à realidade ou aprendizagem, meio de análise das formas de relação do sujeito com o mundo, da relação constitutiva da subjetividade. Os processos de aprendizagem são objeto de investigação sistemática, entendidos como processo psicológico e fenômeno social com base em uma metodologia que considera a emergência de obstáculos na relação do sujeito cognoscente com o objeto de conhecimento.

Considerando tais perspectivas, objetivamos neste artigo, compartilhar as reflexões e indagações ligadas a uma experiência de formação acadêmica que problematiza a interdisciplinaridade como modo de operar diante das visões fragmentadas presentes nos processos de produção e de socialização do conhecimento. Tais questões, elaboradas em diálogo

com pós-graduandas(os) e graduandas(os) que compõem um grupo de pesquisa articulado a dois programas de pós-graduação, têm sido suscitadas a partir da saúde coletiva e áreas afins, particularmente a psicologia social.

Esse grupo integra estudantes de graduação com pós-graduandas(os), pesquisadoras(es) e professoras(es) de diferentes unidades e profissionais de serviços públicos oriundos de políticas sociais de saúde, educação, cultura, justiça, entre outros. Pretende, desse modo, refletir os potenciais alargamentos teórico-práticos, para ambos os campos, no encontro entre saúde coletiva e psicologia social.

A experiência mencionada vem sendo desenvolvida em dois programas de pós-graduação que incluem estudantes oriundos de diversas áreas de conhecimento: ‘Psicologia social’ para obtenção dos títulos de mestrado e doutorado em Psicologia na linha de pesquisa ‘Política, Saúde Coletiva e Psicologia Social’; e mestrado profissional ‘Formação Interdisciplinar em Saúde’.

Embora não sejam programas de pós-graduação em saúde coletiva, parte das temáticas desenvolvidas foram pautadas a partir desse campo, constituindo-se pesquisas<sup>7</sup> que investigam processos psicossociais que ocorrem em campos de relevância na vida social contemporânea, como políticas públicas intersetoriais, e que objetivam compreender os efeitos das políticas públicas sobre a vida das pessoas, além dos tipos de lacunas que se estabelecem entre os âmbitos político-jurídico e técnico-assistencial, quando está em questão a implantação de novos programas e políticas<sup>6</sup>.

Nessa experiência, que prima por encontros sistemáticos, privilegia o grupo como estratégia teórico-metodológica em uma perspectiva que não dissocia ensino-pesquisa-extensão e considera em sua composição sujeitos diversos e de campos de conhecimento múltiplos que objetivam exercitar o diálogo na busca pela superação de dicotomias, assim como a dialética entre sujeito e sociedade e as necessidades sociais de saúde.

## Saúde coletiva e interdisciplinaridade como movimento articulador

Saúde coletiva é entendida como um campo científico<sup>8-12</sup>, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e se operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos. Também é tomada como âmbito de práticas, no qual se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diferentes agentes dentro e fora do setor da saúde<sup>13</sup>.

A saúde coletiva vem se transformando e se complexificando nas últimas décadas, passando, conforme Luz<sup>14</sup>, de um modelo salubrista polidisciplinar para uma estrutura discursiva semiaberta que inclui continuamente disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, além das variadas práticas e formas de intervenção social. Pode ser considerada como campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento e a administração de saúde e as ciências sociais em saúde<sup>13</sup>. Como disciplinas complementares, podem-se considerar a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, dentre outras<sup>13</sup>.

No âmbito de práticas, a saúde coletiva envolve as disciplinas que tomam como objeto

As necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização<sup>13(310)</sup>.

Abrange, portanto, um conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas que são desenvolvidas tanto no âmbito acadêmico como nas instituições de saúde, organizações da sociedade civil e institutos de pesquisa<sup>13</sup>. Nessa perspectiva, a saúde coletiva fundamenta um

âmbito de práticas transdisciplinar, multi-profissional, interinstitucional e transetorial, que considera como marco conceitual “a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da sua submissão à clínica e da sua dependência ao modelo médico hegemônico”<sup>13(310)</sup>.

Como sabemos, a forma de produção de conhecimento por meio de disciplinas tem origem cartesiana em seu corolário da análise, no desmembrar para conhecer, o que conduziu a ciência ocidental com base nas especialidades; um reducionismo que constrói e trata objetos simples<sup>15</sup>. Com a expansão científica no século XX, a produção do conhecimento passou a visar não mais a fragmentação (análise), mas a construção de objetos por meio de um processo de composição de elementos constituintes (síntese)<sup>14</sup>. Observou-se, assim, a emergência de objetos complexos, que não se subordinavam a uma aproximação meramente explicativa, mas necessitavam de compreensão<sup>15</sup>. Conforme Almeida Filho<sup>15(38)</sup>, “o objeto complexo é sintético, não-linear, múltiplo, plural e emergente”, sendo que

a organização convencional da ciência, em disciplinas autônomas e até estanques, precisa ser superada por novas modalidades da práxis científica, instaurando formas alternativas de disciplinaridade<sup>15(38)</sup>.

Esse processo levou a uma abertura das fronteiras científicas, sendo necessário voltar para a polissemia resultante do cruzamento de diferentes discursos disciplinares, o que vem sendo chamado de interdisciplinaridade<sup>15</sup>. A interdisciplinaridade implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e, ao se sustentar sobre uma problemática comum, pode gerar aprendizagem mútua, que não ocorreria por uma simples adição<sup>15</sup>.

A saúde coletiva foi atravessada por esse processo histórico e observou a emergência de objetos complexos em seu campo, o que tornou necessária sua transformação. Como afirma Granda (1994), citado por Paim e Almeida

Filho<sup>13</sup>, para se estudar o processo saúde-doença, passou a ser necessário considerar os sujeitos sãos e enfermos não apenas para explicá-los, mas compreendê-los e construir potencialidades de ação.

O que é que define um furacão? Não é a medida da pressão barométrica, não é a velocidade dos ventos, não é a variação de temperatura, não é nada disso (que se pode estimar com um alto grau de precisão) mas é tudo isso, unificado em uma totalidade integral que se reconhece como o furacão, porém que não se reduz às suas medidas<sup>13(313)</sup>.

Tal qual o furacão, o objeto da saúde coletiva é complexo e não pode ser reduzido às suas partes<sup>13</sup>.

Luz<sup>14</sup> reflete sobre a irreversibilidade dessa complexidade e sobre a irredutibilidade da saúde coletiva a um paradigma monodisciplinar, proveniente dos campos da biologia, das ciências humanas e sociais, das tecnologias das ciências aplicadas à saúde ou de planejamento e gestão. Sendo assim, na saúde coletiva coexistem diferentes modelos discursivos de saberes disciplinares, práticas de intervenção e formas de expressão científica, constituindo um campo hierarquizado de saberes, práticas e agentes<sup>14</sup>.

Ainda que as ações desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva não estejam delineadas como disciplinas, podemos pensar que são referenciais, visões de mundo que podem ser consideradas como um esquema conceitual referencial e operativo, tal qual proposto por Pichon-Rivière<sup>16</sup>.

## Psicologia social da práxis e interdisciplinaridade como ação-reflexão

A psicologia social da práxis expressa o pensamento de Pichon-Rivière em um esquema que sistematiza um conjunto de conceitos gerais

e teóricos, cuja finalidade é dar conta de uma realidade para guiar uma ação sobre ela. Esse conjunto de conceitos, elaborados a partir do método dialético, está referido a um setor do real e a um determinado universo do discurso, permitindo a aproximação instrumental a um objeto particular concreto, e foi nomeado Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (Ecro)<sup>16</sup>. Entende que toda e qualquer investigação coincide com uma operação, pois não há indagação que não modifique a situação na qual emergiu.

Na abordagem de um campo de conhecimento, construir um esquema nessa perspectiva é importante no sentido de conduzir uma atitude autocrítica, i.e., que retifica ou ratifica, que faz análise semântica e sistêmica, e por incluir aspectos motivacionais referentes à verticalidade do sujeito que determinam os modos de abordar a realidade<sup>5</sup>. No caso do Ecro pichoniano, lança-se mão de três grandes campos disciplinares: as ciências sociais, que refletem a macroestrutura, o sujeito situado na estrutura social e na cultura a que pertence; a psicanálise, que considera as identificações inconscientes na constituição do esquema referencial subjetivo e sobre as vicissitudes subjetivas nos processos de mudança; e a psicologia social, que oferece noções importantes sobre grupo, conceito de papel.

A psicologia social pichoniana está inscrita em uma perspectiva de crítica da vida cotidiana, tem como ponto de partida a prática e aborda o sujeito imerso em suas relações sociais, em suas condições concretas de existência, investiga a relação dialética e fundante entre a ordem sócio-histórica e a subjetividade. Trata-se, portanto, de um objeto de grande complexidade que expressa a multiplicidade de processos e de relações que mutuamente se determinam e se afetam.

Como campo operacional privilegiado onde habitam estrutura social e fantasias inconscientes do sujeito em inter-relação, o grupo é instrumento de investigação e ação. Estrutura-se a partir do interjogo

de mecanismos de assunção e atribuição de papéis numa tarefa, que constitui sua finalidade. Permite a investigação do interjogo entre o psicossocial – o intrapsíquico, o grupo interno das cenas de interação internalizadas pelo sujeito – e o sociodinâmico – o intersubjetivo, o grupo externo – por meio da observação das formas de interação. Essa investigação sempre se dá em três direções: a psicossocial analisa o sujeito por meio de seus vínculos e relações interpessoais; a sociodinâmica analisa as diversas tensões que existem entre os membros do grupo; e a institucional investiga os grandes grupos, sua estrutura, origem, composição, história, economia, política, ideologia<sup>16</sup>.

O conjunto de contribuições presentes nesse esquema conceitual oferecido por Pichon-Rivière permite a compreensão horizontal, da totalidade comunitária, e a vertical, do sujeito nela inserido, de uma sociedade que está em permanente mudança, bem como dos problemas de adaptação do sujeito a seu meio.

Como instrumento, portanto, permite planejar um manejo das relações com a natureza e seus conteúdos, nas quais o sujeito se modifica a si mesmo e modifica o mundo, num constante interjogo dialético<sup>2(171)</sup>.

É uma perspectiva que indica uma visão integradora do ‘homem-em-situação’, objeto de uma ciência única, ou interciência, localizado numa determinada circunstância histórica e social. Para Pichon, essa visão é alcançada por meio de uma epistemologia convergente, na qual “todas as ciências do homem funcionam como uma unidade operacional, enriquecendo tanto o objeto do conhecimento como as técnicas destinadas à sua abordagem”<sup>16(170)</sup>.

Assim, refletimos sobre a possibilidade de considerar a interdisciplinaridade como ação-reflexiva a partir da perspectiva dessa visão integradora, mediadora de circuitos abertos que produzem aprendizagens diversas, simultâneas e transformadoras.

## Psicologia social da práxis e saúde coletiva: tecendo pontes

A partir do esquema conceitual proposto por Pichon, baseando-se em uma perspectiva multidimensional dos problemas sociais emergentes no processo de trabalho em saúde e considerando seus aspectos subjetivos, pode-se pensar que, embora se valorizem as diferentes dimensões de um mesmo problema, é comum a tentativa de discriminá-las, como se algo que vem do social atravessasse o sujeito e logo voltasse para o social<sup>17</sup>, como elementos independentes. Porém, a partir da perspectiva pichoniana, não é possível o estabelecimento de tais limites, dessa forma. Ao mesmo tempo, uma indiscriminação, uma não consideração de limite algum promove ansiedades que obstaculizam a elaboração de conhecimento e paralisam os processos de trabalho e aprendizagem.

Essa situação pode ser exemplificada pela própria experiência de Pichon-Rivière no contexto da formação de profissionais no Hospício de Las Mercedes nas décadas de 1930 e 1940, em Buenos Aires, Argentina. Ele pôde verificar que um dos grandes problemas estava na impossibilidade de elaborar saberes adquiridos pela prática, ou saber operatório, e na falta de informações por parte desses profissionais sobre o processo de adoecimento e no modo de lidar com as pessoas internadas. Considerou, assim, os obstáculos epistemológicos e epistemofílicos, que se configuram em causas importantes para a paralisia dos processos de trabalho no campo da saúde.

Os obstáculos epistemológicos dizem respeito às noções de disposição ou de carência de estruturas cognitivas e conceituais necessárias para uma determinada tarefa, enquanto os obstáculos epistemofílicos se ligam às resistências à mudança, resultantes dos medos básicos do ataque e da perda<sup>6</sup>. A tentativa do grupo de se proteger de tais questões manifesta-se a partir de um processo de paralisia ou de

estancamento da aprendizagem no qual o grupo passa a lidar com o conteúdo da aprendizagem de forma estereotipada<sup>16</sup>.

Isso impede a abertura para a incorporação de elementos novos, já que só se admite os conteúdos do conhecimento antigo. Pode-se, assim, refletir sobre o caráter complexo do trabalho interdisciplinar, considerando tais proposições. Diante de uma situação nova, que exige o abandono de antigas concepções, se explicita a falta de saberes que ofereçam algum tipo de segurança e depara-se com a indefinição em relação aos limites das diferentes práticas.

É fácil imaginar tal situação no campo da saúde na contemporaneidade, em que tantas mudanças sociais, políticas, econômicas vêm se instalando. No âmbito do trabalho, por exemplo, os medos que se expressam pelos trabalhadores podem ser compreendidos também como medo da perda da identidade profissional, o que emerge como fonte de ansiedade, que se refere também à falta de noção de limite<sup>6</sup>. Essas angústias, contradições e ambiguidades ligadas às relações grupais no cotidiano de trabalho no campo da saúde representam as dicotomias do pensamento, as lacunas entre instituição, ideias e práticas.

Pichon-Rivière, a partir de suas experiências no campo da saúde mental, pôde verificar que o medo da loucura, relacionado a temores hipocondríacos da contaminação e do contágio, se configuravam como as mais importantes fontes de resistência à aprendizagem da psiquiatria. Isso, porque o autor percebeu que a aprendizagem no fundo significa “identificar-se com o objeto do conhecimento, penetrar literalmente nele”<sup>16(108)</sup>, o que promove ansiedades ligadas à fantasia de ficar preso dentro do objeto.

Além disso, observa-se, também diante de situações novas, o medo do fracasso, que é o medo de não saber, “que se expressa como medo da convivência, medo da exposição, medo de não corresponder ao que se imagina e se espera de um profissional”<sup>6(168)</sup>. Para ele, a

explicitação das fantasias inconscientes ligadas aos medos da perda e do ataque permite a superação desse obstáculo epistemofílico, superando, assim, o estancamento da aprendizagem. Isso permite um salto dialético que promove a continuidade da tarefa<sup>16</sup>.

Importante também considerar que, ao mesmo tempo em que mecanismos defensivos expressos no grupo diante de uma tarefa nova representam impeditivos para a construção de novas práticas, também podem representar formas de ‘adaptação ativa à realidade’ e se configurar como possibilidades de os trabalhadores resistirem às adversidades que são desafiados a enfrentar<sup>6</sup>.

À medida que o sujeito apreende esse objeto de conhecimento e o transforma, ele modifica a si mesmo, entrando, assim, em um interjogo dialético com o mundo<sup>6(174)</sup>.

O medo da loucura, antes expresso pelos trabalhadores conforme afirmado, hoje pode ter sido deslocado para os limites estendidos das novas áreas de atuação<sup>6</sup>, o que tem sido defendido como interdisciplinaridade ou intersetorialidade no campo da saúde coletiva.

As contribuições vindas da saúde coletiva e da psicologia social da práxis nos trazem reflexões e questões acerca das dimensões de diversas ordens e áreas do conhecimento implicadas nos problemas que nos são colocados<sup>6</sup>. Nesse contexto, destacamos como nosso interesse a reflexão psicológica que deve ser feita a partir de uma atitude analítica que faça frente à consciência ingênua, indagando o interjogo de necessidades e satisfação<sup>6</sup> e as modalidades de resposta social em cada formação social concreta.

Nesse sentido, Scarcelli<sup>6</sup> propõe quatro âmbitos que auxiliam o ato de interrogar, identificar problemas e delimitar dimensões ao realizar uma análise da realidade que se pretende crítica à consciência ingênua e à vida cotidiana. Configurados como um recorte metodológico, apresentam-se como:

- Político-jurídico: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não governamentais decorrentes dessas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros.
- Social-cultural: indaga sobre grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição e implantação de políticas e práticas.
- Teórico-conceitual: indaga sobre fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis, etc.
- Técnico-assistencial: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimentos de práticas de programas, diretrizes políticas e leis<sup>6(218)</sup>.

Tais âmbitos, que não podem ser entendidos e operados separadamente, possibilitam, junto às dimensões de análise propostas por Pichon-Rivière e à vasta produção que integra o campo da saúde coletiva, agregar conhecimentos sobre os fenômenos numa perspectiva pluridimensional e interdisciplinar. Esses âmbitos referem-se a um conjunto de indagações que conduzem a reflexões a respeito de objetos e fenômenos compartilhados entre psicologia social e saúde coletiva, com vistas à produção de uma reflexão dialética, que, além de não privilegiar uma disciplina, como vínhamos discutindo, pretende não privilegiar também qualquer dimensão do campo da saúde para que este não seja reduzido à mera assistência nos serviços, por exemplo.

Com isso, registra-se a amplitude do conceito de saúde, das ações e práticas produzidas nesse contexto, pretendendo enfrentar as tendências frequentes de burocratização e de agir instrumental, como estereotipia descrita por Pichon, que acabam por simplificar o complexo processo saúde-doença, assim como a atuação e investigação nesse campo<sup>6</sup>.

## (Meta)formação na pós-graduação

A experiência do grupo aqui considerado, ainda que não esteja inscrita num programa de pós-graduação de saúde coletiva, tanto tem se pautado em como trazido contribuições para esse campo nos últimos quinze anos. É um grupo que se articula considerando a proposição de intercência, ou epistemologia convergente, conforme enuncia a psicologia social pichoniana; tem como pós-graduandas(os) discentes com tipos de formação tais como psicologia, sociologia, educação física, terapia ocupacional e moda e inserções profissionais nas áreas da saúde, educação, justiça. Além disso, vem desenvolvendo pesquisas que problematizam políticas públicas em setores como saúde e educação, na interface com gênero, saúde mental, justiça, violência e permanência estudantil<sup>7</sup>. Desse modo, as pesquisas trabalham a partir de áreas afins que também operam nas fronteiras.

Tal experiência se desenvolve a partir da compreensão que seu próprio eixo articulador é a formação em sentido amplo que inclui a autoformação, de modo a oferecer o desenvolvimento de postura aberta para transitar entre diferentes modelos teórico-práticos, sem perder a especificidade do conhecimento e da atuação na área e, desse modo, assumir gradativamente a responsabilidade por sua própria formação, compreendida como contínua e permanente.

O sentido é amplo também ao se ter como princípio a indissociabilidade do tripé ensino-pesquisa-extensão, ou seja, do aprender-investigar-fazer. Isso, porque há pesquisas cujos objetos são as atividades de extensão e há projetos de extensão que se constituem como campo de investigação; além de as interlocuções entre professoras(es), profissionais e pesquisadoras(es) serem, essencialmente, atividades de ensino e extensão. Assim, tal experiência afirma e aprimora a indissociabilidade desse tripé, seja em disciplinas da estrutura curricular, na articulação entre as



atividades-fim do ensino de graduação, pós-graduação, pesquisa, cultura e extensão, assim como no fortalecimento de projetos vinculados às políticas públicas e sociais e ao investimento em políticas de permanência estudantil.

Compreensão similar estende-se também ao contexto do trabalho em saúde, propondo-se integrar o tripé educação permanente, pesquisa em serviço, ou sistematização de experiência, e assistência-gestão na formação contínua para os setores sociais.

A formação em sentido amplo é, portanto, o metaobjetivo desse grupo que, conforme nos ensina a psicologia da práxis, refere-se a processos de aprendizagem, de adaptação ativa à realidade, como um itinerário em espiral contínua e “um aprender a aprender e um aprender a pensar”<sup>16(162)</sup> que integram estruturas afetivas, conceituais e de ação (sentir-pensar-fazer).

Tal compreensão está na base do desenvolvimento de atividades requeridas na pós-graduação, principalmente no modo de conduzir as orientações de pesquisa e as disciplinas oferecidas na estrutura curricular.

Uma disciplina incluída como parte dos dois programas aqui considerados é ofertada a discentes de diferentes unidades da universidade, o que tem se refletido em participações desde diversas áreas do conhecimento e práticas. Essa disciplina objetiva discutir temas relacionados às políticas públicas e à implantação de práticas na área de saúde e saúde mental, a partir de questões e conceitos formulados no campo da psicologia social tais como intersubjetividade, grupos, instituições; e refletir criticamente sobre desafios à pesquisa em psicologia social no campo das políticas públicas de saúde, tomando-as não de modo naturalizado, mas como resultado de processos sociais complexos compostos por tensões, conflitos e lutas entre distintos interesses e projetos de sociedade. É um modo de indagar e problematizar a política pública e a estrutura social, vendo Estado em uma perspectiva ampla, não apenas reduzido à burocracia do poder executivo que implanta

as políticas públicas destinadas a uma dada população.

Essa disciplina agrega pós-graduandas(os) com formação em diferentes áreas e oriunda(os) de outros programas de pós-graduação da própria universidade e de outras. O desenvolvimento da prática pedagógica adotada, que é participativa e inspirada na técnica operativa<sup>16</sup>, possibilita um processo de avaliação contínua, o que tem favorecido a constituição de uma rede de diálogos entre estudantes e profissionais que atuam em diferentes setores sociais, especialmente no setor público de saúde, que transcende o período no qual foi realizada, resultando em outras atividades, como eventos e ações, ciclos de aulas abertas que colocam o Sistema Único de Saúde em debate e possibilitam a participação da comunidade externa à universidade.

As tradicionais orientações previstas nos programas de pós-graduação foram reformuladas, de modo a seguir a perspectiva pedagógica dialógica e fundamentações teóricas sobre processos grupais, e oferecidas prioritariamente na modalidade grupal, possibilitando apoio à formação e autoformação de pós-graduandas(os) a partir do debate de suas pesquisas e incentivo para compartilhamento de investigações. Essa ferramenta colabora para a consolidação de grupos de pesquisa e para o aprimoramento da atitude investigativa necessária à produção de conhecimentos e à construção de práticas. Tais atividades didáticas e pedagógicas em perspectiva participativa adotam um diálogo constante com o outro no contexto social, sendo esse um processo de criação no qual todos se recriam.

O diálogo igualitário é de fundamental importância para ensino-aprendizagem, embora considerando que, dissociada do ato investigativo e da produção de conhecimento, a formação corre o risco de se restringir a mero treinamento ou a formas de qualificação que resultem menos em atitudes criativas no processo de trabalho e mais na adaptação de pessoas a alguma lógica burocratizada.

## Considerações finais

A experiência de formação aqui considerada, construída na relação docente-estudante e no grupo aprendendo a aprender, reflete e problematiza a formação como objetivo transversal no ensino superior, com a noção de interdisciplinaridade como confluência de diferentes campos de saberes e fazeres. Ao privilegiar o grupo como estratégia teórico-metodológica, como técnica operativa, trabalha em um circuito aberto, que privilegia a aprendizagem por meio da problematização e dos deslocamentos que possam emergir. Isso é possível, pois o grupo é cenário imediato da experiência, de determinação recíproca entre sujeitos, de interdependência entre o intrassubjetivo e o intersubjetivo, entre o sujeito e o contexto vincular.

Além disso, é experiência que se inspira no modo de compreender educação como *paideia*<sup>18</sup> para pensar a formação em sentido amplo que se manifesta na instituição acadêmica pelo princípio de indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e, além de seus limites como aprender-investigar-fazer, pela disposição contínua para abertura e por meio da autoformação.

Tal tarefa revela a complexidade com a qual nos deparamos no encontro entre áreas e visões de mundo que se põem em jogo na construção de uma práxis; no entendimento de que toda e qualquer investigação e prática não só indagam, mas modificam o saber e a prática<sup>16</sup>.

Destaca-se também o caráter complexo desse trabalho, pretendido interdisciplinar, ao considerarmos que as situações desconhecidas, novas, exigem o abandono de um saber fazer e, por isso, apresentam-se como ameaçadoras, como obstáculos epistemológicos e epistemofílicos<sup>16</sup>, como carência de estruturas cognitivas e conceituais que se manifestam como resistência à mudança, operando em um fazer estereotipado, fechado e burocratizado.

Enfim, o trabalho do grupo de pesquisa aqui considerado tem sido mobilizador e implicado, necessário ao diálogo interdisciplinar, de acordo com a psicologia social da práxis, por meio de atuações integradoras, mediadoras da circulação de discursos com a finalidade de aprendizagem mútua das disciplinas, como ação-reflexiva. Em diálogo com a saúde coletiva, tem nos ensinado que esse pode ser um dos modos de romper com o fazer de adição ou sobreposição de saberes para poder operar sobre uma problemática comum a tarefa que nos articula: a saúde.

## Colaboradoras

Scarcelli IR (0000-0003-1620-4596)\*, Rivera MFA (0000-0001-8074-0794)\*, Valentim ACMSF (0000-0002-6488-5923)\*, Lima NP (0000-0001-8021-0056)\* e Martins AA (0000-0003-1225-318X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Nunes ED. Saúde Coletiva: Revisitando a sua História e os Cursos de Pós-Graduação. *Ciênc. Saúde Colet.* 1996 [acesso em 2021 out 23]; 1(1):55-69. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vFTV3BJX5pHyDRRcfGtFw3p/?lang=pt>.
2. Nunes ED, Ferreto LE, Barros NF. A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010 [acesso em 2021 out 23]; 15(4):1923-1934. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HyH6bX8xyf5wfWWRbKsWkG/?lang=pt>.
3. Fernandes MIA, Scarcelli IR. A queda do hífen: história, política e clínica. In: Silva Junior N, Zangari W, organizadores. *A psicologia social e a questão do hífen*. São Paulo: Blucher; 2017. p. 103-115. [acesso em 2021 set 12]. Disponível em: <https://sites.usp.br/ppg-pst/wp-content/uploads/sites/218/2017/03/psicologiasocialquestaohifen.pdf>.
4. Quiroga AMP. Revisão histórica: a trajetória dos autores e de suas obras – Enrique Pichon Rivière. In: Instituto Pichon-rivière de São Paulo. *O processo educativo segundo Paulo Freire & Pichon-Rivière*. Petrópolis: Vozes; 1985. p. 15-26.
5. Lema VZ. *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière: sobre el arte y la locura*. 15. ed. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 2008.
6. Scarcelli IR. *Psicologia Social e Políticas Públicas: Pontes e Interfaces no Campo da Saúde*. São Paulo: Zagodoni; 2017.
7. Rivera MFA, Romão TA, Valentim ACMSE, et al. *Psicologia Social e Políticas Públicas em diálogo com saúde e educação: questões de gênero, saúde mental, justiça, violência e permanência estudantil*. In: Cordeiro MP, Lara MFA, Aragusuku HA, et al., organizadores. *Pesquisas em psicologia e políticas públicas: Diálogos na pós-graduação*. v. 1. São Paulo: IPUSP; 2019. p. 230-250. [acesso em 2021 set 12]. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/413>.
8. Birman J. A physis da saúde coletiva. *Physis: Rev. saúde colet.* 1991 [acesso em 2021 out 25]; 1(1):7-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MGJKwBxGS4gZjRMtNMFQ8md/?lang=pt>.
9. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2000 [acesso em 2021 out 25]; 5(2):219-250. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZ-L64hdTPL4VBjnrLh/abstract/?lang=pt>.
10. Leal MB, Junior KRC. Saúde Coletiva em debate: reflexões acerca de um campo em construção. *Interface comun. saúde educ.* 2012 [acesso em 2021 out 25]; 16(40):53-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jfMpnfNFpGPnf5h79dww4DJ/abstract/?lang=pt>.
11. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde Soc.* São Paulo. 1994 [acesso em 2021 out 25]; 3(2):5-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bTHWsnDCM3h9Fpj73YGSLgn/?lang=pt>.
12. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é saúde coletiva? In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.
13. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. saúde pública.* 1998 [acesso em 2021 set 12]; 32(4):299-316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/abstract/?lang=pt>.
14. Luz MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc.* 2009 [acesso em 2021 set 10]; 18(2):304-311. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhKMvH4KqDSJNgSG48VqG/abstract/?lang=pt>.

15. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. *Saúde Soc.* 2005 [acesso em 2021 set 10]; 14(3):30-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FHKgcx975Y5CBSR-75SwMnKF/abstract/?lang=pt>.
16. Pichon-Rivière E. *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
17. Bauleo A. *Notas de psicologia e psiquiatria social*. São Paulo: Escuta; 1988.
18. Jaeger W. *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes; 1986.

---

Recebido em 28/10/2021  
Aprovado em 14/06/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Educação física e a formação em saúde coletiva: deslocamentos necessários para a atuação no Sistema Único de Saúde

*Physical education and training in public health: necessary displacements to act in the Brazilian Unified Health System*

Vania Susana Brassea Galleguillos<sup>1</sup>, Leonardo Carnut<sup>1</sup>, Lúcia Dias da Silva Guerra<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213514

**RESUMO** Este ensaio tem a proposta de refletir sobre a importância da saúde coletiva no âmbito da formação na área de educação física, as relações com as demandas sociais, a ampliação das perspectivas da educação física no âmbito da saúde e o papel dos currículos nesse processo. Está estruturado em quatro seções: na primeira, foram contextualizados os caminhos históricos, a área de educação física e a formação em saúde; na segunda, problematizaram-se os deslocamentos que a educação física precisa realizar em direção ao campo da saúde coletiva e do Sistema Único de Saúde (SUS); a terceira questiona a relação entre currículo, universidade e a reprodução social que pode ocorrer quando se inserem os conhecimentos e as práticas da saúde coletiva acriticamente; e, por fim, a quarta e última seção apresenta breves considerações finais no intuito de apontar alguns direcionamentos sobre a formação nessa área.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação física. Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Ensino.

**ABSTRACT** *This essay aims to reflect on the importance of public health in the context of training in the field of physical education, the relations with social demands, the expansion of perspectives of physical education in the health field, and the role of curricula in this process. It is structured in four sections: in the first, the historical paths, the area of physical education and health training were contextualized; in the second one, the displacements that physical education needs to make towards the field of public health and the Unified Health System (SUS) were discussed; the third one questions the relationship between curriculum, university and social reproduction that can occur when the knowledge and practices of public health are uncritically inserted; and, finally, the fourth and last section presents brief final considerations in order to point out some directions on training in this area.*

**KEYWORDS** *Physical education. Public health. Unified Health System. Teaching.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.  
vchilebg@gmail.com

<sup>2</sup>Centro Universitário Anhanguera (Anhanguera Campus Santana) - São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

A área da educação física é de fato aquela que tem o profissional que destina totalmente a sua ação à promoção da saúde por meio de diversas atividades, das quais, a atividade física, o condicionamento físico e o lazer são algumas abordagens expressivas. Ao adentrarem o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essas ações devem ser fortemente dotadas de um aspecto comunitário, direcionadas à vida coletiva e, em termos concretos, à efetividade de um direito social, que é o direito à saúde em sua ampla concepção.

Apesar dos recentes esforços nos anos 2000 com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que preconizavam um espaço de atuação no SUS para a área da educação física – extintos pelo atual governo por meio da Nota Técnica nº 3/2020<sup>1</sup> –, não há como negar que o SUS apresentou um lócus concreto de atuação em uma lógica interprofissional para a educação física. Além do mais, experiências localizadas, como as Academias da Cidade ou Academias da Saúde em governos municipais e estaduais<sup>2</sup>, oportunizaram a atuação desse valioso profissional na equipe de saúde no intuito de garantir ao SUS a ênfase que lhe é atribuída constitucionalmente: a promoção da saúde das populações.

Estudos realizados demonstram que, quando há a inserção desse profissional no SUS, diversos aspectos são construídos comunitariamente, sendo mencionada pelos usuários uma sensação de bem-estar e qualidade de vida, em termos de ‘sentir-se bem’ com seu corpo, ao mesmo tempo que sentem suas doenças sob controle. Ademais, os usuários passam a perceber a promoção da saúde de forma ampliada e não reduzida às atividades físicas apenas, ao relatarem a importância da socialização e da reciprocidade proporcionada pela interação<sup>3</sup>.

Sendo assim, tematizar a área de saúde coletiva na formação em educação física é essencial para compreender os desafios que ela precisa enfrentar para preparar de forma adequada esse profissional para o sistema de

saúde brasileiro. A formação para o SUS, para além de ser um atributo formal, é uma obrigação legal, na medida em que compete ao SUS reordenar a formação de recursos humanos em saúde, sendo o profissional de educação física um deles, conforme disposto no inciso III, art. 200 da Constituição Federal<sup>4</sup>. Todavia, ainda com uma prática muito orientada pela lógica desportiva individual e para o treinamento físico de herança militar, a educação física tem tido dificuldades em pautar a formação ‘no’ e ‘para’ o SUS em seus currículos.

Nesse sentido, o presente ensaio visa a problematizar a inclusão de saberes e práticas da saúde coletiva, no âmbito da formação na área de educação física, as relações dessa formação com as demandas sociais, a ampliação das perspectivas da educação física no âmbito da saúde e, por fim, pensar como esse currículo pode ajudar a formar um profissional que dilate os contornos do direito à saúde no SUS.

Para isso, recorreu-se a quatro seções na narrativa empreendida neste ensaio. Na primeira seção, buscou-se contextualizar os caminhos históricos, a área de educação física e a formação em saúde; na segunda, problematizou-se sobre os deslocamentos que a educação física precisa realizar em direção ao campo da saúde coletiva e do SUS; na terceira, questionou-se a relação entre currículo, universidade e a reprodução social que pode ocorrer quando se inserem os conteúdos de saúde coletiva acriticamente; e, por fim, na quarta seção, breves considerações finais foram tecidas no intuito de apontar direcionamentos sobre a formação nessa área.

## Educação física, caminhos históricos e formação em saúde

A educação física traz na sua construção como profissão a herança militar, baseada em regras, com foco no condicionamento físico e na hegemonia da raça, indo ao encontro do

momento político-econômico vigente, que se estabelecia no contexto social, e no modelo de saúde e de educação de meados do século XX<sup>5</sup>. Essa referência aparece desde a chegada de colonos, imigrantes e militares, ao estruturarem ações para o lazer e, também, para a disciplina corporal. Sem embargo, foi o grupo de militares quem exerceu maior influência na conformação da profissão, compartilhando os benefícios da atividade física<sup>6</sup>, pautados pelos modelos ginásticos europeus (Escola Inglesa, Sueca, Alemã, Francesa).

O método sueco, inicialmente, foi indicado como o mais apropriado para ser implantado, devido ao seu caráter educacional, no entanto, o método francês teve maior destaque e, conseqüentemente, foi implantado nas escolas brasileiras. Esse método priorizava a racionalidade científica e a disciplina metódica, sendo, então, implementado nas instituições que exerceriam o controle da sociedade, tais como a saúde, o exército e a educação, sendo o corpo usado como objeto de controle e responsabilidade do Estado<sup>7</sup>.

A educação física adquire, então, sua legalidade em 1939, e passa a pertencer ao currículo escolar básico de forma obrigatória. Não obstante, seu reconhecimento pelo Ministério da Saúde como profissão de promoção da saúde ocorre apenas em 1997<sup>6</sup>.

É importante lembrar, nesse interim, que a educação física teve como finalidade a construção de corpos saudáveis, dóceis, disciplinados, e que havia, em sua origem, a presença da reflexão pedagógica, contudo, legitimada por meio do conhecimento médico-científico, que ‘oficializa’ a educação física como uma área de conhecimento, juntamente com sua presença obrigatória no âmbito escolar<sup>8</sup>. Ao ampliar seu campo de atuação para a saúde, com uma lógica que visa a formar para a doença, reafirma sua legitimação original. Além disso, essa ampliação é fruto do movimento que ocorre na década de 1980 na área da educação física, de quebra de paradigma da aptidão física e esportiva impulsionada pela articulação das ciências humanas e sociais<sup>8,9</sup>, mas que não se

consolida, culminando em uma formação em licenciatura e bacharelado e na formação em saúde distante da perspectiva de direito.

A esse fato adiciona-se que, com destaque para o período de 1930 a 1970, os profissionais da área da saúde passam a ser forjados pelo modelo biomédico. Esse modelo é um constructo com origem na ruptura da antiga forma de pensar, olhar, entender, conhecer o corpo. Foi através da anatomia com uma nova racionalidade médica, com ênfase no mecanismo fisiopatológico, que a ‘máquina’ corpo humano tornou-se o objeto central da prática em saúde. O estudo desse corpo se fez em corpos mortos, tornando o corpo uma sede para as entidades patológicas, colocando a saúde, assim como tudo que está fora da ‘razão da doença’, para fora dessa forma de ensinar. Essa é a herança cultural mais forte das profissões da saúde até hoje<sup>10</sup>.

No caso da educação física, o caminho foi o mesmo. Assim como as outras profissões da saúde, a educação física também tem como premissa o paradigma biomédico ou médico-centrado, logo, de um lado, proliferam pesquisas embasadas na lógica das ciências naturais e biológicas, e, de outro, a utilização de instrumentos, metodologias e abordagens com ênfase na cura ou na diminuição dos efeitos provocados por algum tipo de doença<sup>11</sup>.

A esse fato Soares<sup>12(48)</sup> destaca:

O caráter contraditório deste conhecimento que, ao libertar, aprisiona e revela-se como mecanismo de poder por parte do Estado que o utiliza como poder disciplinar e de modo ora sutil, ora acintoso, dele se vale para o controle das massas urbanas.

Posto isso, desde 1970, a área da saúde no Brasil vem passando por várias mudanças, e a Reforma Sanitária, juntamente com a criação do SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990<sup>13</sup>, são algumas delas. A Reforma buscou o reconhecimento da saúde como direito social e apresentou um novo modelo de atenção à saúde, caracterizado pela inserção

do princípio da universalização das ações de saúde, descentralização, integralidade e regionalização no atendimento<sup>14</sup>.

A Reforma Sanitária Brasileira é o resultado dos desfechos do enfrentamento popular à ditadura e aos impactos negativos que a saúde, bem como a educação e outros setores sociais representavam naquele contexto<sup>15</sup>. O auge das insatisfações das forças sociais que abarcaram esse novo pensar e agir em saúde se deu na crise da década de 1980, resultando na implantação desse projeto. Nesse cenário, certos centros acadêmicos, pioneiros na discussão, esboçaram interesse em readequar as matrizes curriculares de suas graduações de modo a acompanhar o movimento das políticas públicas, legitimando a saúde, agora, como um direito social<sup>16</sup>.

A grande mobilização da sociedade pela reforma do sistema de saúde teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Nas discussões com os grupos e assembleias que aconteceram, foram aprovadas as principais demandas do movimento sanitário: fortalecer o setor público de saúde, expandir o acesso a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo, assim, um sistema único. Após isso, o SUS transformou-se em realidade, e, assim, as visões sobre o movimento e o processo de reformas tomaram outros rumos<sup>17</sup>.

Destarte, na Constituição de 1988, ficou estabelecido no art.196, regulamentado em 1990<sup>11</sup>, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, e o SUS passou a integrar todos os serviços de saúde do País. No período imediatamente posterior, a luta social foi se pautando pela real implementação do sistema, que apresentava diversos desafios do ponto de vista político-institucional<sup>18</sup>. Mesmo reconhecido juridicamente por intermédio de seus princípios e diretrizes<sup>17,19</sup>, o SUS vinha padecendo sob o ponto de vista estrutural, o que exigiu, em momentos de crise, maior esforço nas mudanças comportamentais relacionadas aos seus profissionais e suas formações.

Pautado nessa lógica, o documento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) descreve que,

o SUS, com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileiras, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde<sup>20(9)</sup>.

Logo, mesmo reconhecendo-se o inciso III do art. 200 da Constituição Federal, que versa sobre a direção em que o SUS deve se orientar na ordenação dos recursos humanos para a saúde<sup>1</sup>, e mesmo ainda com o avanço nas políticas indutoras da formação de profissionais para o SUS, em consonância com esse inciso<sup>21</sup>, o sistema de saúde brasileiro persiste em grande parte curativo, assistencial e pouco preventivo, portanto, necessitando de reformulações. Também se pode ressaltar que esse modelo tem uma lógica de ser e que vem ao encontro do modo de produção capitalista<sup>22</sup>, logo, a demanda ocorre por ‘venda de saúde’ ou saúde como mercadoria, e o conceito adotado pelos profissionais da área, muitas vezes, é a ‘ausência de doença’.

Em razão disso, durante sua implantação, todos os profissionais da área da saúde e afins que foram construir o sistema apresentavam limitações concretas em suas formações de base, o que, em grande medida, tem se tornado um problema persistente da execução da norma constitucional no dia a dia dos serviços<sup>23</sup>. Com a educação física, isso não foi diferente. Portanto, ao se repassar a história da saúde, da educação física e da Reforma Sanitária Brasileira, pode-se perceber que as relações são estreitas, com vínculos muito mais fortes do que realmente parecem possuir, e que podem ser elucidadas em função das muitas situações vivenciadas hoje.

Diante disso, apesar de ser considerada uma profissão da saúde, a educação física está longe de estar efetivamente presente nesses espaços como promotora de saúde tal como deveria, ou distante, ainda, da importância de suas práticas para o desenvolvimento da saúde



do indivíduo, das famílias e comunidades, de forma que possam ser realmente desenvolvidas em sua plenitude.

Ao abordar a educação física como profissão da saúde, deve-se remeter à história e verificar a condução dada a essa profissão no tocante à saúde coletiva. A história vai apresentando qual é a herança que existe das práticas militares nessa profissão, a aptidão física, o higienismo, e que finda por se distanciar da concepção de saúde do ponto de vista dos direitos, portanto, afastando-se da racionalidade dos sistemas públicos, como no caso do SUS<sup>24</sup>.

Como consequência, a educação física termina o século XX de forma parcialmente consolidada legalmente, porém, não legitimada politicamente<sup>5</sup>. Esses acontecimentos, quando em congruência com o contexto de saúde da época, talvez expliquem o fato de a educação física estar presente nos grupos de saúde ainda de forma tímida, pouco representativa, em que pese todo o seu processo de construção<sup>5,6,11</sup>.

Portanto, a área exige um olhar que extrapole os aspectos biológicos e que tenha o sujeito (indivíduo ou seu coletivo) como ser central, capacitando esses profissionais por meio de parcerias entre os serviços e as universidades. No entanto, embora tais ações ocorram, o rompimento com o paradigma biomédico no ensino na saúde tem sido uma tarefa árdua. Ainda persiste como realidade em grande parte das instituições formadoras o modelo tradicional de ensino hegemônico, médico-centrado e cartesiano<sup>16</sup>. A educação física, assim como ocorre em vários outros cursos de graduação, também é uma das áreas da saúde onde pouco se discute o SUS<sup>19</sup>.

## **Deslocamentos da educação física para o campo da saúde coletiva e o SUS**

O encontro da educação física com a saúde coletiva é recente e está em fase de construção. Os profissionais ainda são formados

por currículos que associam a prática profissional ao discurso preponderantemente biologicista ou fisiologicista. Em que pesem tímidos avanços na aproximação entre esses campos de saber, a atenção à saúde ainda é centrada nos aspectos biomédicos, e a atuação da educação física está relacionada fortemente às aulas práticas de exercícios, palestras e consultorias<sup>11</sup>.

Essa realidade pode estar ancorada em alguns elementos, como o modelo biomédico e sua perspectiva de saúde, legitimando uma formação para o mercado privativo<sup>25</sup>, uma busca de normalidade do corpo e controle social<sup>12</sup>. O reflexo desse ‘modo de fazer’ saúde, ainda que resista por meio das formações ou pelas práticas nos serviços, vem tentando ser superado, apesar dos grandes desafios que isso representa. Ações ou iniciativas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>26,27</sup> e a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC)<sup>28</sup>, trazem alguns avanços nessa direção.

Ainda nesse caminho, o reconhecimento do profissional de educação física como profissional de saúde se concretiza com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 218, de 1997<sup>29</sup>, culminando, em 2008, por meio da Portaria n° 154/2008, na possibilidade de inserção desses profissionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para atuarem na atenção básica de saúde<sup>30</sup>.

Pasquim<sup>31</sup> destaca duas questões a respeito da área da educação física e seu reconhecimento na área da saúde: a falta de unificação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e, conseqüentemente, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e sobre as afirmações nas Diretrizes Curriculares de 2004, na Resolução n° 7 do Conselho Nacional de Educação (CNE). Nota-se que, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), ela está configurada na posição 224<sup>32</sup>, sendo agregadas sete subclassificações com nomes como Avaliador Físico (código: 2241-05) ou Ludomotricista

(código: 2241-10). Vale ressaltar que em todas essas classificações estão descritas a exigência da formação no ensino superior em educação física e o registro no Conselho Regional de Educação Física, como, também, que os profissionais prestem serviço no campo dos exercícios físicos com objetivos de saúde (CBO). Quanto às diretrizes curriculares de 2004<sup>33</sup>, estava prevista a responsabilidade do egresso pela prevenção, promoção, proteção e reabilitação, com a intenção de ter um espaço no SUS, no entanto, “não impôs a priori nenhuma alteração na intervenção ou na formação profissional”<sup>31(197)</sup>.

Apesar de parecer apenas uma questão de nomenclatura, essa falta de clareza nas informações pode ser um indício, e deve ser discutida, já que pode implicar tanto o seu reconhecimento e as expectativas dos outros profissionais da saúde como sua efetiva atuação no SUS. Rodrigues et al.<sup>14</sup>, em sua revisão sistemática sobre a inserção do profissional de educação física no SUS, evidenciam que grande parte dos contratos desses profissionais é temporária, poucos são concebidos por concurso público e sua atenção está bastante voltada para as Doenças Crônicas-degenerativas Não Transmissíveis (DCNT), caminhadas, fortalecimento muscular, palestras e cartilhas.

Em outra revisão sistemática com foco na atuação do profissional de educação física e suas intervenções no SUS, Carvalho, Abdalla e Bueno Júnior<sup>34</sup> apontam a carência de estudos sobre o tema e estudos com crianças, já que as intervenções com foco curativo para remediar a vida sedentária e com idosos são as ações mais presentes, sendo que essas limitações podem ser superadas. E destacam algumas questões importantes nessa direção, como: a ampliação das intervenções com outros públicos, outros tipos de ação, a territorialização, discussão dos problemas da comunidade, entre outros.

Em contraposição às implicações da herança biomédica e ao reconhecimento limitado da profissão, Neves, Antunes e Baptista<sup>11(174)</sup> afirmam:

Conquistar espaço nesse campo da saúde pública requer, além de ‘estratégias’ individuais e coletivas – a partir dos capitais dos profissionais presentes nas ações no campo da saúde pública em nível local, regional e nacional – ‘tempo e legitimidade’, o que significa entender profundamente o jogo de ‘poder’, as contradições, lutas, disputas, dificuldades e desafios do trabalho no SUS, considerando as representações sociais e gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a Educação Física.

Isso leva a refletir sobre o quanto a formação e a relação do seu reconhecimento na área da saúde são essenciais nesse tempo histórico da profissão, emergindo daí alguns questionamentos: qual é a discussão sobre o SUS feita na formação em educação física? A educação física discute de fato a saúde nos seus cursos? Qual seria a pauta dessas discussões? Qual é a interação da educação física com a saúde coletiva?

Nesse sentido, vale ressaltar que foi no decorrer dos anos de 1970, em alguns municípios, que foram realizadas experiências de organização dos programas de saúde, por meio da atuação dos egressos dos programas de residência em medicina preventiva e social e dos cursos de saúde pública, culminando em ‘pilotos’ do SUS. Isso criou locais para discussões, inclusão de profissionais de diversas áreas e contribuiu para o movimento sanitário e da saúde coletiva. Desse modo, enquanto área de conhecimento, a saúde coletiva teve seu constructo atrelada ao campo científico, em convergência com os campos político e burocrático<sup>35</sup>.

Carvalho<sup>36(112)</sup> evidencia, ainda, que

A Saúde Coletiva, integrando áreas de conhecimento distintas, traz à tona a dimensão coletiva e política da saúde, que hoje se procura concretizar por meio da busca por melhores condições de vida para a população.

Nota-se que, embora os anseios de mudança e ampliação da perspectiva estejam em

discussão, a saúde como ‘completo bem-estar’ ainda não se apresenta enraizada nas práticas, estando vivificadas no senso comum práticas centradas na doença, dificultando uma mudança de paradigma. Nogueira e Palma<sup>37</sup> destacam as implicações sobre a mudança da ótica biológica, com foco na doença, para o processo saúde-doença. Em vista disso, pode-se observar a complexidade das relações nesse contexto, e que deslocamentos são necessários, contudo, quais são os deslocamentos que a educação física está fazendo nesse processo?

Giddens<sup>38</sup> discorre, ainda, a respeito de uma nova ordem quanto aos saberes da saúde e da doença, evidenciando o protagonismo das pessoas nessa lógica, seja nas representações ou nas escolhas diárias com relação ao nosso corpo e ao seu gerenciamento. Essa nova composição, associada às críticas ao modelo biomédico, tem contribuído para transformações na área da saúde das sociedades modernas, visto que as doenças também mudaram. As mortes, antes por doenças infecciosas, passaram a ocorrer por doenças não infecciosas, fruto dos tempos de hipermodernidade<sup>39</sup>.

Nesse interim, o que parece ocorrer é a falta de um elemento na pauta quando se trata da área da saúde e da formação em educação física, o que pode implicar resultados diferentes quando se inserem nessa relação as condições sociais. Giddens<sup>38(5)</sup> ressalta que “os meios sociais de onde provimos têm muito a ver com o tipo de decisões que consideramos adequadas”. Essas questões devem ser incorporadas pela área da educação física nas articulações feitas com a área da saúde para um efetivo deslocamento das suas atuações tradicionais, para uma perspectiva de saúde como direito.

Desse modo, apesar de esse enlace entre a educação física e a saúde coletiva ser bastante complexo, existem alguns pesquisadores com essa linha de pesquisa presentes em alguns cursos de pós-graduação no Brasil, com grupos envolvidos nessa temática, tais como a Universidade de São Paulo (USP), a

Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)<sup>40</sup>.

Para Bagrichevsky e Estevão<sup>5(138)</sup>,

A proposta de um ‘giro’ no direcionamento político-pedagógico dos projetos de curso de educação física seria apenas o primeiro passo. Nesse caso, os programas de graduação (sobretudo, em universidades públicas), precisariam ‘dividir’ a prioridade da formação, que hoje aparece calcada no modelo tradicional de atendimento à saúde mais voltado ao mercado privado (academias, clubes, etc), para um processo mais sintonizado com as necessidades sociais da população em termos de ações sanitárias – sem esquecer do cuidado individual, obviamente. Na verdade, tal opção não excluiria a preparação para os campos de atuação já existentes e sim, ampliaria o leque de possibilidades, uma vez que o SUS tem se configurado como uma proposta política em larga expansão.

Pautados nessa lógica, Loch, Rech e Costa<sup>41</sup> apresentam algumas proposições no intuito de uma melhor aproximação entre a educação física e a saúde coletiva, como: tornar a área mais estruturante na formação do profissional de educação física, a ampliação do campo das ciências humanas e sociais, enfatizar a política e o planejamento nos currículos, o trabalho interprofissional, bem como a importância de maior aproximação também nos cursos de licenciatura.

Nessa perspectiva, o Programa Academia da Cidade, por meio dos seus eixos, como a mobilização da comunidade ou as práticas corporais e atividades físicas, é um exemplo, visando a proporcionar condições de desenvolver ações de promoção da saúde com a população de forma ampliada<sup>42</sup>. Outro exemplo é o estudo de Santos et al.<sup>3</sup> sobre o Programa Saúde no Parque, que apresenta alguns resultados interessantes como a sensação de bem-estar, o retorno da autoestima e o conhecimento gerado, a partir de práticas corporais ou atividades físicas, por meio de

equipes multidisciplinares com a presença da área da educação física, mas que não têm um fim em si mesmas. Relação também apresentada no estudo de Carvalho, Abdalla e Bueno Júnior<sup>34</sup>, que ainda destaca a importância da territorialização, não apenas como avaliação do processo saúde e doença, mas para melhorar o acolhimento da comunidade e as relações interprofissionais.

Portanto, pode ser uma realidade a educação física estar presente efetivamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como principal objetivo a melhora do estado de saúde da população, por meio da construção de um modelo de atenção com foco na promoção, proteção, no diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com as diretrizes do SUS<sup>6</sup>.

Contudo, a constatação de necessárias mudanças na formação em saúde do professor de educação física não é simplesmente o apontamento da frágil articulação entre as demandas em saúde, a formação de trabalhadores e a regulamentação do trabalho. Afinal, nossa tarefa não é reformar acriticamente os cursos aos novos paradigmas científicos e tecnológicos demandados pelas contradições do capitalismo, senão criar bases para um novo processo pedagógico<sup>31(199)</sup>.

Nessa perspectiva, pode-se evidenciar que a educação física enquanto área da saúde deve se fundir às diretrizes do SUS e evidenciar seu potencial a ser explorado, especialmente nas práticas integradas com as demais profissões da saúde, nas políticas públicas já constituídas e no seu amplo desenvolvimento. Isso força a área da educação física a refletir sobre as competências necessárias para poder se inserir melhor no SUS, potencializando seus objetivos e, sobretudo, redirecionando a visão do processo pedagógico que envolve o binômio saúde-educação. Contudo, será que apenas inserir disciplinas com conteúdo de saúde coletiva nos currículos é o suficiente? E o peso da institucionalidade da universidade nesse deslocamento?

## **Currículo e universidade: a saúde coletiva na educação física produz ou reproduz?**

O peso da institucionalidade da universidade como aparelho formador deve levar ao questionamento: formar quem, para o quê? A determinação histórica apresentada nas seções anteriores sobre a formação em educação física possibilita uma compreensão do ‘lugar de fala da profissão’, à semelhança de todas as profissões da área da saúde em formar para doença, e não para saúde; para ações técnico-curativas, e não para ações de promoção da saúde; para o mercado capitalista, e não para o SUS como expressão de um direito social.

Por conseguinte, em alguma medida, a saúde como um direito social<sup>43</sup> produz o novo no que tange ao questionamento do papel da mercantilização da saúde, induzida pela biomedicina e pela tecnociência. Não obstante, mesmo considerando esse papel disruptivo do direito à saúde e como a saúde coletiva poderia tematizar esse conteúdo em seus currículos, há também limites, por mais promissor que isso seja.

Logo, é entre esses polos dialéticos que a reflexão sobre o papel do currículo das universidades deve se assentar. Parece que depositar no currículo das universidades toda sorte de esperanças em uma transformação social é forçoso quando se pensa que o peso das instituições alinhadas à lógica da reprodução capitalista – como a biomedicina, a tecnociência e, por que não dizer, as escolas universitárias – tende a impedir movimentos disruptivos que possam formar profissões que destoem muito de um perfil que seja alinhado aos objetivos dessas instituições.

As escolas modernas, em que se incluem as universidades, são instituições herdeiras do modo de produção que visa, em última instância, à reprodução de uma força de trabalho que se insira no processo produtivo no mundo do mercado capitalista. Esperar um descompromisso da instituição universitária

com esse pressuposto é acreditar que a universidade pode, de maneira precípua, orientar majoritariamente processos formativos que rompem com o próprio sistema econômico.

Nesse sentido, Althusser<sup>44(9)</sup> evidencia que “toda a formação social deve, ao mesmo tempo que produz, e para poder produzir, reproduzir as condições da sua produção”. Para o autor, a universidade é um dos espaços para que isso ocorra. Como uma parte do sistema escolar, é considerada um Aparelho Ideológico do Estado (AIE), funciona por meio da ideologia, principalmente, também, por meio da repressão, da seleção, das regras ou da disciplina aliadas à sua manutenção enquanto reprodutora<sup>44,45</sup>. Marchelli<sup>46</sup> ressalta, ainda, o papel desse sistema escolar na manutenção das concepções delineadas prioritariamente pela classe dominante.

Sobre esse aspecto, Ferraro<sup>47(5)</sup> destaca que “a escola reproduz a sociedade e a sociedade reproduz a escola”. Nessa perspectiva, e buscando refletir sobre a formação profissional e o papel da universidade nessa relação, pode-se apresentar um breve caminho que a universidade desenha no intuito de se retroalimentar: formação – profissional – sociedade – formação, e assim sucessivamente. Esse exemplo demonstra como a formação planejada e executada é oferecida dentro desse espaço, interagindo individual e coletivamente, propiciando e fortalecendo-se por meio da formação.

Assim, a contradição de educar *versus* explorar, no que diz respeito à saúde, manifesta-se na relação dialética entre naturalizá-la e vê-la como um direito, e, conseqüentemente, tê-la como responsabilidade individual e mercadoria de acesso para poucos, ou tê-la como um bem comum, coletivo e acessível a todos.

A universidade, então, por meio do seu currículo, configura um caminho que direciona o sujeito em formação. Em razão disso, a universidade subsidia e sustenta um discurso de convencimento para a manutenção dos modelos hegemônicos<sup>46</sup>. Essa é a regra, e não a exceção, como o senso comum costuma conceber. Logo,

disponibilizar uma formação cuja lógica de compreensão da saúde a conceba como um direito e não como mercadoria se distancia dos interesses desses modelos hegemônicos, os quais a universidade frequentemente sustenta.

A hegemonia desses modelos é um claro mecanismo que faz uso do sistema escolar como meio de qualificação da força de trabalho<sup>44</sup>. Assim sendo, a escolha do currículo tende a propiciar que esses interesses sejam mantidos por meio da seleção do que é permitido, negado ou ignorado nas experiências e vivências que ocorrem na formação, perpetuando e valorizando certas áreas de conhecimento em detrimento de outras<sup>46</sup>.

Então, o que vem a ser currículo e qual é o seu papel na reprodução ideológica que a universidade ensina? Young<sup>48(201)</sup> se refere a currículo como “conhecimento dos poderosos”, uma vez que envolve relações sociais e de poder, e enfatiza, também, o “conhecimento poderoso”, referindo-se, nesse caso, ao poder que propicia, explicando ou ampliando as formas de pensar o mundo<sup>49(1294)</sup>. “O currículo está, assim, no centro das relações de poder”<sup>50(29)</sup>. Ademais, o currículo não é neutro, uma vez que tem fortes conexões com a política da cultura, sendo o resultado da escolha de alguém ou de um grupo que legitima esse conhecimento como sendo adequado<sup>51</sup>. Por essa razão, ainda, o que parece ser o ‘adequado’ na formação em educação física certamente não são os conteúdos de saúde coletiva nem um perfil de egresso para o SUS.

Por conseguinte, Michael Apple<sup>52</sup>, em sua obra ‘A educação pode mudar a sociedade’, ressalta como o interior do sistema escolar tem dado espaço ao ‘engessamento’, aos distanciamentos de nível acadêmico, aos cortes orçamentários, à restrição de conteúdos críticos e outros, que trazem como decorrência desdobramentos que afetam os direitos sociais. Com esse cenário, os aspectos reprodutivos dos currículos são evidenciados, e, como o papel do sistema escolar não só favorece, mas prepara para a reprodução de uma sociedade, ao mesmo tempo, e de forma contraditória, ele

é um espaço para o desenvolvimento crítico.

É nesse sentido que pensar nos currículos das escolas universitárias como processos pedagógicos que encarnam essa dupla função (de transformar e de reproduzir) pode ser interessante para evitar ilusões ingênuas. Apenas a inserção de conteúdos de saúde coletiva nos currículos de educação física, deslocando o perfil desses egressos em direção a uma perspectiva orientada à promoção da saúde e no SUS, pode não ser suficiente para garantir, por si só, mudanças curriculares que promovam câmbios nos objetivos institucionais.

O peso que a institucionalidade burguesa da universidade tem sobre os currículos pode, sem muitas dificuldades, encapsular a saúde coletiva em seu aspecto mais disruptivo e questionador do objetivo que esse currículo tem. Além disso, a lógica que rege a existência da instituição universitária no mundo capitalista forçosamente irá pautar a importância do currículo que ‘produza’ para inserção no mercado de trabalho, em detrimento da formação orientada pela luta e pelo exercício do direito à saúde, gerando tensionamentos que promovam a eterna dúvida sobre o porquê da presença dos conteúdos de saúde coletiva nesses currículos.

## Considerações finais

A saúde coletiva traz em suas raízes fortes traços contra-hegemônicos com relação ao modelo de saúde biomédico característico e presente nas profissões da saúde, o que inclui nesse cenário a área de educação física.

Incorporar os conteúdos referentes à saúde coletiva de forma mais abrangente nos anos de formação, certamente, é um contraponto que possibilita ao profissional o deslocamento necessário das áreas tradicionais para um entendimento diferente e fundamentalmente necessário no contexto do SUS.

Isso posto, por meio de um olhar mais abrangente, buscando superar suas tradicionais ações e contextualizar sua prática a

partir das necessidades dos territórios, podem ocorrer alguns desdobramentos advindos de uma formação na perspectiva de ampliar suas conexões com a saúde coletiva de forma mais efetiva, e que são bastante urgentes dentro da área.

Sem embargo, deve-se atentar ao fato de que apenas inserir os conteúdos de saúde coletiva nos currículos de educação física não é o suficiente. Se essa inserção é realizada de forma desarticulada com o todo curricular, sem uma crítica às determinações históricas que forjaram a profissão e sem uma capacidade crítica sobre o papel reprodutor da universidade como parte da institucionalidade capitalista, esse projeto provavelmente não terá sucesso.

Nesse sentido, refletir sobre como driblar as influências normativas dos documentos oficiais e avançar em direção a uma superação são perspectivas que devem, efetivamente, estar contempladas no Projeto Político Pedagógico desses cursos de graduação, permitindo versar, inicialmente, sobre o curso pensado para aquele território e suas necessidades, passando a discutir a saúde como um direito na formação, balizada por conteúdos críticos que possibilitem esse diálogo.

Obviamente, este ensaio não buscou esgotar o assunto, mas, sim, trazer luz a algumas reflexões pertinentes sobre a importância da saúde coletiva na área da educação física e aos desafios relacionados à sua inserção, de maneira crítica e transformadora, na formação dessa profissão e sua atuação na área da saúde.

## Colaboradores

Galleguillos VSB (0000-0003-1763-1354)\* e Carnut L (0000-0001-6415-6977)\* contribuíram igualmente para a concepção da obra, análise e interpretação de dados, elaboração do trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual importante e aprovação final da versão a ser publicada. Guerra LDS (0000-0003-0093-2687)\* contribuiu para a revisão da redação e a versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 03, de 28 de janeiro de 2020. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne. Brasília, DF: MS; 2020.
2. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(1):95-102.
3. Santos JCV, Carnut L, Agripino NA, et al. Ações de promoção da saúde em idosos: percepção avaliativa dos usuários do 'Programa Saúde no Parque'. In: *Anais do 7º Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde*; 2018 dez 6-9; São Paulo: São Paulo: Convibra; 2018. [acesso em 25 maio 2021]. Disponível em: <https://convibra.org/congresso/convibra-painel/artigo/15052/>.
4. Brasil. Constituição Federal 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
5. Bagrichevsky M, Estevão A. Perspectivas para a formação profissional em educação física: O SUS como horizonte de atuação. *Arquivos em Movimento.* 2008 [acesso em 2021 jan 3]; 4(1):128-143. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/am/article/view/9115/7245>.
6. Silva DA, Santana JC, Carvalho RMB. Atuação do profissional de Educação Física na Saúde Pública: oportunidades e desafios. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*; 2017 jun 14-16; Paraíba. Paraíba: Ed Realize; 2017. [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29111>.
7. Carreiro EA, Venâncio L. Ginástica. In: Darido SC, Rangel ICA, coordenadoras. *Educação Física Escolar: Implicações para a prática pedagógica.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 229-245.
8. Brancht V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. *Cad. Cedes.* 1999; 19(48):69-88.
9. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1913-1922.
10. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos.* 2001; 7(1):48-70.
11. Neves RLR, Antunes PC, Baptista TJR, et al. Educação Física na saúde pública: Revisão Sistemática. *Rev. bras. ciênc. mov.* 2015; 23(2):163-77.
12. Soares CL. Notas sobre a educação no corpo. *Educ. rev.* 2000; (16):43-60.
13. Brasil. Lei nº 8.880, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Set 1990.
14. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev. bras. ativ. fis. saúde.* 2013; 18(1):5-15.
15. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.* 1. ed. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
16. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis: rev saúde colet.* 2009; 19(4):1127-1144.
17. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos.* 2013; 20(2):653-673.
18. Paim JS. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: rev saúde colet.* 2008; 18(4):625-644.

19. Machado DO. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva. In: Fraga AB, Wachs F, organizadores. Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. p. 99-112.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília, DF: MS; 2018.
21. Bahia SHA, Haddad AE, Batista NA, et al. Ensino na Saúde como objeto de pesquisa na pós-graduação stricto sensu: análise do Pró-Ensino na Saúde. Interface. 2018; 22(supl1):1425-42.
22. Illich I. A expropriação da Saúde: nemêsis da Medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
23. Carvalho YM, Ceccim R. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, et al. organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 137-70.
24. Azevedo ACB, Malina A. Memória do currículo de formação profissional em Educação Física no Brasil. Rev. bras. ciênc. esporte. 2004; 25(2):129-42.
25. Bagrichevsky M, Estevão A, Palma A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: Bagrichevsky M, Palma A, Estevão A, et al., organizadores. A saúde em debate na educação física. Blumenau: Nova Letra; 2006. p. 21-44. v. 2.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União. 31 Mar 2006.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Anexo I Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 4 Maio 2006.
29. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997. Reconhecer como profissionais da saúde de nível superior. Diário Oficial da União. 7 Mar 1997.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União. 25 Jan 2008.
31. Pasquim HMA. Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. Saúde soc. 2010; 19(1):193-200.
32. CBO. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010. 3. ed. Brasília, DF: MTE; SPPE; 2010. p. 275-276.
33. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 7, de 31 de março de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Diário Oficial da União. 5 Abr 2004.
34. Carvalho AS, Abdalla PP, Bueno Júnior CR. Atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: Revisão Sistemática. Rev. bras. promoç. saúde. 2017; 30(3):1-11.
35. Vieira-da-Silva LM. Gênese Sócio-Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: Lima NT, Santana JP, Paiva CHA, organizadores. Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p. 25-48.
36. Carvalho FFB. Educação física e saúde coletiva: diálogo e aproximação. Corpus et scientia. 2012; 8(3):109-126.
37. Nogueira L, Palma A. Reflexões acerca das Políticas de Promoção de Atividade Física e Saúde: Uma questão histórica. Rev. bras. ciênc. Esporte. 2003; 24(3):103-119.



38. Giddens A. Sociologia do Corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: Sobral JM organizador. Sociologia. Fundação. 6. ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian; 2008. p. 142-17.
39. Lipovetsky G. Os Tempos Modernos. São Paulo: Editora Barcarolla; 2004.
40. Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. *Trab. educ. saúde*. 2012; 10(3):367-386.
41. Loch RM, Rech CR, Costa FF. A urgência da Saúde Coletiva na formação em Educação Física: lições com o COVID-19. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020; 25(9):3511-16.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Ações e Programas. Cartilha do Programa Academia da Saúde. Brasília, DF: MS; 2014.
43. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da saúde. 3. ed. Brasília, DF: MS; 2010.
44. Althusser L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado. 3. ed. Lisboa: Editorial Presença; São Paulo: Martins Fontes; 1980.
45. Althusser L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado (Notas para uma investigação). In: Zitek S, organizador. Um mapa da ideologia. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996. p. 105-142.
46. Marchelli PS. O Currículo como retórica progressista dos movimentos políticos neoconservadores. *Práxis Educacional*. 2018; 14(27):226-48.
47. Ferraro JLS. Althusser, educação, estado e (re) produção. *Revista Contemporânea de Educação*. 2014; 9(17):4-23.
48. Young M. Teoria do Currículo: o que é e por que é importante? *Cad. pesqui*. 2014; 44(151):190-202.
49. Young M. Para que servem as escolas? *Educ. soc*. 2007; 28(101):1287-1302.
50. Moreira AFB, Silva TT. Sociologia e Teoria Crítica do currículo: uma introdução. In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 7-35.
51. Apple MW. A política do conhecimento oficial: faz sentido a ideia de um currículo nacional? In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. Currículo, cultura e sociedade. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 59-92.
52. Apple MW. A Educação pode mudar uma sociedade? Loman L, tradução. Rio de Janeiro: Vozes; 2017.

---

Recebido em 28/12/2021

Aprovado em 29/07/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva

## *Continuing Health Education: an interprofessional and affective policy*

Eluana Borges Leitão de Figueiredo<sup>1</sup>, Ândrea Cardoso de Souza<sup>2</sup>, Ana Abrahão<sup>2</sup>, Gitonam Lucas Tavares Honorato<sup>2</sup>, Eliane Oliveira de Andrade Paquiela<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213515

**RESUMO** O estudo objetivou refletir sobre a interprofissionalidade como uma dimensão da natureza da Educação Permanente em Saúde (EPS), como um processo que implica os profissionais a aprenderem sobre os outros, com os outros e entre si, a partir dos encontros. Como resultado, abordou duas dimensões: Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: lugar de encontros; e Educação Permanente em Saúde e a circularidade dos afetos. A partir de tais reflexões, apontou que é no cotidiano das práticas de saúde que se podem pensar maneiras de produzir conhecimentos que estejam mais aliados à potência das equipes de saúde, fazendo com que os encontros entre os sujeitos sejam ferramentas que possibilitem a colaboração coletiva e a melhoria da resolubilidade dos problemas que surgem no cotidiano do trabalho em saúde. Por fim, afirma-se a centralidade da dinâmica dos afetos e da interprofissionalidade nos encontros de EPS na Estratégia Saúde da Família, enquanto um campo de relações de corpos, em um processo micropolítico de transformação e formação em ato.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação interprofissional. Educação continuada. Estratégia Saúde da Família. Pessoal de saúde.

**ABSTRACT** *This study aimed to reflect on interprofessionalism as a dimension of the nature of Continuing Health Education (EPS), as a process that involves professionals learning about others, with others, and among themselves, from their encounters. As a result, it addressed two dimensions: Continuing Education in Primary Health Care: a meeting place; and Continuing Health Education and the circular affections. These reflections pointed out that ways of producing knowledge associated with the power of health teams can be thought of in the daily life of health practices, making encounters between subjects a tool enabling group collaboration and improved resolution of problems in the daily health work. Finally, the centrality of the dynamics of affections and interprofessionalism in EPS meetings in the ESF is affirmed as a field of body relationships in a micropolitical process of transformation and education in action.*

**KEYWORDS** *Interprofessional education. Education, continuing. Family Health Strategy. Health personnel.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [eluanaoft@yahoo.com.br](mailto:eluanaoft@yahoo.com.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

## Introdução

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) foi uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2003, e tem como marco normativo para inclusão do tema na agenda governamental do campo da saúde a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004<sup>1</sup> e, posteriormente, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007<sup>2</sup>, que conferiu à política a proposição de novas diretrizes.

A PNEPS, entre outras iniciativas, representa um esforço para o cumprimento da Lei nº 8.080/90 no que se refere à responsabilidade na formação dos trabalhadores mediante a instauração de relações entre ensino e serviço, entre docência e atenção à saúde e, ainda, o estabelecimento de relações orgânicas entre formação e gestão, desenvolvimento institucional e controle social no campo da saúde brasileira<sup>2</sup>.

Essa política propõe ainda repensar o processo formativo segundo os signos do Sistema Único de Saúde (SUS) em detrimento da adoção de modelos de educação convencionais historicamente instituídos. Para isso, a PNEPS não pode ser considerada como um instrumento pedagógico ou um método de ensino, e, sim, como um complexo sistema que tem início com o processo de trabalho em saúde, com as equipes nos serviços, integrando diferentes atores nesse processo de discussão – uma política de educação interprofissional.

Segundo Freire et al.<sup>3</sup>, a educação interprofissional é aquela em que integrantes de duas ou mais profissões aprendem juntos para trabalhar juntos, de forma interativa e colaborativa, de modo a atender às necessidades de saúde, cada vez mais complexas. Alguns dos princípios da interprofissionalidade são: o trabalho em equipe, a problematização dos papéis profissionais e a negociação na tomada de decisão.

Essa complexidade do campo da saúde exige também um arranjo movediço na política de formação para que haja interação no/

com o cotidiano segundo as interfaces macro e micropolíticas. Essas interfaces são definidas como diferentes modos de governar as políticas de saúde, deslizando por entre ações formais e informais nos serviços de saúde<sup>4</sup>.

Tais deslizamentos macro e micropolíticos da Educação Permanente em Saúde (EPS) podem ser expressos tanto pelas normas, regras, portarias, agendas, programas, protocolos, formas de financiamento, quanto pelo diálogo em ato entre profissionais, usuários, durante uma reunião, nos intervalos e pausas do trabalho, nos acordos e negociações que constituem o fazer cotidiano dos serviços de saúde – enfim, nos encontros<sup>4</sup>. Por encontro, entende-se em Espinosa<sup>5</sup> que é a união de corpos (materiais ou imateriais) que compõem uma relação de afetos mútuos.

Como política que busca mobilizar nos territórios relações e afetos entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, as ações da PNEPS colocam em análise o processo e o modo como produzimos saúde, a partir de encontros de EPS.

A EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, isto é, ela acontece no cotidiano das pessoas e dos serviços de saúde<sup>2</sup>. Por isso, é da natureza da EPS convocar os profissionais ao encontro a partir das trocas de saberes e de experiências. No entanto, esse ‘lugar de encontros’ não é algo simples, natural e dado com a circunscrição de um espaço de reunião, visto que o desenvolvimento da EPS não se faz apenas com agrupamento de pessoas, ou em um espaço delimitado para ser formativo, tampouco somente com dinâmicas de capacitação profissional e, muito menos, a partir de um trabalho de equipe idealizado nos gabinetes.

A EPS, portanto, se dá em todos e quaisquer espaços que sejam favoráveis aos seus efeitos, e envolve a capacidade autêntica de mobilização de grupos em seus espaços de convivência. Todavia, esses espaços podem ser hegemonicamente ocupados por trabalhadores que operam segundo no paradigma biológico, cujas condutas apresentam pouca margem às mudanças decorrentes

das dinâmicas relacionais, centrando o fazer em um núcleo profissional<sup>6</sup>.

Assim, um desafio posto à prática de EPS consiste em se centrar em processos pedagógicos que provoquem o deslocamento do fazer profissional fragmentado em disciplinas para uma prática coletiva e integrada, que ultrapasse a dinâmica vivida sobre a prática uniprofissional, e que avance para o domínio do trabalho a partir de uma lógica afetiva e relacional e, portanto, interprofissional.

Enquanto uma política que articula as dimensões macro e micropolíticas, a EPS aponta, então, para uma experiência interprofissional permeada pelas interações dos profissionais que formam as equipes, entre os níveis de envolvimento dos trabalhadores, em que a colaboração é fundamental na garantia de serviços de saúde de melhor qualidade para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas<sup>7,8</sup>.

Diante do exposto, é importante destacar que a própria natureza complexa do campo da saúde impõe grandes desafios aos profissionais no cotidiano das práticas em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) ao experimentarem formas de trabalho desmotivadoras que geram consequências tanto na convivência entre os trabalhadores quanto na qualidade da assistência prestada ao público.

Dessa forma, o objetivo deste ensaio é refletir sobre a interprofissionalidade como uma dimensão da natureza da EPS, como um processo que implica os profissionais a aprenderem sobre os outros, com os outros e entre si, a partir dos encontros.

Para tanto, foram criadas cenas do cotidiano, com o intuito de produzir reflexões sobre a importância da interprofissionalidade como uma dimensão da EPS, tendo como eixo de análise o exercício da interprofissionalidade e seus efeitos micropolíticos, à luz do referencial teórico de Baruch Espinosa. A escolha da ESF como cenário de reflexão foi em virtude da complexidade do cuidado empreendido nesse ponto de atenção e por ser um contexto de atuação acadêmica e profissional dos autores.

## Educação Permanente na Atenção Básica à Saúde: lugar de encontros

O que seria o ‘lugar de encontro’ na perspectiva da EPS? Uma sala? Um auditório? Uma reunião? Um curso? Não necessariamente. O lugar do encontro é onde acontece a possibilidade da análise do processo de trabalho, como um modo de estar no trabalho em que os trabalhadores de diferentes profissões estejam abertos, pela circulação dos afetos, ao engajamento coletivo para resolução e problematizações de suas questões comuns cotidianas.

A ESF é lugar vigoroso para proporcionar encontros dessa qualidade na medida em que o trabalho envolve atuar na dinâmica da complexidade e diversidade da vida cotidiana das pessoas. A multiplicidade de situações e demandas de saúde envolvidas no trabalho da ESF (nada básica ou primária) obriga a mobilização das sensibilidades dos trabalhadores, bem como de um intenso exercício criativo e inventivo – tencionando seus saberes e conhecimentos previamente adquiridos.

Outro desafio fundamental que se coloca na realidade da ESF no Brasil tem sido as condições e as estruturas do trabalho, que tendem a produzir ações mecânicas e naturalizadas de práticas e procedimentos profissionais cristalizados, direcionados pelo acúmulo de tarefas e pela produção de urgências<sup>9</sup>. O acúmulo de tarefas, no mundo do trabalho contemporâneo, também tem sido causa e efeito da necessidade de infindáveis capacitações, em que persiste a percepção de um profissional sempre em falta de conhecimentos<sup>10</sup>. Ao mesmo tempo, a produção de urgências, decorrente da aceleração constante das demandas cotidianas, que exigem ações imediatas, também tem contribuído para um largo processo de institucionalização das estruturas de trabalho ligadas à performance, à rentabilidade e à competência, na ótica da eficiência produtiva.

Como efeito, as relações e os encontros vêm se dando cada vez mais de forma apressada,

superficial, pouco solidária, esvaziando um trabalho profundo de engajamento coletivo, e acarretando uma forte individualização das ações e dificuldade de o trabalhador processar análises sobre suas próprias implicações; o qual, culpado e se sentindo obrigado a resolver sozinho todos os problemas, passa a carregar sobre seus próprios ombros todas as soluções.

Na contramão da produção de subjetividades onipotentes, sempre em falta, culpabilizadas, marcadas por angústia, medo do fracasso e por uma sensação de fragilidade permanente<sup>9</sup> – que se desdobram em comportamentos individualistas, onipotentes e arrogantes –, a PNEPS pretende apontar para outro processo de saber-fazer em saúde. A aposta no engajamento coletivo, de forma que permite a construção coletiva de soluções pelo compartilhamento de experiências, também é um movimento de corresponsabilização para a produção de outros tipos de subjetividades no processo de EPS.

No entanto, como deveria ser uma dinâmica de EPS para que produza os efeitos esperados? A seguir, apresentamos duas cenas hipotéticas, considerando a operacionalização da EPS em um dado cotidiano da ESF.

## **Cenas de Educação Permanente em Saúde em uma Estratégia Saúde da Família**

No município de Jardim das Flores (nome fictício), havia uma unidade de ESF no bairro Paraíso que era gerida pela Organização Social de Saúde (OSS), um tipo de gerenciamento de serviços de saúde do SUS em parceria com a secretaria municipal. A OSS operava segundo a lógica de avaliação e remuneração por desempenho e buscava a melhoria da qualidade pela normatização e pela racionalidade gerencial. Nessa unidade, a equipe era composta de: gerente da unidade, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentista, técnico em

saúde bucal, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recepcionista e Auxiliar de Serviços Gerais (ASG). A partir dessa unidade de ESF, pode-se refletir sobre duas cenas a seguir:

Cena 1: a gerente da ESF agendou uma reunião de educação permanente com os médicos e enfermeiros para falar sobre as ações de enfrentamento da Covid-19 no território. Muito pressionada pela OSS em relação às metas da secretaria de saúde a serem alcançadas pela unidade, segue a reunião com protocolos prévios acerca do manejo e cuidado dos pacientes com a doença, e ainda faz uso de um roteiro contendo todas as metas estabelecidas para o mês. O discurso está bem delimitado em seus *slides* (padronizados pela gestão de área). O auditório está preparado com cadeiras enfileiradas e recursos audiovisuais. O horário da reunião foi previamente determinado em uma hora de duração, para não atrapalhar o andamento do serviço. As posições entre os trabalhadores estão claramente definidas: a gerente ocupa o lugar (único) da fala institucional em uma posição de informar dados da secretaria; os trabalhadores, divididos por categorias profissionais, em uma posição de receber as ordens do dia e transformá-las em ações no cotidiano. Ao transmitir as informações para os trabalhadores, a gerente reproduziu uma fala muito dura da secretaria de saúde, de que eles (os trabalhadores da ESF) não estavam atingindo as metas outrora estabelecidas. Isso gerou um grande descontentamento nos presentes já que as cobranças não foram sensíveis à realidade intensa do trabalho. Uma discussão inflamada aconteceu. A reunião encerrou-se abruptamente, e os trabalhadores saíram tristes. A gerente retirou-se da reunião culpada e se sentindo obrigada a resolver sozinha todos os problemas.

Cena 2: simultaneamente à reunião de EPS com os médicos e enfermeiros, estavam na cozinha três ACS, um dentista, uma recepcionista da unidade, uma técnica de enfermagem e um ASG, que conversavam enquanto tomavam um cafezinho. O papo estava bom, risadas e reclamações se faziam presentes. Cada um

levou um lanche e, assim, compartilharam a mesa e suas vidas. Durante a conversa, uma ACS dividiu com a equipe a necessidade de maior atenção aos idosos no território, os quais, por causa do isolamento social provocado pela pandemia, estavam depressivos. Assim, na informalidade, conversaram sobre o significado da depressão e suas consequências na vida de um idoso. Dessa conversa, surgiu a ideia de construir uma roda de música virtual pela rede social Instagram, já que alguns dos trabalhadores revelaram que sabiam cantar e tocar instrumentos musicais. O cantor seria o ASG, o violão ficaria com o ACS, e o violino, com a técnica de enfermagem. O dentista ficaria na filmagem da roda. Os demais ACS ajudariam os idosos a se conectarem ao Instagram, assim, estes poderiam assistir às rodas pelo celular, de dentro de suas casas. Dessa ideia, outras surgiram, entre elas, o apoio de um psicólogo, convidando-os para uma consulta virtual caso desejassem. Nesse cafezinho informal, não só problematizaram o trabalho como também encontraram saídas coletivas para os problemas apresentados.

Ante a cena I, podemos dizer que a reunião que tinha como título ‘EPS’ foi um lugar de encontros e problematização do trabalho? Ao analisarmos a cena, cabe reclamar a necessidade de repensar os processos de formação do trabalhador de saúde no âmbito da ESF, na perspectiva da EPS. Cabe destacar que a cena não pretende culpabilizar a gerente, mas revela o sistema e a engrenagem dos quais ela mesma faz parte. Assim, a complexidade que envolve o trabalho na ESF não se reduz a práticas de educação continuada (transmissão de informações sem problematizar a realidade), verticalizadas (vindas da gestão para os serviços de saúde) e que, de certa forma, produzem sequestros das forças sensíveis e criativas dos trabalhadores, favorecendo a adoção de trabalhos mecânicos, automáticos e poucos reflexivos.

Esse, portanto, é um ponto que merece destaque, pois a ESF tem a prerrogativa de transformar o modelo assistencial biomédico

existente, por meio de inovações, nos modos de cuidar e gerir os serviços de saúde. Entretanto, ainda é percebido certo descompasso nessa missão pelo excesso de metas, normas, ordens verticalizadas e burocracias que acabam por induzir os trabalhadores a operarem por metas, tornando-os prisioneiros de suas próprias grades disciplinares, sem que haja espaço para interpelar o processo de trabalho de forma coletiva, ou seja, mesmo estando em um agrupamento de pessoas, isso não significa que o trabalho esteja em análise por todos que dele participam. Tal fato faz com que os trabalhadores atuem na ESF na perspectiva do que ‘devem’ fazer ao invés de vislumbrarem o que verdadeiramente ‘podem’ fazer.

Estar desligado e afastado do que se pode fazer significa dizer que a capacidade de agir está inerte, imobilizada, fixada no trabalho morto e instrumental que subsume o trabalho vivo produzindo certa desumanização no processo de trabalho<sup>11</sup>. Logo, também há mudanças no modelo assistencial propostas pelas políticas de saúde ao colocar a ESF como dispositivo central para a adoção de outros modos de gestão e cuidado. Para tanto, é necessário impactar o núcleo, ou seja, a concentração de saberes e de práticas profissionais pela efetivação da EPS<sup>6</sup>.

A predominância de um modelo educacional que conforma o corpo do trabalhador trata de uma formação teleológica que fixa os conhecimentos em universais, sempre utilitários e transcendentais, desconectados do dinamismo da vida cotidiana. Esse tipo de qualificação do trabalho, pautado pela então chamada educação continuada (transmissora de conteúdos), disputa nos cenários da ESF a hegemonia da formação do trabalhador. Poderíamos atribuir aos movimentos de educação continuada uma força que vem de fora, que exerce no corpo do trabalhador a ideia de um ‘dever de’<sup>12</sup>, constrangendo-o na sua capacidade de criar. Esses constrangimentos são oriundos de ideias inadequadas sobre o aprender, uma vez que consideram hierarquias de saberes como menores ou maiores, mais

importantes ou menos importantes. Nesse contexto, o trabalhador padece, pois a hierarquização é o modo como o poder opera seus processos de subjetivação. Se o formato engessado dos processos educativos não se abre para as forças imanentes do encontro, a educação é triste, e o trabalho, impotente.

Diante disso, o trabalhador perde o interesse e encarna um *modus operandi* pragmático da profissão, fazendo apenas o que lhe é determinado. Nesse sentido, o saber é reconhecido, e não produzido. É o já dito, concluído, já pensado, desinteressante. Esse saber finalizado tem uma função econômica e utilitária que, em nome da eficiência, busca poupar o tempo, o esforço e evitar erros; contudo, dessa forma, torna desnecessário o exercício da (auto)reflexão. Um ensino transmissor, de quem sabe para quem não sabe, cuja força ensina a aprender sem que seja necessário pensar, dificultando sobremaneira a interprofissionalidade pela desvalorização do saber do outro, considerando-o como saber menor. Na contramão dessa perspectiva, podemos afirmar que, para a EPS, o aprender não é um processo de aquisição de um dado saber, mas um processo de produção de vida, de produção de encontros, de produção de intensidades e subjetividades no trabalho<sup>13</sup>.

Retomando a cena 2, foi notório que houve EPS, independentemente de espaços físicos e de atividades nomeadas como educacionais. A EPS pode se dar em grupos de WhatsApp, no caminho das visitas domiciliares, durante o cafezinho, até mesmo fora dos espaços institucionais, como à mesa de um bar, por exemplo. Diante disso, essa reflexão desmonta a ideia de que, para ter EPS, é necessário um arranjo institucional muito bem estruturado – tal como acontece nas reuniões de equipe em que os profissionais não problematizam o cotidiano. Podemos nos surpreender ao perceber que, em uma reunião formal, não exista espaço para reflexão coletiva do processo de trabalho, apenas transmissão de informações em pacotes já embalados pela gestão. Não obstante, podemos ter encontros que se dão de maneira espontânea

e não programada que também se constituem como espaços de relações, afetos e aprendizado interprofissional<sup>14</sup>.

Assim, o lugar de encontro diz de uma construção coletiva de espaços que aumentem as possibilidades de afetar e ser afetado, e, portanto, de produzir conhecimentos a partir da experiência no campo do trabalho na ESF. Os afetos podem promover agenciamentos de alegria e elevar a capacidade de agir e de conhecer desses trabalhadores<sup>12</sup>. Assim, podemos dizer que a produção de conhecimentos é da mesma natureza que a produção de experiências<sup>15</sup>. Quanto mais os trabalhadores estiverem expostos a encontros, mais conhecimentos terão. Quanto mais experiências, maior será a possibilidade de expansão do pensamento e a capacidade de ação. Na lógica espinosista, seria o mesmo que dizer: só penso, porque me afeto. Por afeto, o autor compreende as afecções (o corpo sendo afetado pelo mundo), pelas quais a potência de agir é aumentada (alegria) ou diminuída (tristeza)<sup>12</sup>. Nesse sentido, o afeto é uma potência de ser, já que Espinosa considera como potência as forças que se esforçam para se manterem na existência<sup>12</sup>. Nessa perspectiva, o conhecimento não é algo transcendente, e, sim, imanente – não vem de fora, parte de dentro, nas forças dos afetos que se dão na relação com o outro.

O encontro entre os trabalhadores na lógica da EPS é uma elevação da potência/força de fazer e conhecer. Quanto mais o corpo está exposto aos encontros com outros trabalhadores, maior será a capacidade de perceber e de compreender a realidade do trabalho, e mais a mente será capaz de expressar suas ideias e propor ações. Assim, esgarça-se o campo de (auto)reflexão pela análise de sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam ações de saúde bem-sucedidas<sup>9</sup>. Os trabalhadores são potências singulares que, juntos, podem compor uma potência/força coletiva<sup>16</sup>.

Em outras palavras, o trabalho na ESF é um problema de potência/força. Quanto mais

os trabalhadores são livres e têm espaços no trabalho para pensar, maior será a capacidade de agir. Nesse sentido, a EPS deve ser o lugar da invenção que opera os problemas de forma diferente da lógica da educação continuada (transmissora), à qual o trabalho serve como máquina de prescrições de comportamentos adequados em face de conhecimentos mutilados pela divisão de disciplinas profissionais<sup>17</sup>.

A invenção de problemas ou problematização<sup>17</sup> é uma forma eficaz de produzir reflexão coletiva, ou seja, é um encontro que ocorre com pensamentos do outro. Trata-se, pois, de um signo ainda não pensado, o qual, de acordo com Gabioneta<sup>18</sup>, poderíamos denominar de Maiêutica, ou seja, é a parturição intelectual produzida por um estranhamento que força o trabalhador a pensar e a se afetar nesse encontro. A produção de conhecimentos e de outras práticas de cuidado em saúde acontece no ‘entre’, na intercessão dossaberes<sup>19</sup>.

## Educação Permanente em Saúde e a circularidade dos afetos

No campo da saúde, não é incomum ouvirmos que o afeto atrapalha e interfere no exercício da profissão. Frases como ‘não posso me afetar com os problemas do outro, pois assim serei neutro no cuidado’ ou ‘quando coloco meu jaleco, deixo meus problemas lá fora’ fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde.

A negação da afetividade humana não é algo novo. Com o advento da modernidade e da revolução científica, os afetos passaram a ser concebidos como vieses, imperfeitos e como algo a ser expurgado para dar lugar à chamada ‘neutralidade científica’. Essa ‘neutralidade’, tida como uma verdade científica, constitui-se como a arquitetura fundante das profissões da saúde.

Nessa direção, fomos educados para o domínio e o controle sobre o cuidado; e, para isso, fez-se necessário compreender

que o afeto é algo a ser contido, reprimido e silenciado por vezes, sendo compreendido como algo incomum que extrapola a natureza do homem<sup>12</sup>.

Sob outra perspectiva, o afeto é considerado como uma afecção do corpo, pela qual a potência de agir de um sujeito pode ser aumentada ou diminuída, diferenciando-se do senso comum que circunscreve a esfera dos sentimentos, da ternura, das paixões e do carinho<sup>12</sup>.

Isso interessa para a EPS, *já que os afetos que circulam em coletivos de trabalhadores na ESF são modos pelos quais a potência varia de um estado a outro*. Quanto mais são produzidos espaços de encontros, mais potente será o trabalho; e quanto menos possibilidades de circulação dos afetos, maior será o enfraquecimento dos trabalhadores naquilo que eles podem fazer<sup>12</sup>.

Voltando às cenas (1 e 2) outrora apresentadas, podemos perceber que todo encontro produz afetos que podem ser de alegria ou de tristeza. Por alegria, entende-se que é uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição maior<sup>12</sup>. O bom encontro tem acréscimo da força intrínseca; já um mau encontro, além de rebaixamento da potência de pensar e agir, produz um enfraquecimento do trabalho interprofissional. A questão que se coloca aqui não é a produção de apenas encontros alegres, tal qual aconteceu na cena 2, mas de a equipe da ESF compreender os efeitos dos afetos no corpo, sem imobilizá-los. Eles aumentam ou diminuem o poder de ação? A compreensão de como os afetos circulam e agem pode ser um analisador potente para a EPS, posto que a dinâmica afetiva é capaz de aumentar a capacidade de agir e de pensar na saúde.

Sendo assim, a cena 2 mostra um encontro de EPS cujo afeto de alegria pôde ser percebido quando os corpos entraram em colisão, ou seja, o afeto de alegria aconteceu porque um corpo entrou em composição com propriedades do outro, aumentando, assim, o *conatus* coletivo, ou seja, força para existir e agir, afetar e ser afetado<sup>12</sup>.



Nessa direção, o que seria um trabalhador em estado alegre? Um corpo potente? Um corpo alegre é aquele capaz de muitas coisas. Sim, a alegria gerada pelo encontro produz no trabalho um estado de maior potência. A alegria eleva a possibilidade de aprender, e dela derivam os afetos de amor, satisfação, contentamento e liberdade, fundamentais ao trabalho na ESF.

O amor diz sobre a capacidade de os trabalhadores estabelecerem uma boa relação com seus pares e com os usuários. É a base do que chamamos de vínculo. O contentamento fala de certa capacidade de gerar uma alegria interiorizada, isto é, duradoura, muito necessária para mantermos a longitudinalidade do cuidado<sup>20</sup>. A satisfação tem como efeito conferir ao trabalho maior resolutividade. Por fim, na liberdade, reside a capacidade de criação e de invenção de novos modos de cuidar, na perspectiva da integralidade.

Logo, por meio da EPS, podemos nos deslocar da lógica de um círculo vicioso dos afetos tristes no trabalho em saúde e entrar no campo do círculo virtuoso pela alegria. Diante disso, é premente a necessidade de inverter as forças constitutivas da educação na saúde: da impotência da tristeza à potência da alegria. De um *conatus* enfraquecido (força para existir e agir, afetar e ser afetado diminuída) para um *conatus* forte (força para existir e agir, afetar e ser afetado aumentada)<sup>12</sup>. Eis o cimento da interprofissionalidade no trabalho coletivo.

Assim, podemos considerar que o afeto de alegria na EPS é político, ou seja, é capaz de aumentar a capacidade de afetar e de ser afetado pelas relações, ampliando o escopo de recursos possíveis para um cuidado mais adequado. O que pode um corpo alegre? Pode se unir a outros corpos e inventar saídas coletivas para os complexos problemas que atravessam a ESF como visto na cena 2.

Do contrário, como na cena 1, quando o trabalho e os processos formativos produzem rebaixamento de potência, impera a tristeza, e

o *conatus* diminui. Ocorre um enfraquecimento da possibilidade da interprofissionalidade, e o trabalho coletivo tende a se configurar em uma divisão técnica e hierarquizada. Um afeto de tristeza acontece quando se tem redução da força de agir dos corpos<sup>11</sup>.

O que é um trabalhador em estado triste? Seria um corpo impotente? A tristeza também é um afeto político, já que tem o poder de fragilizar os corpos e despotencializar as ações<sup>11</sup>. A tristeza é o mau encontro, é a decomposição de uma relação, que tem produzido na formação do trabalhador uma política de domesticação e controle. O modo de educar, fundado na tristeza, não pode ter como resultado a alegria. Ela não produz e não ensina – e quando ensina, é um conhecimento fraco.

A tristeza, quando circula nos espaços da ESF, produz nos corpos dos trabalhadores uma potência menor, um pensar e um agir menores, reverberando na diminuição da capacidade de experimentar e de produzir aberturas sensíveis. Nela, estamos mais expostos à experiência errática. Ao observarmos a cena 1, reconhecemos os afetos que dela derivam, como: melancolia (disposição para a tristeza), ódio, servidão e medo. Um trabalho que opera na tristeza faz com que os trabalhadores se adaptem pior às situações complexas e se isolem em suas grades disciplinares, tornando-os mais suscetíveis à internalização de regras, à competição e ao trabalho estruturado em metas e produtividade.

Isso significa dizer que abrir passagem para a alegria e para a liberdade no trabalho e buscar o reconhecimento dos afetos tristes que circulam no meio profissional pode ser uma ferramenta de construção do *conatus*<sup>12</sup> coletivo; e isso exige a produção de outras qualidades de formação. O aprender já não tido como um processo exclusivo de aquisição de um dado saber, mas também como um processo de produção de vida, de encontros e de produção de intensidades<sup>21</sup>.

## Considerações finais

Discutir a PNEPS não é simplesmente tratar de capacidades intelectuais, metodologias inovadoras, transmissão de informações ou de novos conhecimentos. É, também, discutir sobre as forças que atravessam os espaços da educação e da saúde.

É sabido que fomos e somos formados a partir de certas racionalidades que constituem movimentos de mortificação dos afetos (modos de afetar e ser afetados), produzindo rebaixamento dos encontros coletivos, e diminuindo a possibilidades de trabalhos coletivos entre trabalhadores – como é proposto pelo princípio da interprofissionalidade.

Diante disso, a contraposição das duas cenas analisadas possibilitou compreender que a potência dos encontros é estruturante da EPS. Ademais, esses encontros devem ser pensados e cuidados na perspectiva da valorização de uma convivência produtiva e educadora que permita a ampliação do *conatus* coletivo. Assim, pensar em EPS diz também sobre como organizar e criar espaços que aumentem as possibilidades e as capacidades de afetar e

ser afetado da coletividade, e, dessa forma, elevar o potencial de ação da equipe da ESF em produzir conhecimentos mais adequados às contingências do cotidiano.

Constituir ‘lugares de encontro’ prescinde da sensibilidade e compreensão dos profissionais sobre a importância da circularidade dos afetos como princípio para a interprofissionalidade e para a EPS. Outrossim, com base nesse pressuposto, compreender como os afetos circulam ali, em ato, é de suma importância para a operacionalização da PNEPS no SUS. Nesse sentido, a EPS é uma política interprofissional e afetiva.

## Colaboradores

Figueiredo EBL (0000-0002-5462-3268)\* trabalhou para concepção do estudo e redação do artigo. Souza AC (0000-0002-6549-8634)\*, Abrahão A (0000-0002-0820-4329)\*, Honorato GLT (0000-0003-0422-2199)\* e Paquiela EOA (0000-0002-0916-9203)\* contribuíram para análise dos dados e fundamentação teórica do manuscrito. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Fev 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 20 Ago 2007.
3. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da for-

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- mação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2022 maio 23]; 43(esp1):86-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>.
4. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2021 out 29]; (23):e190211. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>.
  5. Espinosa B. *Ética*. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
  6. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2000 [acesso em 2022 maio 23]; 5(2):219-230. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>.
  7. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: preliminary results of a mixed methods study. *J. Interprof. Care*. 2017 [acesso em 2021 out 20]; 31(2):184-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1261098>.
  8. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface*. 2016; 20(56):199-201.
  9. Coimbra C, Nascimento ML. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: Arantes EM, Nascimento ML, Fonseca TMG. *Práticas PSI inventando a vida*. Niterói: EDUFF; 2007.
  10. Han B-C. *Sociedade do cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes; 2015.
  11. Gomes RM. *Humanização e desumanização no trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
  12. Spinoza B. *Ética*. Tradução coletiva do Grupo de Estudos Espinosa nos da USP. São Paulo: Edusp; 2015.
  13. Abrahão AL, Souza ÂC, Franco TB, et al. Políticas do cotidiano: a gestão na atenção básica. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 out 3]; 43(esp6):4-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S600>.
  14. Abrahão AL, Fernandes FL, Souza ÂC. Ética colaborativa e de solidariedade, narrativas na formação em saúde. *Diversitates Int. J.* 2019 [acesso em 2021 out 3]; 11(2):49-65. Disponível em: <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/302/162>.
  15. Figueiredo EBL, Andrade EO, Muniz MP, et al. Research-interference: a nomad mode for researching in health. *Rev. Bras. Enferm.* 2019 [acesso em 2021 out 3]; 72(2):571-576. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0553>.
  16. Scager K, Boonstra J, Peeters T, et al. Collaborative learning in higher education: evoking positive interdependence. *CBE Life Sci. Educ.* 2016; 15(4):ar69.
  17. Kastrup V. *Aprendizagem, arte e invenção*. *Psicol. Est.* 2001; 6(1):17-27.
  18. Gabioneta R. A maiêutica socrática com ‘união’ de teorias no Teeteto. *Classica*. 2015 [acesso em 2021 out 3]; 28(2):35-45. Disponível em: <https://revista.classica.org.br/classica/article/view/326/301>.
  19. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 10(3):561-571.
  20. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
  21. Aleixo JMP, Lima EMFA. Invenção e produção de encontros no território da diversidade: cartografia de um Centro de Convivência. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2017; 25(3):649-659.

---

Recebido em 06/11/2021

Aprovado em 19/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares

*Quality of care and patient safety: the role of patients and families*

Vanessa Cristina Felipe Lopes Villar<sup>1</sup>, Mônica Martins<sup>2</sup>, Elaine Teixeira Rabello<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213516

**RESUMO** Este ensaio procurou discutir o papel dos pacientes e das famílias na qualidade dos cuidados e na segurança do paciente. Tradicionalmente, o papel dos profissionais de saúde – especialmente, dos médicos – tem sido predominante na discussão e na definição do que constitui um cuidado de saúde de alta qualidade. Entretanto, outros atores foram reconhecidos no debate contemporâneo sobre a qualidade do atendimento e, em particular, sobre a segurança do paciente e a centralidade do atendimento. O papel dos pacientes na qualidade do atendimento e até mesmo o seu protagonismo na identificação dos principais problemas presentes na prestação de cuidados e em como contribuir para um atendimento mais seguro são destacados. Inicialmente, discute-se o papel dos pacientes e seus familiares na qualidade do atendimento e na segurança do paciente. Em seguida, são discutidos os fatores que influenciam e dificultam a sua participação. Finalmente, são propostas estratégias para aumentar a participação dos pacientes. Pacientes e familiares podem desempenhar um papel essencial na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do paciente. Entretanto, eles devem estar ativamente envolvidos para que isso ocorra, com suas contribuições consideradas em um ambiente favorável a uma cultura de segurança justa.

**PALAVRAS-CHAVE** Segurança do paciente. Participação do paciente. Preferência do paciente.

**ABSTRACT** *This essay sought to discuss the role of patients and families in quality of care and patient safety. Traditionally, the role of health professionals – especially physicians – has been predominant in discussing and defining what constitutes high-quality health care. However, other actors have been recognized in the contemporary debate on the quality of care and, in particular, patient safety and centrality of care. The patient's role in the quality of care and even their protagonism in identifying the main problems in the provision of care and how to contribute to safer care are highlighted. Initially, discusses the role of patients and relatives in the quality of care and patient safety. Then, the factors that influence and hinder their participation are discussed. Finally, strategies for increasing patient participation are proposed. Patients and families can play an essential role in improving the quality of health care and patient safety. However, they must be actively involved in making this happen, with their contributions considered in an environment favorable to a just safety culture.*

**KEYWORDS** *Patient safety. Patient participation. Patient preference.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [vanessalopesvillar@gmail.com](mailto:vanessalopesvillar@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Royal Tropical Institute – Amsterdam, Países Baixos.



## Introdução

A segurança do paciente vem sendo discutida desde o início dos anos 2000 como uma dimensão da qualidade do cuidado em saúde<sup>1</sup>. Qualidade do cuidado em saúde pode ser entendida como resultante da aplicação do conhecimento científico e de tecnologias de saúde disponíveis associados à aplicação no cuidado ao paciente<sup>2</sup>. Já a segurança do paciente diz respeito ao conjunto de atividades organizacionais que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambiente no cuidado em saúde que, consistente e sustentavelmente, diminuem riscos e a ocorrência de danos evitáveis para o paciente, tornando o erro menos provável, além de reduzir o impacto quando este ocorre<sup>3</sup>.

Ancorada às preocupações com a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, emerge a discussão acerca do papel do paciente. Cada vez mais, os pacientes passam de um papel passivo de recebedores de cuidados para um papel mais ativo, de parceiros dos profissionais no cuidado em saúde<sup>4</sup>. Ademais, reconhece-se que o cuidado deve ser centrado nesse ator. Essa mudança de paradigma é de grande importância para alcançar melhorias na qualidade do cuidado e na segurança do paciente, embora aporte desafios e mudanças culturais. Assim, a perspectiva do paciente vem sendo reconhecida como um componente-chave de qualquer estratégia de melhoria de qualidade e, portanto, valorizada<sup>5</sup>. Entende-se que pacientes e familiares são capazes de se envolver na qualidade do cuidado e identificar os principais problemas que ocorrem, pois podem fornecer uma compreensão única sobre segurança do paciente<sup>6</sup> em distintos níveis – do nível micro do cuidado individual e da experiência do paciente ao nível macro, das lacunas na formulação de políticas específicas que garantam o cuidado centrado no paciente e tomada de decisão compartilhada<sup>7</sup>. Entretanto, suas contribuições são ainda pouco consideradas na literatura<sup>8</sup> e na prática clínica.

Partindo-se desse contexto, é necessário fomentar estratégias que fortaleçam o papel do paciente na qualidade do cuidado a ele prestado e à sua segurança. Tais estratégias apoiam-se em distintos conceitos<sup>4,9-13</sup> e se desenvolvem de diversas maneiras. O envolvimento ativo do paciente, ou o seu engajamento, por exemplo, reconhece o paciente como parte integrante do cuidado em saúde e como um componente crítico da prestação de serviços centrados nas pessoas. Há consenso de que pacientes engajados estão habilitados a tomar decisões sobre as opções de cuidado. Além disso, os recursos humanos e materiais dos serviços de saúde podem ser mais bem empregados se estiverem alinhados com as prioridades dos pacientes, o que é um ponto crítico para os sistemas de saúde em todo o mundo<sup>13</sup>.

Consequentemente, o papel do paciente é entendido como fator-chave na condução de ações voltadas à melhoria de serviços de saúde<sup>14</sup> e das iniciativas para garantir a prestação de um cuidado mais seguro. No bojo dessa discussão, em 2013, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o programa Patients for Patient Safety, que enfatizava a capacitação de pacientes, familiares e cuidadores, em conjunto com profissionais de saúde, para facilitar o seu engajamento no cuidado, a fim de aumentar a qualidade, a segurança e fomentar o cuidado centrado nas pessoas<sup>15</sup>. Desde então, fomentou-se o debate no cenário internacional.

Apesar do crescente reconhecimento da importância da perspectiva do paciente sobre a qualidade e a segurança do cuidado no cenário internacional, no Brasil, ela ainda é pouco discutida. Embora questões como controle social e satisfação do usuário tenham sido valorizadas, pouco tem sido publicado sobre o papel dos pacientes no cuidado em saúde no País. Nesse cenário, o objetivo deste ensaio é discutir o papel dos pacientes e familiares na qualidade do cuidado e na segurança do paciente à luz da literatura, a fim de refletir sobre o contexto brasileiro.

## O papel dos pacientes na qualidade do cuidado e na segurança do paciente

Diversos termos são empregados para

expressar o papel do paciente na qualidade do cuidado, tais como: ‘cuidado centrado no paciente’<sup>9</sup>, ‘empoderamento do paciente’<sup>13</sup>, ‘engajamento do paciente’<sup>13</sup>, ‘envolvimento do paciente’<sup>10</sup>, ‘experiência do paciente’<sup>11</sup> e ‘participação do paciente’<sup>4,12</sup> (*quadro 1*).

Quadro 1. Conceitos relacionados ao papel do paciente na qualidade do cuidado e na segurança do paciente

Conceito	Definição
Cuidado centrado no paciente	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e aos valores individuais dos pacientes e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Empoderamento do paciente	Processo pelo qual as pessoas ganham maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde.
Engajamento do paciente	Processo de construção da capacidade de pacientes, familiares, cuidadores e prestadores de cuidados de saúde para facilitar e apoiar o envolvimento ativo dos pacientes em seus próprios cuidados, a fim de aumentar a segurança, a qualidade e o foco das pessoas na prestação de serviços de saúde.
Envolvimento do paciente	Conceito amplo, não universalmente definido, descrito por muitos termos com diversas definições, como cuidado centrado no paciente ou na pessoa, participação do paciente e engajamento do paciente ou do usuário, cocriação ou coprodução.
Experiência do paciente	Gama de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde, incluindo os planos de saúde, os médicos, os enfermeiros e outros profissionais de saúde, em hospitais, consultórios e outros serviços de saúde.
Participação do paciente	Envolvimento ativo do paciente no planejamento, na entrega, no acompanhamento e na avaliação do próprio cuidado.

Fonte: elaboração própria.

No entanto, apesar da variedade terminológica, não há uma definição universalmente aceita, nem mesmo das dimensões que as abarcam, ou consenso sobre quais aspectos devem ser abordados em cada conceito. Além disso, do ponto de vista operacional, existem poucas experiências concretas sobre como se organizar para isso, gerando confusão para pacientes, profissionais de saúde e gestores das organizações de saúde<sup>10</sup>.

O engajamento do paciente pode se dar com a participação em grupos de apoio ou ativismo relacionado à doença ou à condição de saúde<sup>16</sup>; por tomadas de decisões compartilhadas na escolha do tratamento<sup>4</sup>; incentivo a comportamentos seguros, como higiene das

mãos ou uso de medicamentos<sup>4</sup>; e identificação de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde<sup>16,17</sup>. Incidente, compreendido como todo evento ou circunstância que poderia ter resultado em dano desnecessário, e eventos adversos, caracterizados quando há dano físico ou psicológico para o paciente<sup>18</sup>, são dois dos principais problemas na qualidade do cuidado associados à segurança do paciente.

Os grupos de apoio e ativismo são organizados por pacientes, familiares ou outros representantes ao redor de uma doença ou condição de saúde específica, como síndrome de imunodeficiência adquirida, câncer, dor crônica, entre outras. Esses grupos têm o papel de divulgar informações, auxiliar na resolução

de problemas e ajuda mútua, além de advogar pelos direitos dos pacientes e por mudanças sociais<sup>16,19</sup>. Os grupos podem ser formados dentro das organizações de saúde ou fora delas, a partir da sociedade civil organizada e nas redes sociais.

Diferentemente, decisões compartilhadas ocorrem dentro das instituições com profissionais de saúde e pacientes discutindo juntos para escolher exames, tratamentos, a gestão da doença ou medidas de apoio, baseados em evidências científicas e adequados às preferências de cada paciente. Esse processo engloba informações claras ao paciente sobre todas as opções terapêuticas, os resultados do cuidado, seus riscos e benefícios, devendo ser registradas as preferências informadas pelos pacientes<sup>20</sup>.

Os pacientes e familiares também podem e devem se envolver para garantir que atitudes e comportamentos seguros, como a adesão aos protocolos de segurança do paciente, entre os quais, higienização de mãos e identificação dos pacientes, sejam cumpridos<sup>21</sup>. O uso seguro de medicamentos, tendo em conta de quais medicamentos faz uso, em qual dosagem e qual período do dia o uso deve ser feito, e a comunicação efetiva com os profissionais, como informar claramente seus problemas de saúde à equipe e qual itinerário do cuidado foi realizado até chegar ao serviço de saúde, também são exemplos do envolvimento em atitudes e comportamentos seguros. Contudo, o envolvimento efetivo nesses comportamentos requer abertura e espaço para que essa fala seja ouvida e incorporada aos protocolos de tratamento.

Destaca-se, ainda, a identificação de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde. Pacientes e familiares parecem dispostos a relatar o que percebem como incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente ocorridos no seu próprio cuidado. Esses relatos potencialmente fornecem informações úteis sobre o tipo e a frequência dos incidentes, que não necessariamente espelham as informações registradas pelos

profissionais nos sistemas de notificação de incidentes<sup>22</sup>. Os principais incidentes e eventos adversos apontados por eles estão relacionados a medicamentos, infecções, cirurgia e queda, possivelmente porque são os mais visíveis no cuidado em saúde. Como fatores contribuintes para a ocorrência desses incidentes e eventos adversos, destacam-se a comunicação nas suas diversas vertentes, o relacionamento profissional-paciente, as questões relacionadas ao respeito e à dignidade, à escuta do paciente, ao direito dos pacientes e ao fluxo e gerenciamento de informações<sup>17,23</sup>.

Pacientes e familiares têm uma visão mais ampla de toda a trajetória do cuidado, atuando como parceiros dos profissionais na identificação de problemas no cuidado em saúde<sup>8</sup>, percebendo problemas no cuidado que, em geral, passam despercebidos pelos profissionais. Um em cada três incidentes notificados pelos pacientes é compatível com os incidentes de segurança do paciente identificados pelos profissionais. Os incidentes com maior concordância são os relacionados aos problemas com medicamentos, gestão das enfermarias, falhas de equipamentos e sistemas, infecção, segurança e saúde, complicações e repetições de procedimentos. As divergências surgem devido à ampla variedade de incidentes associados a danos emocionais e psicológicos, que incluem problemas relacionados à comunicação, ao tratamento dispensado pelos profissionais aos pacientes, ao treinamento dos profissionais, ao ambiente, à alimentação e à nutrição<sup>24</sup>. Desse modo, os relatos dos pacientes e familiares fornecem uma compreensão ampla sobre as experiências dos pacientes com o cuidado, em geral, não capturada pelos sistemas de informações tradicionalmente usados pelos profissionais<sup>24</sup>. O que pode ajudar os profissionais a identificar lacunas no atendimento e implementar melhorias na qualidade. Outro estudo realizado com 746 pais e cuidadores em quatro hospitais pediátricos nos Estados Unidos concluiu que as famílias forneciam informação relevante, logo, deveriam ser incluídas na vigilância de segurança hospitalar, para

facilitar o melhor desenho e a melhor avaliação de intervenções para melhorar a segurança<sup>25</sup>.

Estudo canadense destacou o impacto positivo da parceria com pacientes em diversas áreas<sup>16</sup>. Na segurança do paciente, referiram-se a situações quando os pacientes foram capazes de reportar informações precisas e de ser parceiros valiosos na vigilância de segurança, desde a concepção do ambiente físico e da coordenação do cuidado até as notificações relacionadas à segurança do paciente e à participação na análise de causa raiz. Para tal, o engajamento do paciente deve ser autêntico e fazer parte de todas as instâncias e âmbitos, desde a cabeceira do leito até a elaboração de políticas nacionais<sup>26</sup>, fortalecendo seu papel ativo e de interesse na segurança e qualidade do cuidado<sup>27</sup>.

Há inúmeros argumentos de pesquisadores e gestores acerca da atuação dos pacientes e da relevância de seus relatos para a melhoria de todas as dimensões da qualidade do cuidado. Contudo, mesmo diante das vantagens de incorporar a voz do paciente no cuidado em saúde, a incorporação contínua na melhoria da segurança do paciente ainda tem sido lenta<sup>28</sup>. Apesar de sua importância, esse movimento tem sido lento em vários países, sobretudo naqueles em desenvolvimento, como o Brasil.

## O papel do paciente no contexto brasileiro

No Brasil, estudos relacionados à segurança e à qualidade do cuidado, na perspectiva do paciente, ainda são incipientes. Um estudo realizado em Goiás entrevistou 80 pacientes da clínica cirúrgica de um hospital de ensino, dos quais, 14 relataram ter percebido algum incidente durante o período de sua internação. O estudo ressaltou a importância do envolvimento do paciente durante sua assistência de forma a direcionar o seu próprio cuidado, visando a minimizar a ocorrência de incidentes, tornando-se a sua principal estratégia de prevenção. Entretanto, ressaltou que muitos

profissionais ainda não reconhecem a importância dessa parceria para a prevenção de incidentes<sup>29</sup>.

No Rio Grande do Sul, outro estudo baseado em entrevistas com pacientes, familiares e profissionais encontrou questões relacionadas à importância dos pacientes e seus familiares como coprodutores do cuidado seguro. Isso foi percebido nos protocolos relacionados à identificação do paciente, ao uso seguro de medicamentos, cuidados e prevenção de quedas, infecções, higienização das mãos, cirurgia segura e prevenção da lesão por pressão. Entretanto, apesar da importância da participação dos pacientes e familiares nos processos de adesão aos protocolos de segurança do paciente, estes nem sempre eram seguidos pelos profissionais. Também houve dificuldade por parte dos pacientes e familiares em comunicarem aos profissionais o não cumprimento dos protocolos, principalmente no que diz respeito à identificação do paciente e à lavagem das mãos<sup>30</sup>.

Entrevistas realizadas com familiares ou cuidadores de crianças hospitalizadas na região Sul do Brasil, com objetivo conhecer a sua percepção sobre a segurança do paciente, abordou duas categorias temáticas: a primeira, relacionada a 'pressupostos de segurança do paciente', que englobou o conhecimento dos cuidadores sobre segurança do paciente, importância do acompanhante, barreiras que favorecem o cuidado seguro e postura perante o erro; e a segunda, 'protocolos de segurança do paciente implementados na instituição', contendo questões de protocolos de segurança do paciente relacionados a comunicação, identificação, medicações, prevenção de quedas e infecções. Esse estudo demonstrou que os participantes da pesquisa pareciam dispostos a desempenhar um papel ativo no cuidado em saúde das crianças como barreira na prevenção de eventos adversos, mas que, para tal, seria necessário elaborar estratégias de educação e inclusão desses na segurança do paciente<sup>31</sup>.

No interior de São Paulo, entrevistas com familiares de crianças internadas apontaram



preocupações relacionadas à segurança do paciente, como ações para prevenção de infecções ligadas a higienização das mãos, limpeza do ambiente, uso de luvas e não reutilização de materiais hospitalares, administração segura de medicamentos e identificação do paciente. Dessa forma, concluíram que a abordagem centrada no paciente e na família é relevante para um cuidado seguro e deve ser empregada na assistência<sup>32</sup>.

Apesar das diferenças socioeconômicas e culturais dos cenários estudados, em todos os estudos referidos os pacientes mostraram-se dispostos e capazes de participar em prol da qualidade do cuidado e da segurança do paciente, no contexto brasileiro. No entanto, novos

estudos serão necessários para melhor conhecer os incidentes e eventos adversos na perspectiva dos pacientes e familiares no Brasil e os principais fatores que motivam ou dificultam a participação do paciente e a sua notificação.

## Fatores que influenciam a participação do paciente

Diversas barreiras podem dificultar ou mesmo impedir a participação, tais como fatores socioeconômicos e culturais relacionados aos pacientes, fatores relacionados aos profissionais e ao ambiente onde o cuidado em saúde é prestado (*figura 1*).

Figura 1. Fatores contribuintes ao engajamento do paciente na garantia da segurança e qualidade do cuidado



Fonte: adaptado a partir de Davis RE, Jackin R, Sevdalis N, et al.<sup>14</sup>.

Alguns fatores podem afetar a adesão do paciente à garantia da segurança e da qualidade do cuidado<sup>14</sup>. Entre os relacionados aos pacientes, estão fatores socioeconômicos, culturais, demográficos, cognitivos, letramento em saúde e experiências anteriores no cuidado em saúde. Quanto mais bem informados forem os pacientes e familiares, maiores são as chances de envolverem-se ativamente no cuidado em saúde. Como barreiras relacionadas aos pacientes e familiares estão a compreensão dos termos engajamento e segurança do paciente, o baixo letramento em saúde, suporte social limitado para pacientes vulneráveis e a ausência de grupos de defesa nacionalmente representativos<sup>33</sup>. Já os fatores relacionados à doença incluem tipo de doença e comorbidades, sintomas, gravidade e plano de tratamento, resultados e experiência anterior com segurança do paciente<sup>4,14,17,34,35</sup>.

Entre os relacionados aos profissionais de saúde, estão o conhecimento e o treinamento em qualidade e segurança do cuidado e o engajamento dos pacientes, especialidade do profissional, suas crenças e valores, além da interação dos profissionais com os pacientes<sup>4,14,17,34,36</sup>. O relacionamento profissional-paciente tem destaque. Profissionais de saúde têm a importante função de facilitar o envolvimento do paciente na segurança do cuidado, como, por exemplo, usando suas habilidades de comunicar, ouvir, encorajar, informar e instruir pacientes para questionar ou participar de decisões e comportamentos<sup>37</sup>. Se mantida uma relação profissional-paciente distante e autoritária, tende-se a diminuir a probabilidade de o paciente participar ativamente no seu cuidado, sendo o medo de retaliação dos profissionais um temor comum nesse tipo de relacionamento.

De forma mais ampla, sugere-se que um maior envolvimento do paciente pode ser alcançado colocando pacientes e sua segurança no centro do cuidado em saúde. Os gestores têm a atribuição de fornecer um ambiente de trabalho propício a envolver os pacientes na segurança do cuidado e apoiar o foco no paciente. Isso pode ser alcançado por meio da comunicação adequada, educação e

trabalho em parceria, envolvimento do paciente na prevenção de danos, suporte para reclamações dos pacientes sobre segurança do cuidado e capacitação, no que diz respeito ao aprendizado sobre sua própria condição de saúde e relato de incidentes<sup>37</sup>.

Os pacientes podem superar esses obstáculos buscando ajuda como membros de grupos de apoio e associações de pacientes, ou buscar a informação necessária para a escolha de um tratamento mais adequado por outros canais, como as plataformas de mídia digital. Essas informações os ajudam no enfrentamento de questões mais complexas que surgem na prestação do cuidado, como a escolha de um tratamento mais adequado ou no relacionamento profissional-paciente.

Alguns obstáculos para a participação do paciente, porém, extrapolam o controle de pacientes e profissionais. A participação do paciente reflete, também, normas sociais e a cultura organizacional na qual está inserido o cuidado em saúde prestado<sup>4</sup>. Como fatores relacionados à forma como o sistema de saúde está organizado, incluem-se questões relacionadas aos processos de atendimento, admissão e procedimentos administrativos, assim como a localização do serviço e mecanismos de regulação<sup>38</sup>.

Cultura e liderança organizacional, políticas e práticas institucionais podem também influenciar positivamente o engajamento dos pacientes, tornando-os parceiros ativos tanto para ações de melhoria quanto no cuidado direto recebido<sup>16,39</sup>. Como desafios para que isso ocorra, ressaltam-se a mudança de cultura na prestação e no recebimento de cuidados e aspectos práticos no envolvimento dos pacientes durante o planejamento de seus próprios cuidados. A mudança de cultura inclui mudança de mentalidade do profissional sobre o cuidado centrado no paciente e repensar políticas, estruturas e processos envolvidos no engajamento do paciente<sup>16</sup>. Porém, a mudança da cultura organizacional nem sempre é algo fácil ou trivial.

Como fatores facilitadores do engajamento dos pacientes, elencam-se: o recrutamento e

a preparação dos pacientes como parceiros e membros da equipe; o treinamento dos profissionais de saúde para envolver os pacientes como parceiros em equipes; a criação de conselhos e outros órgãos com foco na integração do paciente no cuidado; e a garantia de que as lideranças apoiem o envolvimento do paciente e o cuidado centrado no paciente e na família em toda a organização<sup>16</sup>.

Outras questões relacionaram-se à existência e ao tipo de sistema de notificações de incidentes e eventos adversos, e sua consequente facilidade em notificar também influencia a disponibilidade em engajar-se na notificação. Mesmo pacientes dispostos a relatar formalmente incidentes identificam como barreira à notificação o desconhecimento acerca do sistema de notificação de incidentes<sup>34</sup>. Esses sistemas deveriam não apenas estar à disposição dos pacientes, mas ser, também, de amplo conhecimento, de fácil acesso e uso, com perguntas claras, compreensíveis, além de garantir o anonimato nas notificações.

Todos esses fatores combinam-se de diferentes formas nas organizações de saúde ao redor do mundo. Estudo realizado com familiares de pacientes pediátricos no contexto nacional apontou a comunicação efetiva durante o processo de cuidado na hospitalização como essencial para estabelecimento de relação colaborativa entre familiares e profissionais<sup>32</sup>.

O maior desafio para profissionais de saúde e gestores é incentivar os fatores facilitadores e diminuir as barreiras à participação de pacientes e familiares. Para tal, diversas estratégias de incentivo à participação de pacientes e familiares foram criadas.

## Estratégias e propostas para o aumento da participação do paciente

As estratégias para aumentar a participação dos pacientes na qualidade do cuidado e segurança do paciente podem ser sistematizadas

em quatro categorias: ações educativas; ações que estimulam o desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado e o envolvimento; estratégias para aumentar a participação dos pacientes na qualidade do cuidado e segurança do paciente; e ações voltadas para incentivar os pacientes e familiares como parceiros na identificação e notificação de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde.

Primeiramente, estão as 'ações educativas' voltadas para os pacientes com vistas ao melhor conhecimento e decisão acerca do próprio tratamento<sup>22</sup>, como a elaboração de cartilhas sobre a doença ou condição do paciente<sup>29</sup>, a elaboração e implementação de planos e diretrizes institucionais em parceria com os profissionais<sup>4</sup>, e a capacitação pelos serviços de saúde dos pacientes para a percepção dos riscos e voltadas para segurança do paciente<sup>29</sup>. As ações educativas têm destaque por serem de baixo custo de implementação. No Brasil, em 2017, foi elaborado um manual para pacientes, familiares e acompanhantes com orientações sobre como estes poderiam participar mais ativamente de sua assistência e contribuir com profissionais e gestores para a segurança do paciente<sup>40</sup>.

Porém, há dificuldade de se atingir pacientes com baixo nível de escolaridade e profissionais resistentes a mudanças. Nesse sentido, identificar lideranças parceiras e multiplicadoras de informação é fundamental para que a mudança ocorra.

Na segunda categoria, estão as 'ações que estimulam o desenvolvimento da autonomia do paciente para o autocuidado e o envolvimento dos pacientes e familiares no cuidado'<sup>29</sup>, como questionar os profissionais de saúde sobre seu diagnóstico e suas condições médicas, a fim de esclarecer todas as dúvidas, implementação das instruções médicas recomendadas, explorar as decisões compartilhadas com os profissionais com relação a outros tratamentos alternativos<sup>41</sup>. Isso pode ser particularmente difícil com pacientes e familiares com baixo nível socioeconômico, cultural e baixo letramento

em saúde. Nessa condição, eles podem ter dificuldade para compreender certos termos e a importância de participarem mais ativamente. Para enfrentamento desse problema, reforça-se a importância de campanhas de divulgação de autocuidado e a formação de grupos de autoajuda para condições e patologias específicas, como se observam em pacientes com doenças infectocontagiosas ou raras.

A terceira categoria, ‘estratégias para aumentar a participação dos pacientes na qualidade do cuidado e segurança do paciente’, engloba ações voltadas para criar situações em prol da melhoria do cuidado e da segurança do paciente, como estímulo à adoção de comportamentos seguros na identificação do paciente, prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, cirurgia segura, uso seguro de medicamentos, prevenção de quedas, lesão por pressão e a comunicação aberta e efetiva entre pacientes e profissionais<sup>29,42</sup>. Tudo isso pode ser particularmente difícil em ambientes com grande hierarquia e profissionais que resistem em tornar pacientes parceiros, enquanto estes podem ter dificuldade para aderir a essas práticas por sentimento de gratidão ou medo de retaliação por parte dos profissionais. Nesse sentido, o treinamento profissional e a mudança da cultura organizacional exercem papel primordial na melhoria da qualidade do cuidado e na segurança do paciente.

Finalmente, há as ‘ações voltadas para incentivar os pacientes e familiares como parceiros na identificação e notificação de incidentes e eventos adversos no cuidado em saúde’<sup>4,17</sup>. Como ferramentas para capturar essas informações, podem-se citar os questionários, entrevistas, grupos focais e sistemas de notificação<sup>43</sup>. Essas ferramentas devem estar disponíveis nos serviços de saúde, e os pacientes e familiares devem se sentir confortáveis em realizar a notificação com sigilo das informações, que deverão ser analisadas em associação com as informações fornecidas pelos profissionais e empregadas em um plano de melhorias voltado para os pacientes. No cenário nacional, tem-se, na esfera governamental, o Sistema de

Notificações de Vigilância Sanitária (Notivisa), módulo ‘cidadão’, voltado para receber as notificações de incidentes e eventos adversos de pacientes, familiares, amigos e outros, cujas informações são confidenciais, e as informações utilizadas para prevenção de futuros danos aos pacientes<sup>41,44</sup>.

Esse conjunto de estratégias pode ser combinado das mais diversas maneiras de acordo com as regras sociais, o ambiente e a cultura organizacional em que o cuidado é prestado. É papel dos gestores incentivar uma cultura justa que encoraje pacientes e profissionais a serem parceiros no cuidado, com o foco na melhoria da adesão do paciente ao tratamento, na sua participação em ações preventivas de incidentes e identificação e notificação de incidentes e eventos adversos.

## Considerações finais

Pacientes e familiares podem exercer um importante papel na melhoria da qualidade do cuidado em saúde e na segurança do paciente. Porém, para que isso ocorra de fato, eles devem estar ativamente envolvidos e ter suas contribuições de fato consideradas. Ademais, as organizações de saúde devem criar um ambiente favorável à parceria entre pacientes, familiares e profissionais, pautado em ações educativas para fomentar uma cultura justa e não punitiva.

Reforça-se que a perspectiva do paciente emerge com o potencial de ajudar a construir novos processos de cuidado e melhoria do desempenho de equipes clínicas e das organizações. Como proposições ao engajamento do paciente, destacam-se as ações em prol da melhoria da comunicação entre profissionais-pacientes e ações educativas voltadas para pacientes, familiares e profissionais, no sentido de torná-los parceiros na melhoria da qualidade do cuidado, na segurança do paciente e na elaboração de políticas institucionais.

Para que isso se verifique no cenário nacional, é necessário, inicialmente, incentivar o

debate, além do desenvolvimento de pesquisas para conhecer o papel dos pacientes e familiares nos diversos contextos, da atenção básica aos hospitais de alta complexidade.

## Colaboradoras

Villar VCFL (0000-0002-4469-2796)\* contribuiu para concepção, desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração

do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Martins M (0000-0002-9962-0618)\* contribuiu para concepção, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Rabello ET (0000-0002-8324-1453)\* contribuiu para o desenho do estudo, interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Reis CT, Martins M, Laguardia J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013 [acesso em 2018 jul 31]; 18(7):2029-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vHsXdr-nkn6qTnkLkGsFJbr/abstract/?lang=pt>.
2. Martins M. Qualidade do cuidado de saúde. In: Souza P, Mendes W, organizadores. *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: EAD ENSP; 2019. p. 27-40. [acesso em 2022 jul 31]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/tzvzr/pdf/sousa-9788575416419-04.pdf>.
3. World Health Organization. *Global patient safety action plan 2021-2030. Towards zero patient harm in health care. First draft*. 2020. [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em [https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4).
4. Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 2010 [acesso em 2022 jul 31]; 85(1):53-62. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800278/pdf/mayoclinproc\\_85\\_1\\_009.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800278/pdf/mayoclinproc_85_1_009.pdf).
5. Vincent CA, Couter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care.* 2002 [acesso em 2022 jul 31]; 11(1):76-80. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/11/1/76>.
6. Armitage G, Moore S, Reynolds C, et al. Patient-reported safety incidents as a new source of patient safety data: an exploratory comparative study in an acute hospital in England. *J Health Serv Res Policy.* 2018 [acesso em 2022 jul 31]; 23(1):36-43. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819617727563?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1355819617727563?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed).
7. Berwick DM. A user's manual for the IOM's 'Quality Chasm' report. *Health Aff (Millwood).* 2002; 21(3):80-90.
8. Vincent C, Carthey J, Macrae C, et al. Safety analysis over time: seven major changes to adverse event investigation. *Implement Sci.* 2017 [acesso em 2022 jul 31]; 12(1):151. Disponível em: <https://implement>

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13012-017-0695-4.pdf.
9. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001. [acesso em 2018 jul 31]. Disponível em: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3375215>.
  10. Bergerum C, Thor J, Josefsson K, et al. How might patient involvement in healthcare quality improvement efforts work. A realist literature review. *Health Expect*. 2019 [acesso em 2022 jul 31]; 22(5):952-64. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6803394/>.
  11. Agency for Healthcare Research and Quality. What Is Patient Experience? 2021. [acesso em 2021 apr 26]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>.
  12. Phillips NM, Street M, Haesler E. Measuring patient participation in health care: a comprehensive systematic review protocol: JBI Database Syst Rev Implement Rep. 2014 [acesso em 2022 jul 31]; 12(3):68-88. Disponível em: [https://journals.lww.com/jbisir/fulltext/2014/12030/measuring\\_patient\\_participation\\_in\\_health\\_care\\_\\_a.6.aspx](https://journals.lww.com/jbisir/fulltext/2014/12030/measuring_patient_participation_in_health_care__a.6.aspx).
  13. World Health Organization. Patient engagement Technical Series on Safer Primary Care. 2016 [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf>.
  14. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007 [acesso em 2022 jul 31]; 10(3):259-67. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060404/pdf/HEX-10-259.pdf>.
  15. World Health Organization. Patients for Patient Safety Partnership for Safer Health Care. 2013. [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/PFPS\\_brochure\\_2013.pdf](https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/PFPS_brochure_2013.pdf).
  16. Canadian Patient Safety Institute. Engaging Patients in Patient Safety Canada. 2018. [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Patient-Engagement-in-Patient-Safety-Guide/Documents/Engaging%20Patients%20in%20Patient%20Safety.pdf>.
  17. Harrison R, Walton M, Manias E, et al. The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care*. 2015 [acesso em 2022 jul 31]; 27(6):424-42. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/27/6/424/2357399?login=false>.
  18. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report. 2009. [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2010.2>.
  19. Moretti FA, Zucchi P. Caracterização dos grupos de apoio e associações de pacientes portadores de doença reumatológica no Brasil. *Rev Bras Reumatol*. 2010 [acesso em 2022 jul 31]; 50(5):516-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/tHQCPx4FKDCrkMMTCrykdqL/?lang=pt>.
  20. Courter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. The Kings Fund. 2011. [acesso em 2021 maio 2]. Disponível em: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011\\_0.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf).
  21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: [https://www.saude.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf](https://www.saude.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2017-09/2017-anvisa---caderno-1---assistencia-segura---uma-reflexao-teorica-aplicada-a-pratica.pdf).
  22. Lawton R, Armitage G. The role of the patient in clinical safety. Health Found. 2012 [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/TheRoleOfThePatientInClinicalSafety.pdf>.

23. Ward JK, Armitage G. Can patients report patient safety incidents in a hospital setting? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012 [acesso em 2022 jul 31]; 21(8):685-99. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/21/8/685>.
24. O'Hara JK, Reynolds C, Moore S, et al. What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Qual Saf.* 2018 [acesso em 2022 jul 31]; 27(9):673-82. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/27/9/673.full.pdf>.
25. Khan A, Coffey M, Litterer KP, et al. Families as Partners in Hospital Error and Adverse Event Surveillance. *JAMA Pediatr.* 2017 [acesso em 2022 jul 31]; 171(4):372-381. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526631/>.
26. Gandhi TK, Kaplan GS, Leape L, et al. Transforming concepts in patient safety: a progress report. *BMJ Qual Saf.* 2018 [acesso em 2022 jul 31]; 27:1019-26. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/27/12/1019>.
27. Reader TW, Gillespie A. Stakeholders in safety: Patient reports on unsafe clinical behaviors distinguish hospital mortality rates. *J Appl Psychol.* 2020 [acesso em 2021 jan 27]; 106(3):439-451. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/apl0000507>.
28. Fitzsimons B, Cornwell J. What can we learn from patients' perspectives on the quality and safety of hospital care? *BMJ Qual Saf.* 2018 [acesso em 2022 jul 31]; 27:671-672. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/27/9/671>.
29. Bezerra ALQ, Silva TDO, Paranaguá TTB, et al. Conhecimento de usuários de uma clínica cirúrgica sobre a ocorrência de incidentes. *Cogitare Enferm.* 2016 [acesso em 2022 jul 31]; 21(5):1-9. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45455>.
30. Costa DG, Moura GMSS, Pasin SS, et al. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020 [acesso em 2022 jul 31]; 28:e3272. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/n773ypFVK4kS99w7f-TGRH6y/abstract/?lang=en>.
31. Peres MA, Wegner W, Cantarelli-Kantorski KJ, et al. Percepção de familiares e cuidadores quanto à segurança do paciente em unidades de internação pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018 [acesso em 2021 de jan 15]; 39(0). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100439&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100439&lng=pt&tlng=pt).
32. Franco LF, Bonelli MA, Wernet M, et al. Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Rev Bras Enferm.* 2020 [acesso em 2022 jul 31]; 73(5):e20190525. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/sWCTG8789YqvjZYyGD7xPGB/?format=pdf&lang=en>.
33. The National Patient Safety Foundation's Lucian Leap Institute. Safety is personal. Partnering with Patient and Families for the Safest Care. 2014. [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: [https://patientcarelink.org/wpcontent/uploads/2015/11/Safety\\_Is\\_Personal.pdf](https://patientcarelink.org/wpcontent/uploads/2015/11/Safety_Is_Personal.pdf).
34. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: A systematic literature review. *Soc Sci Med.* 2012 [acesso em 2022 jul 31]; 75(2):257-63. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953612002808?via%3Dihub>.
35. Sellers MM, Berger I, Myers JS, et al. Using Patient Safety Reporting Systems to Understand the Clinical Learning Environment: A Content Analysis. *J Surg Educ.* 2018 [acesso em 2022 jul 31]; 75(6):e168-77. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1931720418302320?via%3Dihub>.
36. Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, et al. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2014 [acesso em 2022 jul 31]; 23(7):548-55. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/23/7/548.full.pdf>.

37. Ocloo J, Garfield S, Dawson S, et al. Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A protocol for a systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2017. [acesso em 2021 nov 1]. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/10/e018426.full.pdf>.
38. Johnstone MJ, Kanitsaki O. Engaging patients as safety partners: some considerations for ensuring a culturally and linguistically appropriate approach. *Health Policy*. 2009 [acesso em 2022 jul 31]; 90(1):1-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851008002029?via%3Dihub>.
39. Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. Patient and Family Engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff*. 2013 [acesso em 2022 jul 31]; 32(2):223-31. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2012.1133>.
40. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Brasília, DF: Anvisa; 2017. [acesso em 2022 jul 31]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/guia-como-posso-contribuir-para-aumentar-a-seguranca-do-paciente-orientacoes-aos-pacientes-familiares-e-acompanhantes/view>.
41. Kim Y-S, Kim HS, Kim HA, et al. Can patient and family education prevent medical errors? A descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 2020 [acesso em 2022 jul 31]; 20(1):269. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7106564/>.
42. Okoniewska B, Santana MJ, Holroyd-Leduc J, et al. A framework to assess patient-reported adverse outcomes arising during hospitalization. *BMC Health Serv Res*. 2016 [acesso em 2022 jul 31]; 16(1):357. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1526-z#Abs1>.
43. Figueiredo FM, Gálvez AMP, Garcia EG, et al. Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: Revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2022 jul 31]; 24(12):4605-4619. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/G8ZYskrrkqvP9FwjDFgKsyB/abstract/?lang=pt>.
44. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA/Cidadão. [Brasília, DF]; [data desconhecida]. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: <https://www16.anvisa.gov.br/notivisaServicos/cidadao/notificacao/evento-adverso>.

---

Recebido em 09/11/2021

Aprovado em 10/05/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), bolsa de produtividade outorgada a MM (PQ 306100/2019-3); Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz)



# Aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna: revisão integrativa

## *Applicability of the Three Delays Model in the context of maternal mortality: integrative review*

Paula Suene Pereira dos Santos<sup>1</sup>, Jameson Moreira Belém<sup>1</sup>, Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz<sup>1</sup>, Cinthia Gondim Pereira Calou<sup>1</sup>, Dayanne Rakelly de Oliveira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213517

**RESUMO** O objetivo desta revisão é sumarizar evidências disponíveis na literatura científica provenientes da aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna quanto aos fatores causais e às medidas interventivas. Trata-se de revisão integrativa da literatura, realizada sem recorte temporal, em sete bases de dados, com os descritores *Maternal Mortality*, *Pregnancy Complications*, *Maternal Death* e a palavra-chave *Three Delays Model*. 15 estudos foram selecionados para análise. O primeiro atraso destacou-se como determinante para as mortes maternas, sendo a recusa em buscar assistência obstétrica na instituição de saúde uma iniciativa da mulher ou de familiares. No segundo atraso, fatores geográficos e infraestrutura precária das estradas dificultaram o acesso aos serviços de saúde. No terceiro atraso, as condições assistenciais nas instituições de saúde implicaram reduzida qualidade dos cuidados. A aplicabilidade do modelo possibilita demonstrar as barreiras enfrentadas pelas mulheres na busca de cuidados obstétricos e visualizar contextos que necessitam de ações interventivas para enfrentar a problemática.

**PALAVRA-CHAVE** Mortalidade materna. Complicações na gravidez. Mortalidade. Modelos teóricos. Causas de morte.

**ABSTRACT** *The objective of this review is to summarize evidence available in the scientific literature from the applicability of the Three Delays Model in the context of maternal mortality in terms of causal factors and interventional measures. It is an integrative literature review, carried out with no time frame, in seven databases, with the descriptors Maternal Mortality, Pregnancy Complications, Maternal Death and the keyword Three Delays Model. 15 studies were selected for analysis. The first delay stood out as a determinant of maternal deaths, with the refusal to seek obstetric care in the health institution an initiative of the woman or family members. In the second delay, geographic factors and poor road infrastructure made access to health services difficult. In the third delay, the care conditions in the health institutions implied a reduced quality of care. The applicability of the model makes it possible to demonstrate the barriers faced by women in the search for obstetric care and to visualize contexts that need interventional actions to face the problem.*

**KEYWORDS** *Maternal mortality. Pregnancy complications. Mortality. Models, theoretical. Cause of death.*

<sup>1</sup>Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.  
paulasuene@yahoo.com.br



## Introdução

O acesso universal e oportuno aos serviços de saúde em todas as fases do ciclo vital mostra-se um desafio para os sistemas de saúde globais<sup>1,2</sup>. No contexto do ciclo gravídico-puerperal, a garantia de acesso imediato e qualificado à assistência constitui fator determinante da saúde materno-infantil, na medida em que congrega eventos com maior possibilidade de intercorrências clínicas e/ou obstétricas<sup>3,4</sup>.

Quando os sistemas de saúde se mostram insuficientes e/ou limitados para atender às demandas das mulheres ou as desigualdades e barreiras impedem o seu alcance efetivo, ocorre a peregrinação pelos serviços em busca de assistência, que pode resultar em agravamento de quadros clínicos e desfechos negativos, como *near miss* e morte materna<sup>3,4</sup>. Apesar da melhoria nos indicadores, a mortalidade materna ainda é considerada elevada em países em desenvolvimento, e muitos avanços são necessários para o alcance das metas da Agenda 2030<sup>5</sup>, sobretudo para elucidar as causas da mortalidade materna e direcionar esforços para a proposição de intervenções.

Nesse sentido, a fim de compreender as mortes maternas, abordagem teórica<sup>6</sup> que correlaciona esse fenômeno à utilização dos serviços de saúde durante a gravidez, parto ou puerpério evidenciou que desfechos negativos se associavam a complicações anteriores, às demoras para chegada da mulher às instituições de referência e à progressão para situações potencialmente graves.

Esse modelo teórico proposto na década de 1990, denominado Three Delays Model<sup>6,7</sup>, ao envolver conhecimentos de diversas áreas, como antropologia, geografia e ciências sociais, tornou-se referência para análise das causas sociais que envolvem as mortes maternas, pois destacava não apenas sua sequência causal, mas, também, social e comportamental, relacionadas aos indivíduos, às famílias e aos contextos comunitários, correlacionando-os ao acesso aos sistemas de saúde<sup>8</sup>.

O modelo baseia-se na identificação e combinação de fatores e evidências relacionadas e agrupadas em três atrasos capazes de impedir mulheres de receber cuidados de saúde maternos necessários. O primeiro atraso se refere à decisão de procurar atendimento; o segundo relaciona-se ao percurso para alcance e obtenção de cuidados; e, por fim, o terceiro atraso corresponde ao recebimento de cuidados adequados no acesso aos serviços de saúde<sup>7</sup>.

Síntese de evidências sobre a utilização do Three Delays Model que incluiu estudos realizados na África, Ásia, América Latina e Caribe descreveu seu potencial na identificação de barreiras de acesso à atenção obstétrica em países de baixa e média renda, embora com utilidade limitada no desencadeamento de intervenções preventivas<sup>9</sup>.

Desse modo, compreende-se que a identificação das condições sociais, econômicas, reprodutivas e assistenciais implicadas no acesso aos serviços obstétricos que resultam em atrasos preditores da mortalidade materna representa uma dimensão importante para subsidiar o planejamento e a proposição de medidas preventivas voltadas à qualificação da assistência ofertada e redução dos óbitos maternos<sup>2</sup>.

## Objetivo

Sumarizar evidências disponíveis na literatura científica provenientes da aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna quanto aos fatores causais e às medidas interventivas.

## Material e métodos

### Tipo de estudo

Revisão integrativa da literatura realizada por meio das etapas: 1) elaboração da pergunta de pesquisa; 2) definição das bases de dados e dos critérios para inclusão e exclusão de estudos;

3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>10</sup>.

### Elaboração da pergunta de pesquisa

Dessa forma, a pesquisa teve início a partir da construção da questão norteadora: quais fatores causais e medidas interventivas estão disponíveis na literatura científica provenientes da aplicabilidade do Three Delays Model no contexto da mortalidade materna?

### Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos como critérios de inclusão as pesquisas científicas publicadas nos idiomas português, inglês, espanhol ou francês, que utilizaram o Three Delays Model para compreender os fatores diretamente implicados nos 'atrasos' que resultam na mortalidade materna. Optou-se por não utilizar recorte temporal de publicação, a fim de abranger uma maior quantidade de estudos. Excluíram-se artigos de revisão de literatura, teses, dissertações e os estudos que não responderam à pergunta de pesquisa.

### Fontes de dados e estratégia de busca

A busca pareada foi realizada entre junho e agosto de 2021, por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Cumulative Index to Nursing And Allied Health (CINAHL) via EBSCO Information

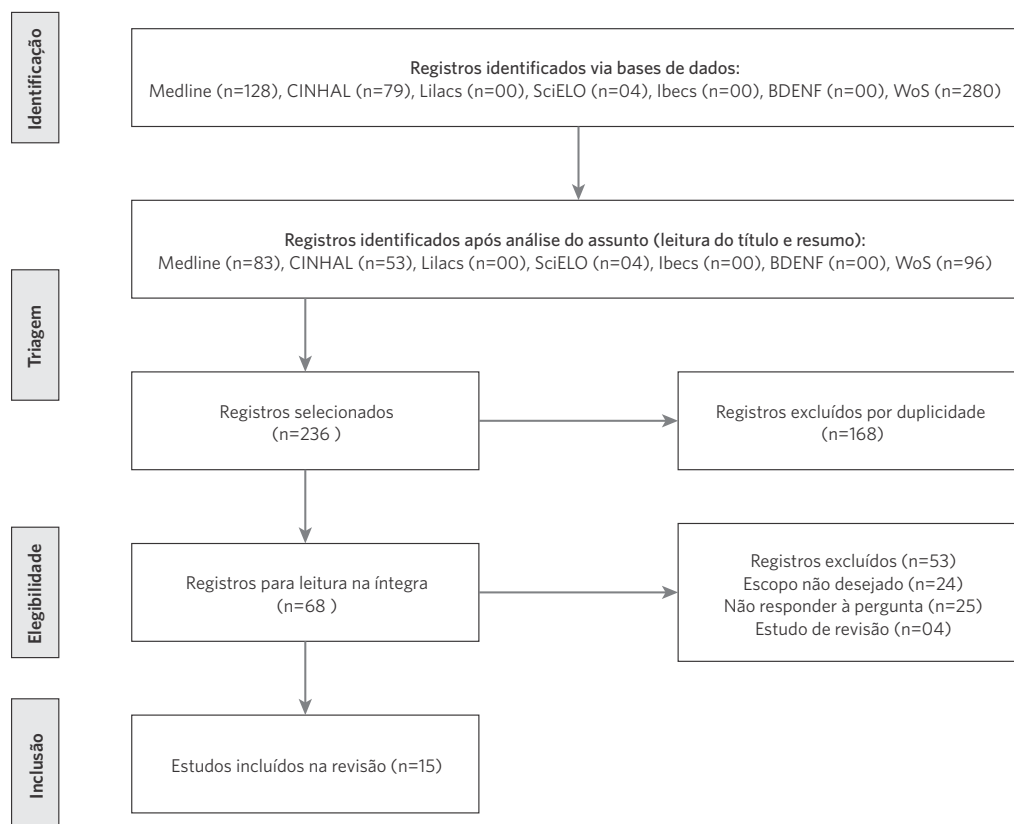
Services, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Web of Science (WoS), Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (Ibecs) e biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Foi utilizado o formulário de busca avançada. E, como estratégia de busca, a combinação de descritores controlados, escolhidos por meio da estratégia PICO – População = gestantes; Fenômeno de interesse = complicações no curso da gestação advindas de algum fator interveniente, demora; e Contexto = mortalidade materna. (*Maternal Mortality, Pregnancy Complications, Maternal Death*), contidos no vocabulário estruturado do Medical Subject Heading (MeSH), a uma palavra-chave (*Three Delays Model*). O cruzamento ocorreu por meio do operador booleano AND, resultando em três chaves de busca: 1) *Maternal Mortality AND Three Delays Model*; 2) *Pregnancy Complications AND Three Delays Model*; e 3) *Maternal Death AND Three Delays Model*, de forma padronizada em todas as bases de dados.

A etapa referente à busca nas bases de dados e na biblioteca virtual foi realizada por dois pesquisadores independentes. Inicialmente, foram identificadas 491 referências primárias. Após triagem, realizada por meio da leitura do título e do resumo e análise criteriosa com base nos critérios de inclusão e exclusão, 15 artigos compuseram a amostra. Durante o processo, quando houve divergência na seleção de estudos, os pesquisadores reuniram-se para decidir os artigos incluídos.

Utilizou-se o fluxograma adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (Prisma)<sup>11</sup> para demonstrar a operacionalização da busca e seleção, conforme *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma do processo de busca e seleção dos estudos primários



Fonte: adaptado Page et al.<sup>11</sup>.

## Informações extraídas dos estudos selecionados

Elaborou-se um instrumento para extração dos dados, dividido em três seções contendo os itens relativos aos dados de caracterização dos artigos (autores, ano, título do artigo, base de dados, periódico); caracterização metodológica (delineamento, locais, participantes, cenários do estudo e técnica de coleta de dados e, por último, aspectos relacionados ao fenômeno dos óbitos maternos as demoras que norteavam a aplicabilidade do Three Delays Model, as causas, os fatores causais e as medidas interventivas) nos artigos revisados.

## Avaliação dos estudos incluídos na revisão

Para avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na amostra, utilizou-se a avaliação por nível de evidência, sendo: nível I, a metanálise de múltiplos estudos controlados; nível II, o estudo individual com delineamento experimental; nível III, o estudo com delineamento quase-experimental, tendo-se como exemplo estudo sem randomização com grupo único pré-teste e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível IV, o estudo com delineamento não experimental, como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou

estudos de caso; nível V, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; e, no nível VI, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas<sup>12</sup>.

## Interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento

Para análise, utilizou-se o método de redução de dados<sup>10</sup> que envolveu a divisão e a classificação das fontes primárias em subgrupos por meio da organização, codificação e do agrupamento dos dados por semelhanças e

divergências, a fim de identificar padrões, temas ou relacionamentos capazes de permitir em uma estrutura lógica a comparação dos dados, facilitando, assim, o processo de análise. Os resultados foram analisados interpretativamente a partir dos padrões recorrentes que emergiram e apresentados por meio de síntese descritiva e figuras. E, por fim, discutidos em conformidade com a literatura sobre o assunto.

## Resultados

Nos dados compilados no *quadro 1*, encontra-se a caracterização dos estudos que aplicaram o Three Delays Model para compreender aspectos determinantes do atraso para receber e/ou ofertar assistência no contexto da mortalidade materna.

Quadro 1. Caracterização dos estudos primários quanto aos dados de identificação e aspectos metodológicos

Autores/Ano	Bases de dados	Delineamento	Locais, participantes e cenários do estudo	Técnica de coleta de dados	Aplicabilidade do modelo	Nível de evidência
Barnes-Josiah, Myntti, Augustin, 1998 <sup>13</sup>	WoS, CINAHL, Medline	Qualitativo-quantitativo, descritivo	Haiti. Cônjuges, mães, familiares, profissionais de saúde, parteiras. Hospital-maternidade e domicílios rurais e urbanos.	Entrevista e autópsia verbal	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Mazza, Vallejo, Blanco, 2012 <sup>14</sup>	SciELO	Descritivo, transversal, retrospectivo	Venezuela. Registros médicos, epidemiológicos. Hospital-maternidade.	Documental, com uso de formulário	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Thorsen, Sundby, Malata, 2012 <sup>15</sup>	WoS	Qualitativo, descritivo, retrospectivo	Malawi. Equipe de saúde, familiares, vizinhos, parteiras. Hospital-maternidade e domicílios.	Documental, com uso de formulário, entrevista semi-estruturada	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Laddunuri, 2013 <sup>16</sup>	WoS, CINAHL, Medline	Qualitativo, descritivo	Tanzânia. Familiares próximos e domicílios rurais.	Autópsia verbal	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Esscher, Binder-Finnema, Bodker, Högberg, Mulic-Lutvica, Essén, 2014 <sup>17</sup>	WoS, Medline	Quantitativo, descritivo	Suécia. Prontuários e hospitais-maternidade.	Auditoria documental	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Mgawadere, Unkels, Kazembre, Broek, 2017 <sup>18</sup>	WoS, CINAHL, Medline	Qualitativo-quantitativo, descritivo	Malawi. Membros familiares, parteiras, vizinhos. Documentos da paciente. Domicílios e hospital-maternidade.	Documental (prontuários médicos, atestado de óbito) e autópsia verbal com questionário	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4

Quadro 1. (cont.)

<b>Autores/Ano</b>	<b>Bases de dados</b>	<b>Delineamento</b>	<b>Locais, participantes e cenários do estudo</b>	<b>Técnica de coleta de dados</b>	<b>Aplicabilidade do modelo</b>	<b>Nível de evidência</b>
Pagalday-Olivares, Sjöqvist, Beek, Abudey, Silberberg, Buendia, 2017 <sup>19</sup>	WoS, CINAHL, Medline	Qualitativo, descritivo	Gana. Membros da equipe de saúde, parteiras. Domicílios e hospital-maternidade.	Entrevista semi-estruturada, grupos focais	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Sheikh, Paswan, Anand, Mondal, 2019 <sup>20</sup>	WoS, CINAHL, Medline	Qualitativo-quantitativo, descritivo, retrospectivo	Índia. Familiares e vizinhos próximos. Registros hospitalares. Hospital-maternidade e domicílio.	Documental por meio de formulário e autópsia verbal	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Nabieva, Souares, 2019 <sup>21</sup>	WoS, CINAHL, Medline	Qualitativo, descritivo, interpretativo	Tajiquistão. Mulheres, familiares, profissionais de saúde. Hospital-maternidade e domicílio.	Autópsia verbal, grupo focal e entrevista	1º e 2º atrasos	Nível 4
Kaiser, Fong, Hamer, Biemba, Ngoma, Tusing et al., 2019 <sup>22</sup>	WoS, CINAHL, Medline	Qualitativo, transversal	Zâmbia. Homens e mulheres gestantes com filho menor de dois anos, familiares, parteiras. Domicílios.	Entrevista semi-estruturada, grupo focal	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Ngoma, Asiimwe, Mukasa, Binzen, Serbanescu, Henry, 2019 <sup>23</sup>	Medline	Qualitativo, quantitativo, analítico	Uganda e Zâmbia. Prontuário, mulheres usuárias do serviço de saúde. Hospital-maternidade e domicílio.	Documental, autópsia verbal, grupo focal, entrevista	2º atraso	Nível 4
Sk, Paswan, Anand, Mondal, 2019 <sup>24</sup>	WoS, CINAHL	Qualitativo-quantitativo, descritivo	Índia. Familiares. Hospital-maternidade.	Revisão de prontuários e autópsia verbal	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4
Omer, Zakar, Zakar, Fischer, 2021 <sup>25</sup>	WoS; CINAHL; Medline	Qualitativo-quantitativo, descritivo	Paquistão. Profissionais da saúde, familiares. Hospital-maternidade e comunidade.	Entrevistas; grupos focais; estudos de casos.	1º atraso	Nível 4
Mohammed, Gelany, Eladwy, Ali, Gadelrab, Ibrahim et al. 2020 <sup>26</sup>	WoS; CINAHL	Qualitativo-quantitativo, descritivo	Egito. Familiares, profissionais de saúde, parteiras. Hospital-maternidade.	Revisão de prontuários e autópsia verbal	1º e 3º atrasos	Nível 4
Aden, Ahmed, Östergren, 2019 <sup>27</sup>	WoS; CINAHL; Medline	Qualitativo-quantitativo, descritivo	Somália. Parentes, vizinhos, agentes comunitários de saúde. Hospital-maternidade e comunidade.	Autópsia verbal adaptada e registros	1º, 2º e 3º atrasos	Nível 4

Fonte: elaboração própria.

Nas pesquisas analisadas, o continente africano<sup>15,16,18,19,21,23,26,27</sup> obteve destaque na realização dos estudos sobre a temática, sendo que, em relação aos países em desenvolvimento Malawi<sup>15,16</sup> e a Zâmbia<sup>21,23</sup>, destacaram-se como cenários da pesquisa.

Os/as participantes centrais dos estudos variaram entre familiares próximos<sup>13,15,16,18,20,22,24-27</sup> à mulher que fora a óbito, profissionais de saúde<sup>13,15,19,22,25,26</sup> que atenderam a mulher em algum momento anterior

ao seu óbito, parteiras<sup>13,15,18,19,22,26</sup>, além de vizinhos próximos<sup>15,18,20,27</sup>. Algumas coletas de dados foram realizadas em registros de prontuários da paciente<sup>14,17,20,23,24,26</sup>.

Quanto ao cenário de coleta, destacaram-se as instituições de saúde<sup>13-15,17-21,23-27</sup> e os domicílios (comunidades) dos/as participantes nos estudos<sup>13,15,16,18,23,25,27</sup>.

A técnica de coleta de dados predominante foi a documental<sup>14,15,17,18,20,23,26,27</sup>, associada à autópsia verbal<sup>13,16,18,20,21,23,24,26,27</sup>. Entre as

demoras referentes ao Three Delays Model analisadas nos estudos primários, evidenciou-se que o segundo atraso<sup>13-23</sup> se destacou nos estudos, seguido do primeiro<sup>13-22,24,26</sup> e do terceiro<sup>13-20,22,24,26</sup>.

Entre os fatores relacionados ao primeiro atraso, observou-se que a tomada de decisão de não procurar uma instituição de saúde adveio, principalmente, da mulher<sup>15,17,20,24,27</sup>, foi decidida pelo cônjuge/companheiro<sup>15,22</sup> e/ou sogro(a)<sup>21,22</sup> ou influenciada por outros membros de seu grupo familiar<sup>15</sup>, vizinhos e amigos mais próximos<sup>13,15</sup>.

Na comunidade, o costume de ter o parto domiciliar (e estes ocorrerem sem intercorrências)<sup>24,26</sup> e as crenças constituíram um importante agente nesse processo decisório, sendo que os cuidados alternativos ofertados, especialmente por curandeiros, apresentaram maior aceitação pela população em detrimento da assistência ofertada por instituições de saúde<sup>13,15,18,20-22,24</sup>, pois acreditava-se que as chances de cura eram maiores, porque os curandeiros invocavam entidades espirituais.

No aspecto cultural, destacaram-se os fatores relacionados aos costumes arraigados no patriarcado centralizadores das decisões na figura masculina. Dessa forma, a mulher, por vezes, via-se impedida por seu cônjuge, companheiro ou mesmo sogro de procurar assistência hospitalar, restando como única opção dispor dos cuidados de uma parteira. Tendo em vista que muitas eram da própria comunidade, os homens não precisariam custear os gastos com transportes ou assistência. As parteiras eram tidas pela comunidade como possuidoras de maior experiência e melhor destreza para o manejo do parto e suas possíveis complicações<sup>15,18,21,22</sup>.

Entre os fatores socioeconômicos, destacaram-se a reduzida condição financeira, os recursos escassos (pobreza)<sup>13,15,17,18,24,26,27</sup> e o baixo nível de escolaridade<sup>15,20</sup>, evidenciando-se que, quanto menores eram a renda e o nível de escolaridade, menor também era a opção e/ou busca de ajuda profissional e maior a recusa aos tratamentos ofertados.

As más experiências vivenciadas previamente nas instituições de saúde pelas próprias mulheres<sup>13,14,18-20,26</sup> ou por parentes próximos ou amigos<sup>13,14,18-20</sup>, a qualidade dos cuidados prestados percebidos como ineficazes, insuficientes ou de má qualidade<sup>13,17,18,22,26</sup>, a falta de autonomia da mulher em decidir sobre sua ida à instituição de saúde<sup>14</sup> e a falta de acompanhantes<sup>22</sup> constituíram-se, também, como impedimentos à busca de cuidados em saúde.

O conhecimento reduzido dos riscos obstétricos pelas mulheres<sup>14-20,25-27</sup> e por familiares<sup>15</sup> e da necessidade de se procurar assistência à saúde foram fatores decisivos para posterior avanço do quadro clínico e impossibilidade de reversão.

Quanto à localização geográfica, percebeu-se a correlação do agravamento do quadro clínico de saúde devido à distância percorrida entre a residência da mulher e a instituição de saúde<sup>13,15,17,18,20</sup>, sendo que, quanto maiores as distâncias e barreiras para alcance, menores as possibilidades de reversão do quadro clínico.

Observou-se, ainda, que a procura do atendimento obstétrico de emergência foi impedida, principalmente, pelo elevado custo<sup>13,15</sup>, e a recusa ao tratamento oferecido foi justificada pela falta de confiabilidade nos procedimentos realizados, por insegurança no profissional de saúde, percepção de reduzida destreza do profissional que prestaria os cuidados de saúde ou conhecimento abreviado do profissional de saúde<sup>15,17,18</sup>.

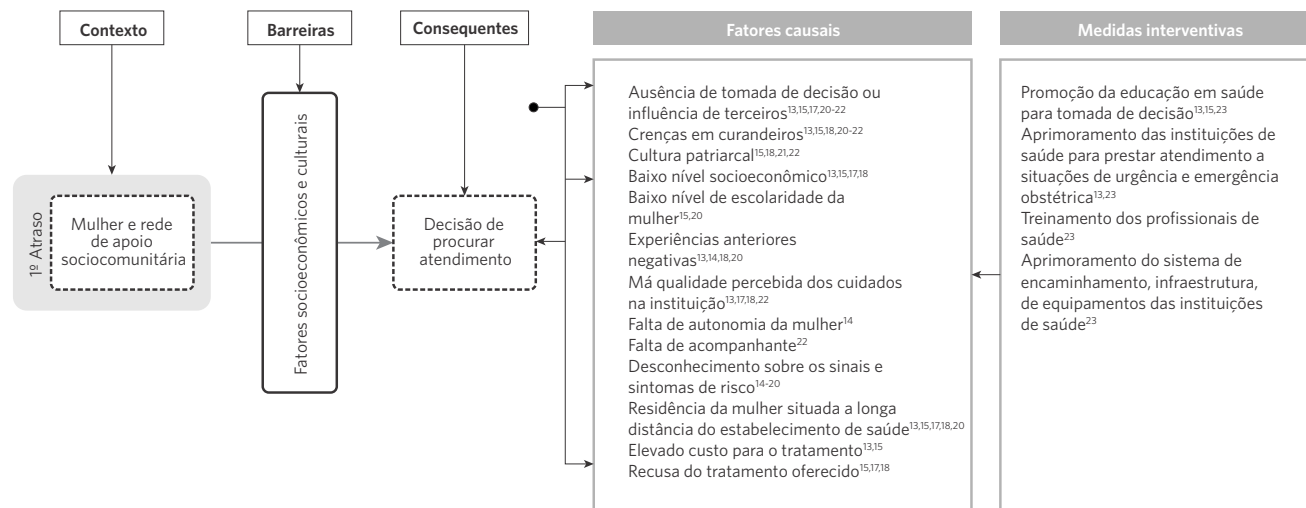
Algumas intervenções foram descritas para a resolutividade ou diminuição dessas problemáticas relacionadas ao primeiro atraso, tais como: a promoção de educação em saúde para as mulheres e seus parentes para melhorar os processos de tomada de decisão<sup>13,15,23</sup>; a criação de programas voltados à implantação de melhorias nas instituições de saúde para atendimento às situações de urgência e emergência obstétrica, sobretudo aos partos de emergência<sup>13,23</sup>, com a disposição de profissionais de saúde treinados para gerenciar possíveis complicações; unificação e melhoramento dos sistemas de encaminhamento<sup>23</sup>, de modo a

possibilitar que a mulher, ao chegar à instituição de saúde, já tivesse uma equipe disponível para recebê-la. Observou-se, ainda, a preocupação dos gestores com relação à necessidade de melhorar a infraestrutura das estradas, dos equipamentos

das instituições de saúde e com a qualificação dos profissionais de saúde<sup>23</sup>.

Na *figura 2*, apresenta-se uma síntese dos fatores causais e das medidas interventivas relacionadas ao primeiro atraso.

Figura 2. Síntese dos fatores causais e medidas interventivas relacionadas ao primeiro atraso



Fonte: elaboração própria.

A difícil acessibilidade geográfica foi citada como um dos principais fatores causais ao segundo atraso, devido à má distribuição das instituições de saúde no território, sobretudo em locais próximos às comunidades<sup>13,16,19,23</sup>, o que pode implicar o aumento da distância da instituição de saúde para o domicílio da mulher, a falta de instituições de saúde em algumas comunidades<sup>18,24,27</sup>, reduzida infraestrutura das estradas<sup>18,19</sup>, barreiras geográficas (tais como montanhas<sup>15</sup>, rios<sup>18</sup>), além da má qualidade da rede rodoviária<sup>15,18</sup>.

No aspecto relacionado ao deslocamento, o atraso ocorreu, principalmente, pela escassez<sup>18</sup> ou por indisponibilidade de transportes<sup>13,15-20,23</sup> e ambulâncias<sup>18</sup>. Pelos elevados custos<sup>16,18,20-23</sup> e pela necessidade de longo tempo de viagem para o traslado da mulher<sup>15,18,21,23</sup>.

Observaram-se, na demora para a tomada de decisão, falhas no encaminhamento da

mulher<sup>14-17,20,23</sup> pelo profissional de saúde para um serviço de saúde especializado, a fim de que ela pudesse ser submetida ao tratamento em tempo oportuno para a reversão de seu quadro clínico.

Foram apontadas como estratégias para redução dos fatores causais do segundo atraso a construção e/ou o aprimoramento das instituições de saúde próximas às comunidades<sup>13,23</sup>, a criação de sistemas mais eficazes para o traslado das mulheres e a comunicação entre as equipes de saúde envolvidas, além de melhoramento da frota de transportes com aquisição de ambulâncias, motocicletas, motos e equipamentos de comunicação, como rádios bidirecionais<sup>13,23</sup>.

Encontrou-se, também, a necessidade de reparar ou construir rodovias utilizadas como acesso às instituições de saúde; de implantação de programas de acolhimento às gestantes

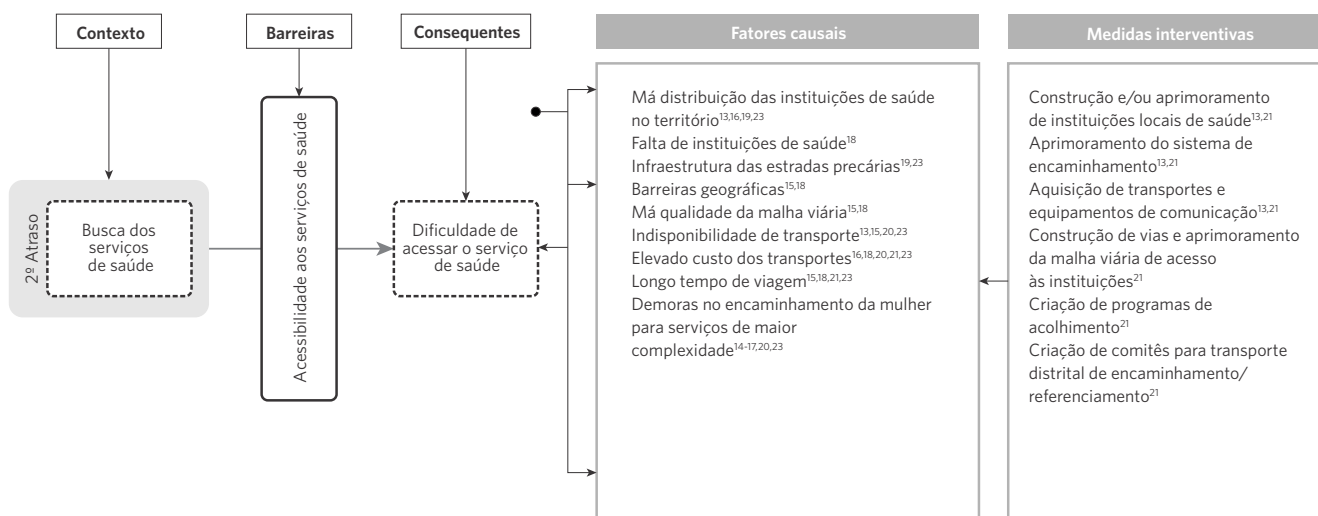


com gravidez de alto risco nas instituições de saúde de referência; de criação de comitês de transporte distrital para regularizar o sistema de encaminhamento e a coordenação das ambulâncias para o referenciamento<sup>23</sup>; e de maior treinamento das equipes de saúde inseridas

nas comunidades para o acompanhamento do parto e do puerpério de forma mais segura<sup>23</sup>.

Na *figura 3*, apresenta-se uma síntese dos fatores causais e das medidas interventivas relacionadas ao segundo atraso.

Figura 3. Síntese dos fatores causais e medidas interventivas relacionadas ao segundo atraso



Fonte: elaboração própria.

Entre os fatores causais do terceiro atraso, evidenciaram-se falhas no processo de tomada de decisões por parte dos profissionais de saúde, tais como: não encaminhamento em momento oportuno ainda eficaz para que a mulher tivesse seu quadro revertido dentro de uma instituição de saúde especializada, com possibilidade de atendimento de maior complexidade<sup>13,17,20,23,26</sup>; encaminhamentos por diversas vezes<sup>14</sup>; sistema de referência e déficits na comunicação entre as equipes de saúde<sup>19</sup>; diagnóstico errado<sup>15,17,18</sup>, impreciso<sup>13</sup> e tardio<sup>14,15,18,20</sup>; além da prestação de assistência inadequada<sup>15,17,20,24</sup>, e demora na tomada de decisão, por parte do profissional, para atendimento à mulher quando esta consegue atingir a instituição de saúde<sup>16-18,20,24</sup>.

Quanto ao gerenciamento de recursos materiais, evidenciou-se a escassez de medicamentos<sup>15,20,26</sup>, especificamente, de sulfato de magnésio<sup>18</sup>, hidralazina<sup>15</sup> e antibióticos<sup>18</sup>. Falta de suprimentos<sup>14</sup>, tais como sangue<sup>15,16,18,20,22,26</sup> e escassez de materiais<sup>14</sup> para procedimentos corriqueiros nas maternidades, como luvas<sup>18</sup>, equipamentos em geral<sup>18,20</sup>, bem como leitos de UTI<sup>13,14</sup>.

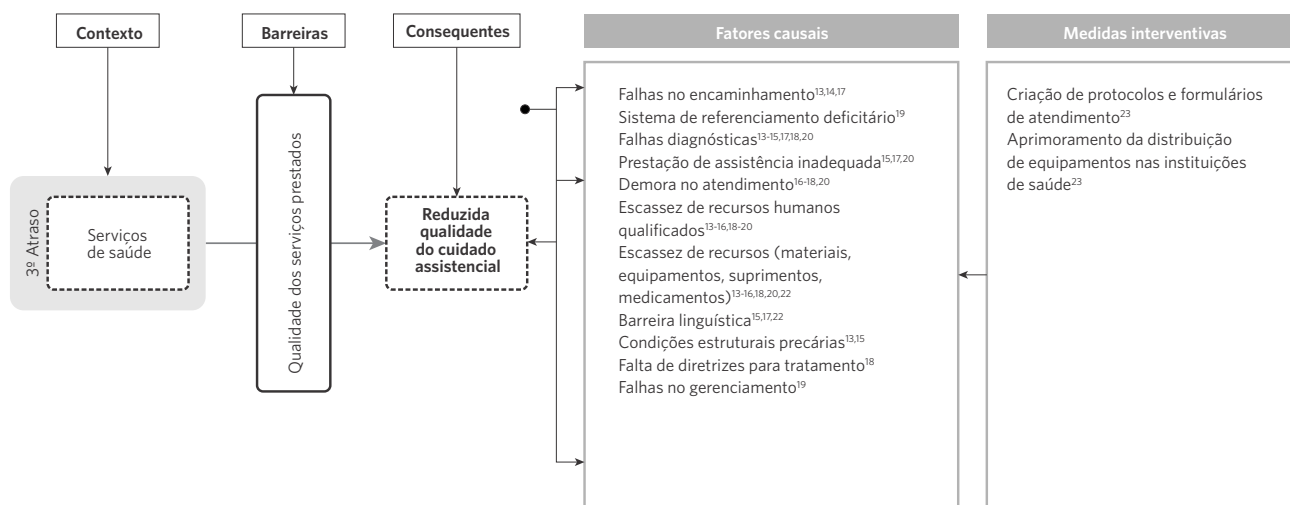
O gerenciamento ineficaz de recursos humanos e a insuficiência de profissionais foram apontados como fatores causadores de falhas na assistência<sup>13,14,19,20</sup>. A inadequada ou insuficiente comunicação entre membros da própria equipe ou destes com a paciente e/ou familiares foram apontados como lacunas na assistência prestada<sup>15,22</sup>,

assim como a inadequada comunicação devido ao idioma<sup>17</sup>.

Evidenciaram-se, também, ausência de recursos humanos qualificados<sup>13-16</sup>, profissionais com habilidades técnicas limitadas<sup>15,18</sup>, condições estruturais precárias das instituições de saúde<sup>13-15</sup>, falta de diretrizes para o tratamento<sup>18</sup> e gestão de profissionais e gerenciamento hospitalar deficientes<sup>19</sup> como fatores que influenciam os cuidados às mulheres.

Como medidas de intervenção, foram citadas estratégias como: a criação de protocolos e formulários de atendimento direcionados à uniformização dos atendimentos nos serviços de emergência e o melhoramento da distribuição de equipamentos nas diversas instituições de saúde<sup>23</sup>. Na *figura 4*, apresenta-se uma síntese dos fatores causais e das medidas interventivas relacionadas ao terceiro atraso.

Figura 4. Síntese dos fatores causais e medidas interventivas relacionadas ao terceiro atraso



Fonte: elaboração própria.

## Discussão

A ocorrência das perdas maternas é resultado de interações biológicas, sociais, econômicas, culturais e comportamentais. Essas mostram-se acentuadas nos países em desenvolvimento, em especial, nas classes sociais de média e baixa renda, em decorrência da associação de fatores contribuintes para a sua ocorrência<sup>28</sup>.

A presença de atrasos na assistência obstétrica encontra-se diretamente ligada a desfechos maternos desfavoráveis. A ocorrência do óbito de uma mãe resulta em desestruturação para o núcleo familiar, sobretudo quando ela

é a provedora, e evidencia a necessidade de se compreenderem as limitações existentes nos sistemas de saúde, a fim de que sejam eliminadas as barreiras que contribuem para esses atrasos.

Evidencia-se que camadas sociais mais pobres, além de disporem de precárias condições de vida, têm menor acessibilidade aos serviços de saúde, seja por falta de conhecimentos, precariedade nas estradas, transportes ou mesmo condições financeiras limitadas. Dessa forma, alguns dos fatores contribuintes para a ocorrência dos atrasos que levam à morte materna incluem as barreiras

educacionais, financeiras, geográficas, de qualidade e disponibilidade dos transportes, de estradas e serviços de saúde<sup>29</sup>.

O acesso limitado à educação, ao mercado de trabalho ou a recursos adequados impede que as mulheres obtenham os cuidados obstétricos necessários<sup>30</sup>. As mulheres que conseguem atingir os serviços de saúde, por vezes, não têm uma atenção adequada, o que impossibilita a identificação dos riscos no momento apropriado, além de afugentá-las dos serviços de saúde, pois essas não notam efetividade na assistência prestada<sup>29</sup>.

Dessa forma, a qualidade percebida pela mulher ou por seus acompanhantes quanto à prestação do cuidado influencia diretamente a decisão de procurar cuidados<sup>31,32</sup>.

Para enfrentar as elevadas taxas de mortalidade materna, as ações devem ser coordenadas e integradas entre a mulher, o núcleo familiar/comunitário, o Estado, os serviços de saúde e a comunidade. Dessa forma, o acesso da população aos cuidados obstétricos deve ser universal, integral e equânime, no entanto, percebe-se que esse continua sendo um desafio em diversos países<sup>29</sup>.

Crenças, cultura, práticas e costumes de um determinado local são influenciadores diretos na busca de cuidados profissionais de saúde. Valores patriarcais impostos presentes no cotidiano de vida restringem as mulheres na tomada de decisão de procurar assistência em saúde, sendo que a falta de autonomia atrasa o recebimento de cuidados de saúde oportunos<sup>28,33</sup>.

Existem, ainda, barreiras institucionais quando a mulher consegue alcançar os serviços, como a falta de profissionais de saúde devidamente qualificados para conduzir ou reverter quadros clínicos agravados e a escassez de suprimentos<sup>31,32</sup>. Esses fatores afetam negativamente a saúde da paciente, a sua visão e dos familiares quanto à instituição de saúde, fomentando diretamente a repulsa em procurar os serviços de saúde<sup>31,32</sup>.

A utilização dos serviços de saúde materna é fundamental para que haja prevenção da

mortalidade materna, um fenômeno que se constitui em um problema de saúde pública. Desse modo, a caracterização quantitativa e qualitativa da mortalidade materna torna-se relevante, tendo em vista a necessidade de se reconhecerem as diversas particularidades que envolvem esse fenômeno nas diversas regiões do mundo<sup>34</sup>.

Destarte, medidas que visem ao aprimoramento da formação de profissionais de saúde que prestam serviços às gestantes, parturientes e puérperas, de forma a prevenir os óbitos maternos por meio da garantia de uma assistência segura, são necessárias. São imprescindíveis ações amplas e articuladas que visem a uma mudança efetiva do atual modelo assistencial na atenção obstétrica, haja vista as dificuldades evidenciadas na prestação de cuidados obstétricos e o elevado número de óbitos evitáveis<sup>35</sup>.

Assim, a utilização de parâmetros científicos, tais como a aplicabilidade de um modelo, permite estimar quais são os fatores envolvidos e como eles interagem para o resultado adverso àquela vida, pois a redução dos óbitos apenas será alcançada quando as ações visualizarem as particularidades dos problemas sociais, as diversificadas culturas, os sistemas de saúde e as diferentes realidades vivenciadas pelas mulheres, tendo em vista que a análise dos atrasos fornece dados sobre os determinantes implicados nas mortes maternas.

## Limitações do estudo

As limitações do estudo associam-se aos termos empregados na estratégia de busca, considerando que a não existência de descritores controlados específicos que representassem o modelo em estudo e a adoção de palavra-chave para as buscas podem ter interferido nos resultados. Além disso, a adoção de critérios de elegibilidade relacionados ao idioma e o conjunto de bases de dados específicas da área da saúde podem ter limitado o escopo da busca.

## Contribuições para a área da saúde ou política pública

A partir do modelo Three Delays Model apresentado, este estudo fornece subsídios para discussão e planejamento de propostas, estratégias e/ou medidas interventivas, que visem à reorientação de políticas e à implementação de práticas eficazes capazes de estreitar relações entre legislações, políticas públicas e a assistência prestada, voltadas ao enfrentamento das problemáticas associadas ao acesso aos serviços de saúde que resultam em desfechos materno-infantis desfavoráveis, sobretudo no contexto dos países em desenvolvimento.

## Considerações finais

Esta revisão permitiu sintetizar contextos, barreiras e consequências associadas às demoras para acesso aos serviços, oferta e obtenção de cuidados em saúde no contexto da mortalidade materna. Evidenciou-se que a aplicação do Three Delays Model ocorre em maior concentração no primeiro atraso, que engloba a decisão de procurar atendimento. Os fatores causais do primeiro atraso encontram-se mais elucidados; em contrapartida, as medidas interventivas descritas associadas ao terceiro atraso, que engloba o recebimento de cuidados de saúde adequados, são escassas.

Este modelo mostra-se valioso instrumento para análise do fenômeno da mortalidade materna em diferentes realidades de saúde, na medida em que auxilia na compreensão dos fatores associados aos óbitos cuja origem advinha não somente de complicações obstétricas, mas de uma complexa rede de atrasos provenientes da comunidade e da realidade de saúde na qual aquela mulher está inserida.

Dessa forma, a compreensão aprofundada desses fatores, através de uma abordagem integrada, permite conhecer melhor o fenômeno e, por meio de estratégias e políticas públicas, direcionar esforços para enfrentamento das barreiras impostas às mulheres no acesso aos serviços obstétricos, tornando possível, assim, a oferta de uma assistência qualificada com segurança no ciclo gravídico-puerperal.

## Colaboradores

Calou CGP (0000-0003-3488-6965)\* e Cruz RSBLC (0000-0002-4596-313X)\* contribuíram para desenhar o estudo/pesquisa e análise e/ou interpretação dos dados. Santos PSP (0000-0001-6463-7316)\*, Belém JM (0000-0003-1903-3446)\* e Oliveira DR (0000-0003-2911-141X)\* contribuíram para desenhar o estudo/pesquisa; análise e/ou interpretação dos dados e revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Proceedings of the 53rd Directing Council (CD53/5, Rev. 2). 2014. [acesso em 2019 out 31]. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-e.pdf>.
2. Kassara SB, Melo AMC, Coutinho SB, et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J. Pediatr.* 2013; 89(3):269-77.
3. Parada CMGL. An evaluation of the prenatal and puerperal care provided in an upstate region of the State of São Paulo in 2005. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2008 [acesso em 2022 out 14]; 8(1):113-124. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/xQqxyNN-CbjFgsG9GdMJg8Nh/abstract/?lang=pt>.
4. Silva ALS, Almeida LCG. Experience of women facing the pilgrimage for childbirth]. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde.* 2015 [acesso em 2020 maio 8]; 2(2):7-19. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/Viv%C3%A4ncia-de-mulheres-frente-%C3%A0-peregrina%C3%A7%C3%A3o-para-o-parto-v.2-n.2.pdf>.
5. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev. Bras. Ginecol Obstet.* 2015 [acesso em 2021 set 25]; 37(12):549-551. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>.
6. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality-a neglected tragedy: Where is the M in MCH?. *The Lancet.* 1985; 2(8446):83-5.
7. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Sm. Sci. Med.* 1994; 38(8):1091-1110.
8. Kalter HD, Salgado R, Babilie M, et al. Social autopsy for maternal and child deaths: a comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method. *Popul Health Metrics.* 2011; (9):45.
9. Danna VA, Bedwell C, Wakasiaka S, et al. Utility of the three-delays model and its potential for supporting a solution-based approach to accessing intrapartum care in low- and middle-income countries. *Quality. Evid. Synth.* 2020; 13(1):1819052.
10. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5):546-53.
11. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; (372):n160.
12. Galvão CM. Levels of evidence. *Acta Paul. Enferm.* 2006; 19(2):5-5.
13. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Soc. Sci. Med.* 1998; 46(8):981-993.
14. Mazza MM, Vallejo CM, Blanco MG. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela.* 2012 [acesso em 2019 out 11]; 72(4):233-248. Disponível em: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322012000400004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004).
15. Thorsen VC, Sundby J, Malata A. Piecing Together the Maternal Death Puzzle through Narratives: The Three Delays Model Revisited. *PLoS ONE.* 2012; 7(12):e52090.
16. Laddunuri MM. Maternal mortality in rural areas of Dodoma region, Tanzania: a qualitative study. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation.* 2013 [acesso em 2019 out 10]; 1(2):75-82. Disponível em: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/journal-of-nursing-social-studies-public-health-and-rehabilitation/administrace/clankyfile/20130701134845253078.pdf>.
17. Esscher A, Binder-Finnema P, Bødker B, et al. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with

- application of the 'migration three delays' model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; (14):141.
18. Mgawadere F, Unkels R, Kazembre A, et al. Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17(1):219.
  19. Pagalday-Olivares P, Sjöqvist BA, Beek JA, et al. Exploring the feasibility of eHealth solutions to decrease delays in maternal healthcare in remote communities of Ghana. *BMC Med. Inform. Decis. Mak.* 2017; 17(1):156.
  20. Sheikh MIK, Paswan B, Anand A, et al. Praying until death: revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; (19):314.
  21. Nabieva J, Soares A. Factors influencing decision to seek health care: a qualitative study among labour-migrants' wives in northern Tajikistan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 [acesso em 2022 out 14]; 19:7. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2166-6>.
  22. Kaiser JL, Fong RM, Hamer DH, et al. How a woman's interpersonal relationships can delay care-seeking and access during the maternity period in rural Zambia: An intersection of the Social Ecological Model with the Three Delays Framework. *Soc. Sci. and Med.* 2019; (220):312-321.
  23. Ngoma T, Asimwe AR, Mukasa J, et al. Addressing the Second Delay in Saving Mothers, Giving Life Districts in Uganda and Zambia: Reaching Appropriate Maternal Care in a Timely Manner. *Glob. Health Sci. Pract.* 2019; 7(1):S68-S84.
  24. Sk MIK, Paswan B, Anand A, et al. Praying until death: revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019; 19(1).
  25. Omer S, Zakar R, Zakar MZ, et al. The influence of social and cultural practices on maternal mortality: a qualitative study from South Punjab, Pakistan. *Reprod. Health*. 2021; (18):97.
  26. Mohammed MM, Gelany SE, Eladwy AR, et al. A ten year analysis of maternal deaths in a tertiary hospital using the three delays model. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020; 20(1).
  27. Aden JA, Ahmed HJ, Östergren PO. Causes and contributing factors of maternal mortality in Bosaso District of Somalia. A retrospective study of 30 cases using a Verbal Autopsy approach, *Global Health Action*. 2019; 12(1):1672314.
  28. Moyer CA, Johnson C, Kaselitz E, et al. Using social autopsy to understand maternal, newborn, and child mortality in lowresource settings: a systematic review of the literature. *Glob Health Action*. 2017; 10(1):1413917.
  29. Serbanescu F, Goodwin MM, Binzen S, et al. Addressing the First Delay in Saving Mothers, Giving Life Districts in Uganda and Zambia: Approaches and Results for Increasing Demand for Facility Delivery Services. *Glob. Health Sci. Pract.* 2019; 7(supl1):548-67.
  30. Kumari K, Srivastava RK, Srivastava M, et al. Maternal Mortality in Rural Varanasi: Delays, Causes, and Contributing Factors. *Indian J. Community Med.* 2019 [acesso em 2019 out 9]; 44(1):26-30. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983709/>.
  31. Iyaniwura CA, Yussuf Q. Utilization of antenatal care and delivery services in Sagamu, South Western Nigeria. *Afr. J. Reprod. Health*. 2009 [acesso em 2019 out 7]; 13(3):11-22. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20690266/>.
  32. Kucho B, Mekonnen N. Delivery at home and associated factors among women in child bearing age, who gave birth in the preceding two years in Zala Woreda, southern Ethiopia. *J Public Health Epid.* 2017 [acesso em 2019 out 11]; 9(6):177-88. Disponível em: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28811111/>.

- vel em: <http://pdfs.semanticscholar.org/33a6/642a12a75f08e1635b5f2178af25024cef8a.pdf>.
33. Geleto A, Chojenta C, Musa A, et al. Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review of literature. *Syst. Rev.* 2018; (7):183.
34. Oliveira AS, Lima DJJ, Menezes NC. Epidemiological profile of maternal death cases in the city of Manaus by: cause, class, schooling and race, in the period of 2011 to 2015. *REAS/EJCH.* 2019; (supl23):e424.
35. Souza JP. Maternal mortality in Brazil: the need for strengthening health systems. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2011 [acesso em 2019 set 4]; 33(10):273-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/01.pdf>.

---

Recebido em 11/03/2022

Aprovado em 12/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Big Data e Inteligência Artificial para pesquisa translacional na Covid-19: revisão rápida

## *Big Data and artificial intelligence for translational research in COVID-19: a rapid review*

Maíra Catharina Ramos<sup>1,2</sup>, Dalila Fernandes Gomes<sup>2</sup>, Nicole Freitas de Mello<sup>2</sup>, Everton Nunes da Silva<sup>2</sup>, Jorge Otávio Maia Barreto<sup>1,2</sup>, Helena Eri Shimizu<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213518

**RESUMO** O objetivo deste estudo foi identificar como a Inteligência Artificial (IA) vem sendo utilizada para a pesquisa translacional no contexto da Covid-19. Foi realizada uma revisão rápida para identificar o uso de técnicas de IA na translação de tecnologias para o enfrentamento da Covid-19. Empregou-se estratégia de busca com base em termos MeSH e seus respectivos sinônimos em sete bases de dados. Dos 59 artigos identificados, oito foram incluídos. Foram identificadas 11 experiências que usaram IA para a pesquisa translacional em Covid-19: predição de eficácia medicamentosa; predição de patogenicidade do Sars-CoV-2; diagnóstico de imagem para Covid-19; predição de incidência de Covid-19; estimativas de impacto da Covid-19 na sociedade; automatização de sanitização de ambientes hospitalares e clínicos; rastreamento de pessoas infectadas e possivelmente infectadas; monitoramento do uso de máscaras; predição de gravidade de pacientes; estratificação de risco do paciente; e predição de recursos hospitalares. A pesquisa translacional pode ajudar no desenvolvimento produtivo e industrial em saúde, especialmente quando apoiada em métodos de IA, uma ferramenta cada vez mais importante, sobretudo quando se discute a Quarta Revolução Industrial e suas aplicações na saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Pesquisa translacional. Inteligência Artificial. Aprendizado de máquina. Covid-19.

**ABSTRACT** *The objective of this study was to identify how Artificial Intelligence (AI) has been used for translational research in the context of COVID-19. A rapid review was carried out to identify the use of AI techniques in the translation of technologies to face COVID-19. A search strategy was used based on MeSH terms and their respective synonyms in seven databases. Of the 59 articles identified, eight were included. We identified 11 experiments that used AI for translational research in Covid-19: prediction of drug efficacy; predicting the pathogenicity of SARS-CoV-2; imaging diagnosis for COVID-19; predicting the incidence of COVID-19; estimates of the impact of COVID-19 on society; automation of sanitizing hospital and clinical environments; screening of infected and possibly infected people; monitoring the use of masks; prediction of patient severity; patient risk stratification; and prediction of hospital resources. Translational research can help in productive and industrial development in health, especially when supported by AI methods, an increasingly important tool, especially when discussing the Fourth Industrial Revolution and its applications in health.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
mairacramos@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

**KEYWORDS** *Translational research, biomedical. Artificial Intelligence. Machine learning. COVID-19.*





## Introdução

Entre a descoberta de uma potencial solução em saúde e sua implementação em larga escala em um sistema de saúde, existem inúmeros desafios e etapas a serem realizados, que passam a cadeia de desenvolvimento e produção e a cadeia translacional. Para potencializar e acelerar a inovação tecnológica, a pesquisa translacional emprega esforços com o propósito de identificar e solucionar os problemas da transferência efetiva do avanço científico em conhecimento aplicado e útil no atendimento das demandas de saúde<sup>1-3</sup>.

Uma importante ferramenta, cada vez mais utilizada na pesquisa translacional, é a Inteligência Artificial (IA), definida como

o uso de computadores que, analisando um grande volume de dados e seguindo algoritmos definidos por especialistas na matéria, são capazes de propor soluções para problemas<sup>4(187)</sup>.

Na prática, ela engloba tarefas como o reconhecimento de padrões, fala ou imagem e execução de medidas para maximizar hipóteses de sucesso para determinado objetivo<sup>2,5</sup>.

Recentemente, a intensificação do uso de tecnologias digitais, o grande volume de dados disponíveis e a revolução dos dados, acompanhados pelo desenvolvimento e implantação de dispositivos médicos viáveis e aplicações de saúde móvel, permitiram importantes mudanças no padrão de desenvolvimento de tecnologias em saúde. O uso da IA e seus subconjuntos, como algoritmos de aprendizagem de máquinas, possibilitou novas oportunidades de investigação em análise preditiva, medicina de precisão, diagnóstico virtual, monitorização de pacientes, descoberta e entrega de medicamentos<sup>2,6,7</sup>.

No contexto da pandemia do coronavírus Sars-CoV-2 (Covid-19), importantes e urgentes desafios surgiram, como a necessidade de desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico rápido, protocolos de tratamento eficazes e

vacinas contra o agente patogênico<sup>7,8</sup>. Esforços mundiais se concentraram, e a IA foi largamente utilizada para otimizar o processo de desenvolvimento e apoiar a translação de tecnologias para seu uso na sociedade em tempos inacreditáveis até então, o que criou precedentes para uma revolução na saúde<sup>7-9</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo se justifica, considerando-se que a IA na pesquisa translacional, principalmente no contexto da Covid-19, poderá contribuir no desenvolvimento de um novo sistema de diagnóstico e gestão do tratamento, cuidados ao paciente e tomada de decisão mais rápida.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi identificar como a IA vem sendo utilizada para a translação da pesquisa básica para a pesquisa aplicada no contexto da Covid-19.

## Metodologia

Trata-se de revisão rápida<sup>10</sup> sobre o uso de técnicas de IA para abordagem da translação de tecnologias para o enfrentamento da Covid-19 em diferentes aspectos, incluindo diagnósticos, prognósticos, predição de disseminação ou prevalência da doença, desenvolvimento de medicamentos, entre outras. Foi usada a ferramenta PRISMA para guiar a elaboração deste estudo<sup>11</sup>.

## Critérios de elegibilidade

Não houve restrição de data de publicação, e foram considerados elegíveis apenas estudos em inglês, espanhol e português. Incluíram-se aqueles que abordavam técnicas de IA para a translação da pesquisa básica para a pesquisa aplicada no manejo e enfrentamento da Covid-19, independentemente do tipo de metodologia (qualitativa ou quantitativa) ou do tipo de estudo (revisão, experimentais, quase experimentais, observacionais ou estudos qualitativos). Foram excluídos editoriais, cartas ao editor e publicações que não possuíam texto completo disponível.

## Fontes de dados e estratégia de pesquisa

Foi realizada busca na literatura nas bases PubMed, Scopus, Embase, BVS, Base de Dados em Ciência da Informação (BRAPCI), DataCite Search e Google Scholar. A pesquisa foi realizada no dia 23 de agosto de 2021.

A sintaxe de pesquisa foi construída com uso dos seguintes termos MeSH e seus respectivos sinônimos: *Translational Medical Research, Computer Simulation, Artificial Intelligence, Data Mining, Machine Learning, Deep learning, Sars-CoV-2, Covid-19*.

## Seleção e análise

Para a seleção, realizou-se a leitura de título e resumo visando à definição da elegibilidade dos estudos identificados. A seleção foi realizada por duas pesquisadoras (DFG e MCR), de forma independente, sendo as divergências discutidas com uma terceira pesquisadora (NFM), e o mesmo ocorreu com os estudos elegíveis para leitura completa.

Na extração de dados, foi utilizada uma tabela contendo as seguintes informações: autor e ano; objetivo; método; etapa da pesquisa translacional (T1 – Da descoberta à aplicação na saúde; T2 – Da aplicação clínica às diretrizes; T3 – Das diretrizes à difusão na prática médica, e; T4 – Da prática médica

ao impacto na saúde)<sup>12</sup>, área (teste *in silico*; diagnóstico; epidemiologia inteligente; e predição clínica); principais resultados; recomendações/conclusões dos estudos incluídos que usaram técnicas de IA para o manejo e enfrentamento de Covid-19.

## Síntese dos dados

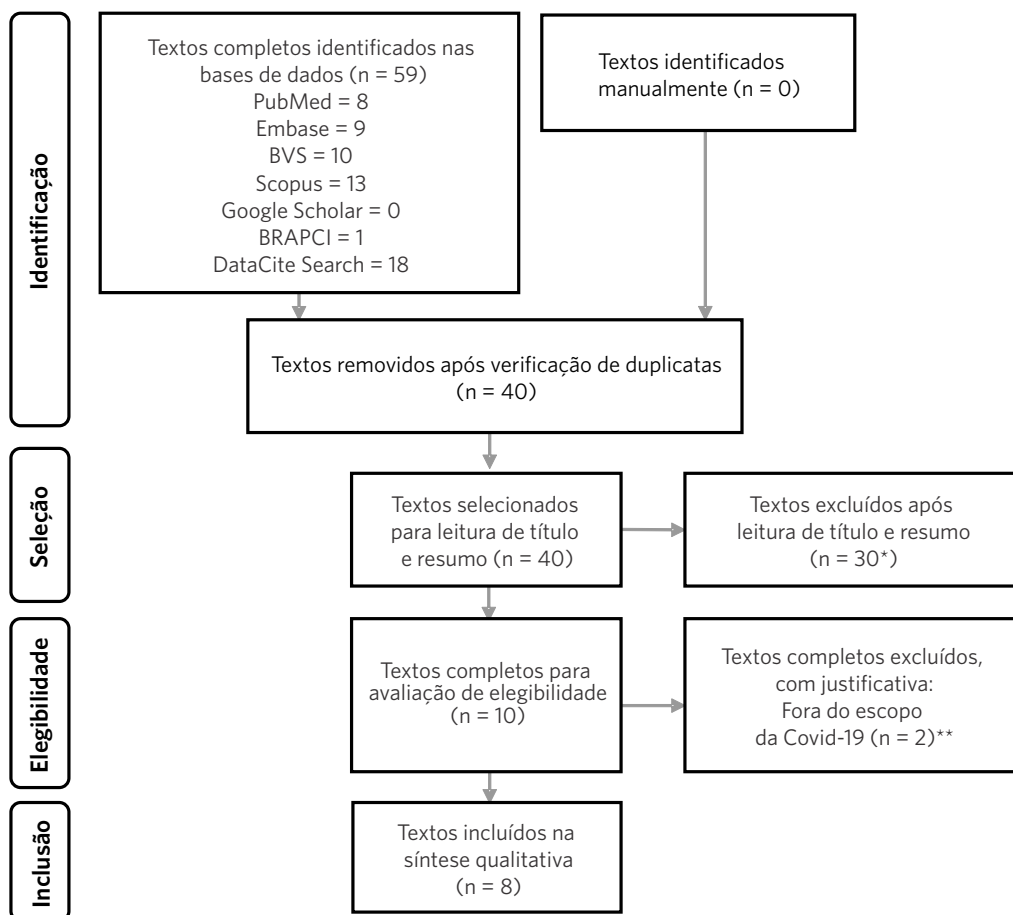
Da tabela de extração de dados, foi realizada uma metassíntese dos estudos incluídos. Metassínteses são importantes ferramentas para examinar – de forma ampla e aprofundada – significados, experiências e perspectivas do objeto de estudo<sup>13</sup>.

## Resultados

Foram identificados 59 estudos nas bases de dados e na literatura cinzenta, sendo 19 duplicados. Dos 40 estudos selecionados para leitura de título e resumo, 30 foram excluídos conforme critérios de elegibilidade, pois não traziam a Covid-19, pesquisa translacional ou IA como tema central, sendo tais temáticas abordadas de forma secundária aos resultados informados nos respectivos resumos.

Dentre os dez estudos elegíveis, dois foram excluídos por estarem fora do escopo da Covid-19. Ao fim, foram incluídos oito estudos nesta revisão rápida (*figura 1*)<sup>14-21</sup>.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Page<sup>11</sup>.

\*Anexo B - Lista dos estudos excluídos após leitura de título e resumo.

\*\* Anexo C - Lista dos estudos excluídos, com justificativa.

Dos oito estudos incluídos, dois utilizaram a revisão narrativa como método, um estudo realizou revisão sistemática e cinco lançaram mão de método descritivo. Em relação às fases da pesquisa translacional, os estudos de Caccuri<sup>16</sup> e Neves<sup>17</sup> trataram do uso da IA na fase T1 da pesquisa translacional (Da descoberta à aplicação na saúde). A fase T2 (Da aplicação clínica às diretrizes) foi abordada nos estudos de Massacci<sup>15</sup>, Caccuri<sup>16</sup>, Liu<sup>18</sup>, Famigliini<sup>14</sup> e

Afshar-Oromieh<sup>20</sup>. A fase T3 (Das diretrizes à difusão na prática médica) foi matéria da maioria dos estudos incluídos, sendo descrita por Massacci<sup>15</sup>, Caccuri<sup>16</sup>, Neves<sup>17</sup>, Liu<sup>18</sup>, Famigliini<sup>14</sup>, Nagoriya<sup>19</sup>, Afshar-Oromieh<sup>20</sup> e Syeda<sup>21</sup>. Por fim, a fase T4 (Da prática médica ao impacto na saúde) foi relatada nos estudos de Nagoriya<sup>19</sup> e Syeda<sup>21</sup>.

A caracterização dos estudos incluídos está descrita na *tabela 1*, e o *quadro 1* apresenta a metassíntese desses estudos.

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos

Autor (ano)	Objetivo	Método	Etapa da pesquisa	
			translacional	Área*
Famigliani <sup>14</sup>	Desenvolver modelos prognósticos de ML para prever a admissão na UTI, o que pode ser visto como um <i>proxy</i> da gravidade da doença ou um resultado de piora das condições.	Estudo descritivo	T2/T3	Predição clínica
Massacci <sup>15</sup>	Apresentar um portal da web com dados abertos e acessíveis para procurar pelas mutações virais mais frequentes do Sars-CoV-2, de forma a permitir que toda a comunidade de bioinformática verifique a variabilidade genômica do vírus e seu impacto funcional nas vacinas de DNA, por meio da apresentação de um protocolo disponível gratuitamente.	Estudo descritivo	T2/T3	Epidemiologia inteligente
Caccuri <sup>16</sup>	Investigar as características genéticas e fenotípicas das cepas do Sars-CoV-2, a fim de compreender a evolução de sua patogenicidade e sua adaptação ao hospedeiro.	Estudo transversal	T1/T2/T3	Teste <i>in silico</i>
Neves <sup>17</sup>	Apresentar um conjunto de metodologias, ferramentas e aplicações da IA que estão sendo aplicadas nas diferentes linhas do combate ao novo coronavírus	Revisão narrativa	T1/T2/T3	Teste <i>in silico</i> ; Epidemiologia inteligente
Liu <sup>18</sup>	Desenvolver e validar um modelo radiômico ( <i>radiomics model</i> ) combinado, incluindo características clínicas e a assinatura radiômica para distinguir a pneumonia por Covid-19 de outras etiologias por meio do uso de dados do mundo real durante o período de surto de Covid-19 na China.	Estudo descritivo	T2/T3	Deteção e diagnóstico
Nagoriya <sup>19</sup>	Desenvolver um algoritmo para detectar o uso de máscara pela população em geral.	Estudo descritivo	T3/T4	Epidemiologia inteligente
Afshar-Oromieh <sup>20</sup>	Descrever a utilidade mais ampla das imagens médicas para detectar patologias associadas a Covid-19 envolvendo o sistema nervoso e os sistemas sensorial, musculoesquelético e cardiovascular, bem como o comprometimento renal, gastroenterológico e dermatológico.	Revisão narrativa	T2/T3	Deteção e diagnóstico
Syeda <sup>21</sup>	Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre o papel da IA como uma tecnologia abrangente e decisiva para combater a crise de Covid-19 nos campos da epidemiologia, diagnóstico e progressão da doença.	Revisão sistemática	T3/T4	Deteção e diagnóstico; Epidemiologia inteligente; Predição clínica

Fonte: elaboração própria.

\* Os estudos foram classificados segundo as áreas temáticas: i) teste *in silico*; ii) deteção e diagnóstico; iii) epidemiologia inteligente; e; iv) predição clínica.

Quadro 1. Metassíntese dos estudos incluídos

Área	Principais usos da IA para a translação de pesquisas sobre Covid-19
Teste <i>in silico</i>	1. Simulações dinâmicas moleculares para predição de eficácia medicamentosa; 2. Simulações dinâmicas para predição de patogenicidade do Sars-CoV-2.
Deteção e diagnóstico	1. Diagnóstico de imagem para Covid-19 e para patologias associadas, utilizando técnicas de <i>deep learning</i> .
Epidemiologia inteligente	1. Predição por máquina de incidência de Covid-19; 2. Estimativas de impacto da Covid-19 na sociedade; 3. Automatização de sanitização de ambientes hospitalares e clínicos; 4. Rastreamento de pessoas infectadas e possivelmente infectadas; 5. Monitoramento do uso de máscaras.
Predição clínica	1. Predição de gravidade de pacientes admitidos em centro de terapia intensiva; 2. Estratificação de risco do paciente; 3. Gestão de recursos hospitalares.

Fonte: elaboração própria.

Os artigos identificados nesta revisão rápida são aplicáveis à prática médica, sendo desenvolvidos no âmbito da pesquisa translacional. Foram incluídos dois artigos que reportavam o uso da IA para a translação da pesquisa básica para a pesquisa aplicada à saúde no âmbito dos testes *in silico*. Testes *in silico* são simulações dinâmicas sobre modelos subjacentes, podendo ser modelos físicos, químicos ou biológicos<sup>22</sup>. Caccuri<sup>16</sup> investigou as características genéticas e fenotípicas das cepas do Sars-CoV-2, de forma a compreender a evolução de sua patogenicidade e predizer sua adaptação ao hospedeiro. De forma semelhante, Neves<sup>17</sup> descreveu, apoiando-se em uma abrangente busca na literatura, o emprego do *deep learning* para testes *in silico* do uso da halicina para combater o desenvolvimento de resistência a antibióticos em coronavírus, sendo identificada possível eficácia no modelo computacional.

Em relação a categoria de ‘Detecção e diagnóstico’, três estudos utilizaram métodos de IA para auxiliar no diagnóstico de Covid-19. O estudo de Liu<sup>18</sup> descreveu a acurácia do diagnóstico de imagem usando um modelo de *deep learning* para identificação de Covid-19. O modelo proposto apresentou área sob a curva ROC de 0,98 quando comparado ao modelo clínico de diagnóstico. Quando comparado o desempenho na distinção de Covid-19 de outra pneumonia viral, a área sob a curva ROC registrada foi de 0,93 em comparação com 0,75 ( $P = 0,03$ ) para o modelo clínico. A sensibilidade e especificidade do modelo combinado foram de 0,85 e 0,90, respectivamente.

O segundo estudo identificado foi uma revisão de literatura sobre a utilização de imagens médicas para detectar patologias associadas à Covid-19, envolvendo o sistema nervoso e os sistemas sensorial, musculoesquelético e cardiovascular, bem como o comprometimento renal, gastroenterológico e dermatológico<sup>20</sup>. A revisão incluiu dez estudos do uso de IA para diagnóstico de Covid-19 e, em geral, os autores identificaram que o sistema baseado em *deep learning* mostrou ter maior

sensibilidade do que os especialistas consultados, porém, com especificidade semelhante à opinião desses profissionais.

Por fim, Syeda<sup>21</sup> realizou uma revisão sistemática a fim de identificar os diversos usos da IA para combater a crise da Covid-19. Dos 130 estudos incluídos na revisão, 40 eram sobre detecção e diagnóstico. Os estudos incluídos utilizaram imagens de radiografia para diagnóstico por imagem ( $n = 23$ ), tomografia computacional ( $n = 15$ ) e outras técnicas de imagem ( $n = 2$ ). O método de IA mais usado foi o *deep learning* com base em imagem radiológica, sendo nove de ResNet, quatro de Xception e três de rede neural VGG pré-treinada. Os autores destacam que, embora a radiografia de tórax tenha apresentado resultados mais custo-efetivos e necessite de dose de radiação consideravelmente menor do que a tomografia computadorizada de tórax, ela é menos sensível, sobretudo nos estágios iniciais da infecção e em casos de doença leve. Por fim, eles recomendam que sejam realizados novos estudos para desenvolver modelos de IA que possam detectar Covid-19 usando uma combinação de imagens de TC e radiografia junto com variáveis clínicas para auxiliar os médicos no diagnóstico preciso.

A categoria ‘epidemiologia inteligente’ considerou estudos de predição epidemiológica e de vigilância em saúde, totalizando quatro estudos incluídos. Syeda<sup>21</sup> descreveu o uso da IA para predição de picos e incidência de Covid-19, além de estimar o impacto e a propagação da doença na sociedade. Os autores também relataram o uso da IA para técnicas de rastreamento e monitoramento de pessoas com suspeita de Covid-19, confirmada ou não. Ademais, dois estudos abordaram o uso da IA para predição da mutação do Sars-CoV-2 com base na assinatura do DNA da doença<sup>15,17</sup>.

No âmbito da vigilância em saúde, o estudo de Syeda<sup>21</sup> trata do uso da IA para automatizar as tarefas de sanitização de ambientes por meio de um robô de suporte humano. Já Neves<sup>17</sup> apresenta ferramenta para rastreamento de pessoas infectadas ou possivelmente infectadas,

chamada *Blue Dots*, que utiliza dados coletados pelos smartphones, possibilitando identificar a trajetória dessas pessoas. Por fim, Nagoriya<sup>19</sup> traz a utilização da IA para monitoramento do uso de máscaras pela população, com precisão de cerca de 96,02%. Para os autores, esse sistema pode ser instalado onde existe a possibilidade de um grande encontro de pessoas, automatizando o trabalho de detecção daquelas que circulam sem máscara, estratégia essencial durante o pico da pandemia.

Por fim, foram identificados dois estudos categorizados para a predição clínica na doença. No primeiro caso, Syeda<sup>21</sup> descreve ferramentas que utilizavam variáveis demográficas, de comorbidade e de recursos empregados no combate à Covid-19 para o prognóstico da doença: algumas ferramentas são para estratificação da doença por meio da predição clínica do paciente; e outras, voltadas para a gestão de recursos hospitalares.

No segundo caso, Famigliani e colaboradores<sup>14</sup> detalharam sobre o uso da IA para predição de gravidade de pacientes admitidos em centro de terapia intensiva. Eles analisaram diversos modelos preditivos realizados por máquina; e, embora os resultados sejam considerados promissores, os autores apontam uma limitação importante: não foi avaliada a generalização dos modelos desenvolvidos. Dessa forma, o uso do *proxy* de gravidade descrito necessita de alterações no algoritmo para uso de forma disseminada.

## Discussão

### Da descoberta à aplicação na saúde

A influência crescente da ciência de dados combinada a modelos matemáticos possibilitou o avanço da farmacocinética e da farmacodinâmica, de forma a gerar melhores respostas às questões farmacêuticas durante o desenvolvimento de um fármaco<sup>23</sup>. Nesse sentido, os testes *in silico* ajudam a distinguir mecanismos

de sucessos e fracassos terapêuticos, estratificar as classes de risco do paciente com base na fisiologia de um indivíduo e otimizar os parâmetros específicos do fármaco<sup>23</sup>. Esses testes podem facilmente estruturar modelos computacionais, configurando-se como uma importante ferramenta para complementar e orientar experimentos *in vitro*, de modo que reduz o tempo (de horas para segundos) necessário para a investigação sobre a dinâmica molecular subjacente à função mecânica<sup>17,22</sup>.

No caso da Covid-19, nossa revisão identificou o teste *in silico* da halicina para combate à resistência a antibióticos<sup>17</sup>. Destaca-se que sua estrutura é diferente dos antibióticos convencionais, o que sugere a possibilidade de modelos de IA abrindo classes inteiramente novas de drogas<sup>24</sup>. Ainda, a identificação da halicina foi realizada em tempo recorde, sendo possível por meio da mineração de moléculas existentes em diversos bancos de dados via IA<sup>25</sup>. Igualmente, em 2020, o primeiro medicamento projetado com IA no campo da imunooncologia entrou na avaliação clínica da Fase I após 12 meses de pesquisa, tempo recorde se considerados os cinco a sete anos comumente necessários na descoberta de medicamentos<sup>25</sup>.

Além de modelos mais ágeis, testes *in silico* possibilitam coortes virtuais em que os dados podem ser de difícil acesso, como em crianças e adolescentes<sup>23</sup>. Somado a isso, esses testes podem ser utilizados quando não é possível: mover-se através de plataformas experimentais *in vivo*; identificar tipos importantes e subconjuntos relevantes de um grande conjunto de medições; e lidar com as necessidades de poder estatístico baseado em evidências e a crescente estratificação de subgrupos<sup>26</sup>.

Com isso, torna-se viável que médicos e pesquisadores naveguem facilmente dentro de um espaço altamente multidimensional e com uma diversidade de dados projetados para cada paciente, possibilitando a projeção de tratamento da forma mais cientificamente fundamentada, quantitativa e individualizada ao paciente<sup>27</sup>. Ademais, para Stamatakos, Graf e Radhakrishnan, testes *in silico* podem

melhorar a interoperabilidade das informações e conhecimentos em saúde, aumentando a aceitação e o uso de modelos realistas orientados e validados clinicamente e permitindo que pesquisadores de diferentes disciplinas explorem seus dados, compartilhem recursos e desenvolvam novos conhecimentos, de forma a melhorar a acessibilidade às evidências existentes<sup>27</sup>.

### Da aplicação clínica às diretrizes

O desenvolvimento de métodos de IA associados à epidemiologia inteligente, predição clínica e detecção e diagnóstico promoveu a aplicabilidade destes na prática clínica. A predição por máquina, automatização de sanitização de ambientes hospitalares e clínicos, rastreamento de pessoas infectadas e possivelmente infectadas, monitoramento do uso de máscaras e diagnóstico de imagem para Covid-19 são exemplos de métodos identificados nos estudos incluídos nesta revisão que traduziram os resultados da pesquisa em cuidados efetivos aos pacientes.

O aprimoramento de técnicas de *deep learning* aproximou o uso da IA na detecção e diagnóstico clínico da Covid-19. Dados sobre precisão diagnóstica, sensibilidade, especificidade e área sob a curva foram identificados entre os estudos incluídos nesta revisão, os quais mostraram que o uso da IA pode potencializar a detecção e o diagnóstico da Covid-19<sup>18,20</sup>. Esses achados foram confirmados no estudo de Shen e colaboradores, os quais mostraram que o desempenho da IA é similar ao desempenho dos médicos experientes e superava o desempenho dos médicos com menos experiência. Os autores ressaltaram também que a IA tem um desempenho igual aos especialistas humanos em termos de análise de imagens e que as tecnologias assistidas por computador facilitam a detecção rápida de sintomas clínicos de interesse com base nas características da imagem, obtendo-se, por consequência, resultados consistentes<sup>28</sup>. Do mesmo modo, para Vaishya, o uso da

IA no contexto da Covid-19 contribuiu para o desenvolvimento de um novo sistema de diagnóstico e gestão do tratamento, considerando que pode acelerar os cuidados ao paciente e fornecer uma tomada de decisão mais rápida<sup>29</sup>.

### Das diretrizes à difusão na prática médica

O uso da IA na prática médica foi identificada pela maioria dos estudos incluídos nesta revisão. A agilidade da pesquisa translacional associada à rápida disseminação do vírus Sars-CoV-19 estimulou o desenvolvimento de métodos de IA em um curto período com aplicabilidade médica imediata no contexto da Covid-19. Devido à emergência em saúde pública, os métodos de manejo clínico, produção de vacinas e medicamentos ocorreram de forma concomitante, sem qualquer linearidade das etapas. Por isso, a maioria dos métodos de IA identificados neste estudo são aplicáveis na prática médica e foram desenvolvidos no âmbito da pesquisa translacional.

Diversos tipos de estudos foram identificados, desde teste *in silico* – que investigou as características genéticas e fenotípicas das cepas do Sars-CoV-2, a fim de compreender a evolução da patogenicidade do Sars-CoV-2 e sua adaptação ao hospedeiro – até o desenvolvimento de um algoritmo para detectar o uso de máscara pela população em geral<sup>16,19</sup>. Portanto, a maioria dos achados bem como as tecnologias desenvolvidas contribuíram para o aprimoramento dos cuidados em saúde e gestão do sistema de saúde.

De acordo com a metanálise de Raza, as cinco áreas com maior aplicabilidade dos métodos de IA no contexto da Covid-19 foram: diagnóstico e predição; epidemiologia (*viral forecasting*, controle e dinâmica de disseminação); avaliações (incluindo consultoria, comentário, correspondência, editorial, notícias, diretrizes, conscientização pública); análise de imagem radiológica; e pesquisa sobre medicamentos para tratamento<sup>30</sup>. Os diagnósticos de imagem que utilizaram técnicas de *deep*

*learning* foram amplamente empregados durante a pandemia de Covid-19. Para Raza, as tecnologias de IA são muito úteis no diagnóstico de pacientes Covid-19 – mediante a previsão, manejo e controle do surto – bem como no fornecimento de ferramentas para a gestão de saúde, negócios e comércio, melhorando, portanto, a governança e a formulação de políticas<sup>30</sup>.

Ademais, ferramentas de IA para predição clínica de pacientes que foram identificadas<sup>14,21</sup> relatam o auxílio à conduta médica, sendo usadas para predição de gravidade de pacientes admitidos em centro de terapia intensiva e estratificação de risco do paciente.

### Da prática médica ao impacto na saúde

Embora todas as intervenções identificadas nesta revisão tenham potencial para influenciar a saúde da população, apenas dois estudos<sup>19,21</sup> verificaram diretamente o uso da IA da prática médica ao impacto na saúde e, portanto, conseguiram melhorar as condições de saúde global. Nagoriya desenvolveu um algoritmo para detectar o uso de máscara pela população em geral, a fim de facilitar a vigilância em aglomerações<sup>19</sup>: o resultado foi o alcance de uma taxa de precisão de 96,02%. Assim, o sistema criado pode ser instalado em locais públicos onde há uma grande concentração de pessoas, automatizando o trabalho de detecção daquelas que circulam sem uso de máscara<sup>19</sup>. A aplicação prática deste estudo permite auxiliar na amenização dos impactos da pandemia<sup>19</sup>.

Syed investigou o papel da IA no enfrentamento da Covid-19 e identificou que a maioria dos estudos incluídos na revisão sistemática (54,6%) teve como foco a epidemiologia computacional com a predição do surto de Covid-19, impacto das políticas de contenção e possíveis descobertas de medicamentos; 30,8% dos estudos centraram-se na detecção e diagnóstico precoce, por meio da aplicação de técnicas de IA para detectar Covid-19 usando

imagens radiológicas de pacientes ou resultados de exames laboratoriais; e, por último, 14,6% focalizaram a avaliação da progressão da doença (recuperação e mortalidade)<sup>21</sup>. Esses dados mostram que a IA é uma ferramenta poderosa na luta contra a pandemia de Covid-19, permitindo a aplicação de aprendizado de máquina, visão de máquina, automação e robótica visando desenvolver modelos baseados em computador para a predição, reconhecimento de padrões, explicação e otimização, desenvolvimento de medicamentos e compreensão do mecanismo molecular do vírus Sars-CoV-2<sup>30</sup>.

### Considerações finais

Este estudo tem o potencial de informar como o uso da IA pode reduzir o tempo da pesquisa translacional com base no exemplo da Covid-19. Evidencia como seu uso pode contribuir para o desenvolvimento de diagnósticos e para a gestão do tratamento e cuidados ao paciente, bem como possibilitar tomada de decisão mais rápida. Contudo, é importante destacar suas limitações.

Primeiro, a metodologia de revisão rápida não permite generalizações dos resultados, pois é mais vulnerável a vieses metodológicos quando comparada a uma revisão sistemática. Dessa perspectiva, os resultados identificados nesta revisão precisam ser relativizados considerando o contexto pandêmico de Covid-19 e a celeridade necessária para responder a questionamentos sobre a doença.

Segundo, ressalva-se que os estudos que relatam experiências exitosas de translação de tecnologias são preteridos para publicação, sendo este um viés amplamente discutido na literatura<sup>31,32</sup>. No caso da pesquisa translacional, a grande parte das inovações e das novas tecnologias em saúde não chega à prática médica nem, por conseguinte, ao paciente<sup>33</sup>. Nesse sentido, não foi possível identificar na literatura tecnologias que utilizaram um método de IA para a Covid-19 e que não apresentaram bons resultados. Assim, a IA pode parecer, para



alguns leitores, uma panaceia para os problemas em saúde pública e em saúde coletiva.

Terceiro, há uma heterogeneidade em relação às palavras-chave e aos descritores utilizados pelos autores em suas publicações, o que dificulta a identificação de estudos na temática em questão<sup>34</sup>. Apesar de buscar-se amplamente por descritores e seus respectivos sinônimos, eventualmente alguns estudos podem não ter sido identificados nesta busca.

Por fim, como quarta limitação, destaca-se a falta de consenso sobre as etapas da pesquisa translacional, ou seja, alguns dos estudos incluídos podem ter sido classificados em etapas que causem discordância em algum grau.

Apesar das limitações supracitadas, ao longo desta revisão foram apresentadas importantes aplicações da IA e de seus subconjuntos no contexto da pandemia de Covid-19; e foi discutida a importância desses desenvolvimentos para a translação do conhecimento. Testes *in silico*, técnicas para detecção e diagnóstico, epidemiologia inteligente e predição clínica são algumas das principais áreas que utilizaram a IA para a translação de pesquisas sobre Covid-19.

De modo geral, as experiências relatam a possibilidade de uso da IA em todas as etapas da pesquisa translacional, sendo, portanto, um objeto de grande interesse para as diferentes partes interessadas nesse processo. Ademais, embora os dados apresentados sejam promissores para o uso da IA e vislumbrem

um horizonte de grandes e rápidos avanços na área da saúde, outras questões precisam ser observadas durante o desenvolvimento e utilização dessas ferramentas, como questões de ética e de segurança.

Por fim, ressalta-se que a pesquisa translacional pode apoiar o desenvolvimento produtivo e industrial em saúde, especialmente quando baseada em métodos de IA, permitindo uma definição de partida e orientação na pesquisa em saúde<sup>33</sup>. Nesse sentido, a indução do uso da IA na pesquisa translacional – seja nas etapas de formação em ciências de dados para a pesquisa em saúde, seja no fomento à aquisição de equipamentos para utilização em IA – torna-se cada vez mais importante, sobretudo quando se discute a Quarta Revolução Industrial e suas aplicações na saúde.

## Colaboradores

Ramos MC (0000-0003-3829-975X)\*, Gomes DF (0000-0002-2864-0806)\* e Mello NF (0000-0002-5228-6691)\* contribuíram para concepção e planejamento do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados, e; elaboração e revisão do manuscrito. Silva EN (0000-0001-8747-4185)\* contribuiu para concepção e planejamento do estudo. Barreto JOM (0000-0002-7648-0472)\* e Shimizu HE (0000-0001-5612-5695)\* contribuíram para revisão do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Mallet Vivas L, Lippi MC, Silva GV, et al. Pesquisa Translacional como abordagem para acelerar a inovação tecnológica em saúde. *Espacios*. 2017 [acesso em 2021 dez 12]; 38(14). Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n14/a17v38n14p25.pdf>.
- United States. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Policy and Global Affairs. Washington, D.C.: National Academies Press (US); 2018. [acesso em 2021 dez 12]. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.17226/25197>.
- Trochim W, Kane C, Graham MJ, et al. Evaluating translational research: A process marker model. *Clin. Transl. Sci*. 2011 [acesso em 2021 dez 12]; 4(3):153-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1752-8062.2011.00291.x>.
- Lobo LC. Inteligência Artificial e Medicina. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2017 [acesso em 2021 dez 12]; 41(2):185-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2esp>.
- Organización Panamericana de la Salud. La inteligencia artificial en la salud pública. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53887>.
- Shah P, Kendall F, Khozin S, et al. Artificial intelligence and machine learning in clinical development: a translational perspective. *npj Digit. Med*. 2019 [acesso em 2021 dez 12]; 2(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41746-019-0148-3>.
- Sreepadmanabh M, Sahu AK, Chande A. COVID-19: Advances in diagnostic tools, treatment strategies, and vaccine development. *J. Biosci*. 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 45(1):148. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12038-020-00114-6>.
- Ita K. Coronavirus Disease (COVID-19): Current Status and Prospects for Drug and Vaccine Development. *Arch. Med. Res*. 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 52(1):15-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/J.ARCMED.2020.09.010>.
- Marian AJ. Current state of vaccine development and targeted therapies for COVID-19: impact of basic science discoveries. *Cardiovasc. Pathol*. 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 50:107278. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.carpath.2020.107278>.
- Tricco AC, Langlois E V, Straus SE, editores. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258698>.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 [acesso em 2021 out 13]; 372(71). Disponível em: <http://www.bmj.com/content/372/bmj.n71.abstract>.
- Santos LMP, Martins MC, Almeida ATC, et al. Pesquisa Translacional em vitamina A: do ensaio randomizado à intervenção e à avaliação do impacto. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 dez 12]; 43(esp2):19-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S202>.
- Lachal J, Revah-Levy A, Orri M, et al. Metasynthesis: An original method to synthesize qualitative literature in psychiatry. *Front Psychiatry*. 2017 [acesso em 2021 ago 23]; (8):269. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00269>.
- Famiglini L, Bini G, Carobene A, et al. Prediction of ICU admission for COVID-19 patients: a Machine Learning approach based on Complete Blood Count data. *IEEE CBMS2021 Proc. 34th IEEE Int. Symp. Comput. Med. Syst*. 2021 [acesso em 2021 ago 23]; 6. Disponível em: <https://zenodo.org/record/4686707>.
- Massacci A, Sperandio E, D'Ambrosio L, et al. Design of a companion bioinformatic tool to detect the emergence and geographical distribution of SARS-CoV-2 Spike protein genetic variants. *J. Transl. Med*. 2020 [acesso em 2021 ago 23]; 18(1):494. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02675-4>.

16. Caccuri F, Zani A, Messali S, et al. A persistently replicating SARS-CoV-2 variant derived from an asymptomatic individual. *J. Transl. Med.* 2020 [acesso em 2021 ago 23]; 18(1):362. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02535-1>.
17. Neves BC. Metodologias, ferramentas e aplicações da inteligência artificial nas diferentes linhas do combate a Covid-19. *Folha de Rosto.* 2020 [acesso em 2021 ago 23]; 6(2):44-57. Disponível em: <https://doi.org/10.46902/2020n2p44-57>.
18. Liu H, Ren H, Wu Z, et al. CT radiomics facilitates more accurate diagnosis of COVID-19 pneumonia: compared with CO-RADS. *J. Transl. Med.* 2021 [acesso em 2021 ago 23]; 19(1):29. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02692-3>.
19. Nagoriya H, Parekh M. Live Facemask Detection System. *Int J Imaging Robot.* 2021 [acesso em 2021 ago 23]; 21(1):1-8. Disponível em: <https://zenodo.org/record/4643681>.
20. Afshar-Oromieh A, Prosch H, Schaefer-Prokop C, et al. A comprehensive review of imaging findings in COVID-19 – status in early 2021. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging.* 2021 [acesso em 2021 ago 23]; 48(8):2500-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/S00259-021-05375-3>.
21. Syeda HB, Syed M, Sexton KW, et al. Role of Machine Learning Techniques to Tackle the COVID-19 Crisis: Systematic Review. *JMIR. Med. Informatics.* 2021 [acesso em 2021 ago 23]; 9(1):e23811. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/23811>.
22. Sotomayor M, Schulten K. Single-molecule experiments in vitro and in silico. *Science* 2007 [acesso em 2021 dez 12]; 316(5828). Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.1137591>.
23. Alfonso S, Jenner AL, Craig M. Translational approaches to treating dynamical diseases through in silico clinical trials. *Chaos.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 30(12):123128. Disponível em: <https://doi.org/10.1063/5.0019556>.
24. Burki T. A new paradigm for drug development. *Lancet Digit. Heal.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 2(5):e226-e227. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(20\)30088-1](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(20)30088-1).
25. Moingeon P, Kuenemann M, Guedj M. Artificial intelligence-enhanced drug design and development: Toward a computational precision medicine. *Drug Discov. Today.* 2021 [acesso em 2021 dez 12]; 27(1):215-222. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2021.09.006>.
26. An G. Small to large, lots to some, many to few: In silico navigation of the Translational Dilemma. *Crit. Care Med.* 2012 [acesso em 2021 dez 12]; 40(4):1334-5. Disponível em <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e31824316dd>.
27. Stamatakos GS, Graf N. Multiscale Cancer Modeling and In Silico Oncology: Emerging Computational Frontiers in Basic and Translational Cancer Research. *J. Bioeng. Biomed. Sci.* 2013 [acesso em 2021 dez 12]; 03(02):e114. Disponível em <https://doi.org/10.4172/2155-9538.1000e114>.
28. Shen J, Zhang CJP, Jiang B, et al. Artificial Intelligence Versus Clinicians in Disease Diagnosis: Systematic Review. *JMIR Med. Informatics.* 2019 [acesso em 2021 dez 12]; 7(3):e10010. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/10010>.
29. Vaishya R, Javaid M, Khan IH, et al. Artificial Intelligence (AI) applications for COVID-19 pandemic. *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev.* 2020 [acesso em 2021 ago 23]; 14(4):337-339. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.012>.
30. Raza K. Artificial Intelligence Against COVID-19: A Meta-analysis of Current Research. In: Hassanien AE, Dey N, Elghamrawy S, editores. *Big Data Analytics and Artificial Intelligence Against COVID-19: Innovation Vision and Approach. Studies in Big Data.* 2020 [acesso em 2021 dez 12]; (78):165-76. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-55258-9\\_10](https://doi.org/10.1007/978-3-030-55258-9_10).
31. Pereira MG, Galvão TF. Heterogeneidade e viés de publicação em revisões sistemáticas. *Epidemiol.*

- e Serviços Saúde. 2014 [acesso em 2021 dez 12]; 23(4):775-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000400021>.
32. Mlinarić A, Horvat M, Smolčić VŠ. Dealing with the positive publication bias: Why you should really publish your negative results. *Biochem. Medica*. 2017 [acesso em 2021 dez 12]; 27(3):030201. Disponível em: <https://doi.org/10.11613%2FBM.2017.030201>.
33. Gadelha CAG, Vargas MA, Alves NG. Pesquisa translacional e sistemas de inovação na saúde: implicações para o segmento biofarmacêutico. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 dez 12]; 43(esp2):133-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S210>.
34. 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 dez 12]; 43(esp2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S214>.

---

Recebido em 12/12/2021  
Aprovado em 12/09/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde no Brasil: avanços e desafios

## *Planning and Sizing of the Health Workforce in Brazil: advances and challenges*

Desirée dos Santos Carvalho<sup>1,2</sup>, Elisabet Pereira Lelo Nascimento<sup>1</sup>, Sílvia Aparecida Maria Lutaif Dolci Carmona<sup>1</sup>, Vânia Maria Corrêa Barthmann<sup>1</sup>, Maria Helena Pereira Lopes<sup>1</sup>, Júlio César de Moraes<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213519

**RESUMO** Este estudo visa a analisar a produção de conhecimento acerca do Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (PDFTS) desenvolvida no Brasil identificando modelos e metodologias que consideram as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para a constituição de redes de atenção regionalizadas. Trata-se de uma revisão integrativa, incluindo estudos brasileiros e com texto completo, em português, disponível nas bases de dados Capes, BVS e Google Acadêmico. As buscas retornaram 48.083 documentos e, após seleção com a ferramenta Prisma, foram incluídos 62 estudos publicados entre 2011 e 2020. A maioria das produções analisadas aborda o PDFTS com análises comparativas entre as necessidades estimadas e a disponibilidade atual, sendo mais frequentes os estudos de apenas uma categoria profissional, com destaque para a enfermagem. Os achados contribuem à promoção do debate sobre a essencialidade da força de trabalho em saúde para a conformação das redes, ao demonstrar que os métodos de cálculo privilegiam o uso de indicadores e parâmetros relacionados à oferta de serviços em estabelecimentos de saúde específicos, especialmente hospitais, não operacionalizando aspectos de regionalização e integração sistêmica da Rede de Atenção à Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Dimensionamento dos recursos humanos. Recursos humanos em saúde. Planejamento em saúde. Regionalização.

**ABSTRACT** *This study aims to analyze the production of knowledge about Planning and Sizing of the Health Workforce (PDFTS) developed in Brazil, identifying models and methodologies that consider the Guidelines of the Unified Health System (SUS) for the constitution of regionalized care networks. This is an integrative review, including Brazilian studies and full text, in Portuguese, and available in the CAPES, BVS and Google Scholar databases. The searches returned 48,083 documents and, after selection with the PRISMA strategy, 62 studies published between 2011 and 2020 were included. Most of the analyzed productions approach the PDFTS with comparative analyzes between the estimated needs and the current availability, being more frequent the studies of only one professional category, with emphasis on nursing. The findings contribute to the debate on the essentiality of the health workforce for the conformation of networks, by demonstrating that the calculation methods favor the use of indicators and parameters related to the provision of services in specific health facilities, especially hospitals, not operationalizing aspects of regionalization and systemic integration of the Health Care Network.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás (UFG), Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (Cigets) - Goiânia (GO), Brasil.  
desireecarvalho@ufg.br

<sup>2</sup> Ministério da Saúde (MS), Grupo Hospitalar Conceição (GHC) - Porto Alegre (RS), Brasil.

**KEYWORDS** *Personnel downsizing. Health workforce. Health planning. Regional health planning.*



## Introdução

O Planejamento e Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde (PDFTS) é o processo que avalia, sistemática e continuamente, as necessidades da força de trabalho, resultando no número de pessoas adequado para desempenhar as atividades de acordo com o planejamento, com os objetivos estratégicos e com as políticas institucionais<sup>1</sup>.

O planejamento das ações e dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) deve assegurar a identificação de condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas e a assistência às pessoas por meio da conformação de redes integradas e regionalizadas<sup>2</sup>. A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) diminui a fragmentação do sistema e potencializa a integração, a continuidade e a coordenação do cuidado<sup>3</sup>. O funcionamento da RAS dedica-se à população e região de saúde definida e tem como atributos a estrutura operacional, organizada em três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), o modelo de atenção à saúde e a existência de uma Força de Trabalho em Saúde (FTS) adequada, competente, comprometida e com incentivos para atingir os objetivos do sistema<sup>4</sup>.

Assim, o PDFTS configura-se em problema relevante na área de Gestão do Trabalho em Saúde (GTS), mobiliza pesquisas para melhor compreensão do processo de previsão e avaliação do quantitativo e qualitativo de pessoal e constitui-se em ferramenta potente para impulsionar a composição de equipes que auxiliam nas transformações necessárias para consolidação do SUS<sup>5,6</sup>.

Nesse sentido, este estudo não opta por um conceito exato de PDFTS. Aqui, considera-se, de forma ampla, as ações e estratégias para quantificar a força de trabalho em determinado território, serviço ou sistema de saúde, compreendendo as multifaces das atividades que precedem e compõem o PDFTS. Reconhece que a composição da FTS para a conformação da RAS é um desafio<sup>5</sup> e que estudos sobre esse tema são fundamentais à compreensão dos

caminhos que estão sendo operacionalizados no sistema de saúde.

Identifica-se na literatura a necessidade de o PDFTS contemplar todos os níveis de atenção, atender a demandas relacionadas às transições demográficas e epidemiológicas<sup>7</sup> e promover discussão sobre o escopo de atuação das categorias profissionais e as reais necessidades dos serviços e da população<sup>8</sup>, bem como de pesquisas mais abrangentes para fortalecer evidências que subsidiem a tomada de decisão sobre modelos de estimativa de pessoal para a saúde<sup>9</sup>.

Embora a elaboração de estudos sobre planejamento em saúde, no campo da saúde coletiva, tenda a ser influenciada por eventos políticos tais como a publicação de novas normativas<sup>10</sup>, a produção científica sobre o tema do PDFTS, entre 1964 e 2013, mostrou a tendência de utilização de métodos normativos pautados por questões econômicas e concentrados na área hospitalar, apesar dos distintos cenários sociais e políticos ao longo do período<sup>8</sup>.

Assim, cabe ressaltar que a política de regionalização e organização em redes no SUS foi impulsionada e renovada entre 2010 e 2011 com a publicação de novas normativas legais, que trazem conceitos e diretrizes para a conformação da RAS, com destaque para os usuários na centralidade do cuidado, com ações planejadas e organizadas conforme as necessidades de saúde da população; as relações horizontais entre os pontos e níveis de atenção à saúde, com distintos papéis, mas com mesma importância; e o cuidado multiprofissional<sup>4,11</sup>. Nessa perspectiva, sugere-se a relevância da atualização da revisão de literatura sobre o PDFTS, publicada desde então, que identifique suas relações com a organização da RAS no Brasil.

Este estudo investiga publicações sobre o tema com o objetivo de identificar modelos e metodologias que são aplicadas no Brasil e se consideram a regionalização em saúde, os diferentes serviços e níveis de atenção e o cuidado multiprofissional.

## Percorso metodológico

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura<sup>12</sup>, com o objetivo de responder à seguinte questão: ‘Quais metodologias de planejamento e dimensionamento da FTS são desenvolvidas no Brasil?’.

O recorte temporal a partir do ano 2010 considerou a hipótese de que a formalização de diretrizes para a RAS<sup>4</sup>, ocorrida naquele ano, afetou as formas de PDFTS no Brasil. A escolha por publicações que tratam desse território amparou-se no entendimento que as especificidades de funcionamento e organização do SUS são exclusivas do País.

A investigação deu-se por meio de bases de dados eletrônicas contidas, principalmente, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento

de Pessoal de Nível Superior (Portal de Periódicos Capes). Buscaram-se publicações pertinentes que poderiam não estar na literatura científica. Assim, de forma complementar, utilizaram-se as bases disponíveis no Google Acadêmico.

Visando maior sensibilidade, elaboraram-se amplas estratégias de buscas compostas por palavras-chave e termos alternativos selecionados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) edição 2020, bem como expressões que, embora não sejam padronizadas, são frequentemente empregadas para abordar essa temática no campo da saúde coletiva, conforme explicitado no *quadro 1*. Para a coleta de dados, os pesquisadores realizaram a busca inicial entre outubro e novembro de 2020 e programaram alertas, nas bases de dados, caso fossem cadastrados novos documentos até o final daquele ano.

Quadro 1. Estratégias de buscas aplicadas e campos selecionados, conforme cada base de dados investigada.

ESTRATÉGIAS DE BUSCAS	CAMPOS SELECIONADOS		
	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE	PORTAL DE PERIÓDICOS CAPES	GOOGLE ACADÊMICO
A - (“downsizing organizacional” OR “dimensionamento de pessoal”) AND (SUS OR saúde)	‘título, resumo, assunto’	‘qualquer + ‘contém’.	-
B - “mão de obra em saúde” OR “recursos humanos em saúde” OR “administração de recursos humanos em saúde” OR “gestão de recursos humanos em saúde” OR “avaliação de recursos humanos em saúde” OR “rotatividade de pessoal” OR “administração de pessoal” OR “administração de recursos humanos”	‘descriptor de assunto’	‘no assunto’ + ‘contém’	-
C - (“planejamento da força de trabalho” OR “dimensionamento da força de trabalho”) AND (saúde OR SUS)	‘título, resumo, assunto’	‘qualquer’ + ‘contém’.	‘com a frase exata’ + ‘com no mínimo uma das palavras’

Fonte: elaboração própria.

Inicialmente, os critérios de inclusão foram estudos brasileiros publicados entre 2010 e 2020, versando sobre o tema do planejamento e dimensionamento da FTS, com texto completo disponível em português. Excluíram-se resumos e apresentações sem textos completos, editoriais e documentos duplicados.

Os documentos encontrados foram refinados durante o processo de busca, por meio dos filtros

disponíveis em cada fonte de dados. Em seguida, os pesquisadores realizaram triagem dos elegíveis. A pré-seleção foi realizada separadamente por dois grupos de três pesquisadores cada por meio da leitura do título e, quando necessário, do resumo de todos os documentos, visando maior especificidade. Posteriormente, realizaram-se reuniões de consenso entre os grupos, onde foram selecionados os documentos para

leitura completa na fase exploratória. Decidiu-se, também, que os documentos encontrados que se referiam a um capítulo de livro ou a uma parte de material maior, como um relatório ou evento, seriam lidos completamente e, conforme os critérios de inclusão e exclusão, analisados e catalogados como materiais individualizados, quando fosse o caso.

Na fase exploratória, realizou-se a leitura completa de cada material por todos os pesquisadores, identificando-se a adequação e coerência dos instrumentos de sistematização de dados e das categorias de análise propostas previamente, bem como a capacidade de responder à questão da pesquisa. Pretendeu-se evitar perdas por não se identificar claramente essa capacidade por meio dos títulos e resumos e, ao mesmo tempo, ampliar as condições para melhor delimitar o estudo. Essa fase possibilitou a caracterização da produção de conhecimentos sobre o tema. Ela também revelou que diversos documentos se aproximaram do tema de forma indireta, analisando parâmetros que podem auxiliar no processo ou, por exemplo, apenas citando metodologias, embora os autores utilizem palavras-chave relacionadas ao PDFTS.

Em seguida, portanto, refinou-se a amostra, incluindo apenas os estudos que demonstraram capacidade de responder à pergunta de pesquisa, ou seja, aqueles que exploraram ou aplicaram uma ou mais metodologias de PDFTS e descreveram no texto o método utilizado. Optou-se por excluir, da seleção final, os estudos de revisão e aqueles que foram publicados no ano de 2010, pois todos foram produzidos antes da normatização do SUS sobre a RAS referida anteriormente.

As informações extraídas dos estudos selecionados foram catalogadas e sistematizadas no programa Microsoft Excel e categorizadas conforme abordagem do estudo; as categorias profissionais envolvidas; e o modelo ou método de cálculo aplicado ao dimensionamento da FTS e sua relação com a regionalização em saúde, o modelo de atenção e os serviços ou nível de atenção da RAS.

Por ser estudo bibliográfico, não foi exigida a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas, conquanto se tenha garantido o respeito aos aspectos

éticos em todas as fases da pesquisa, conforme disposições do Conselho Nacional de Saúde<sup>13</sup>.

## Resultados e discussão

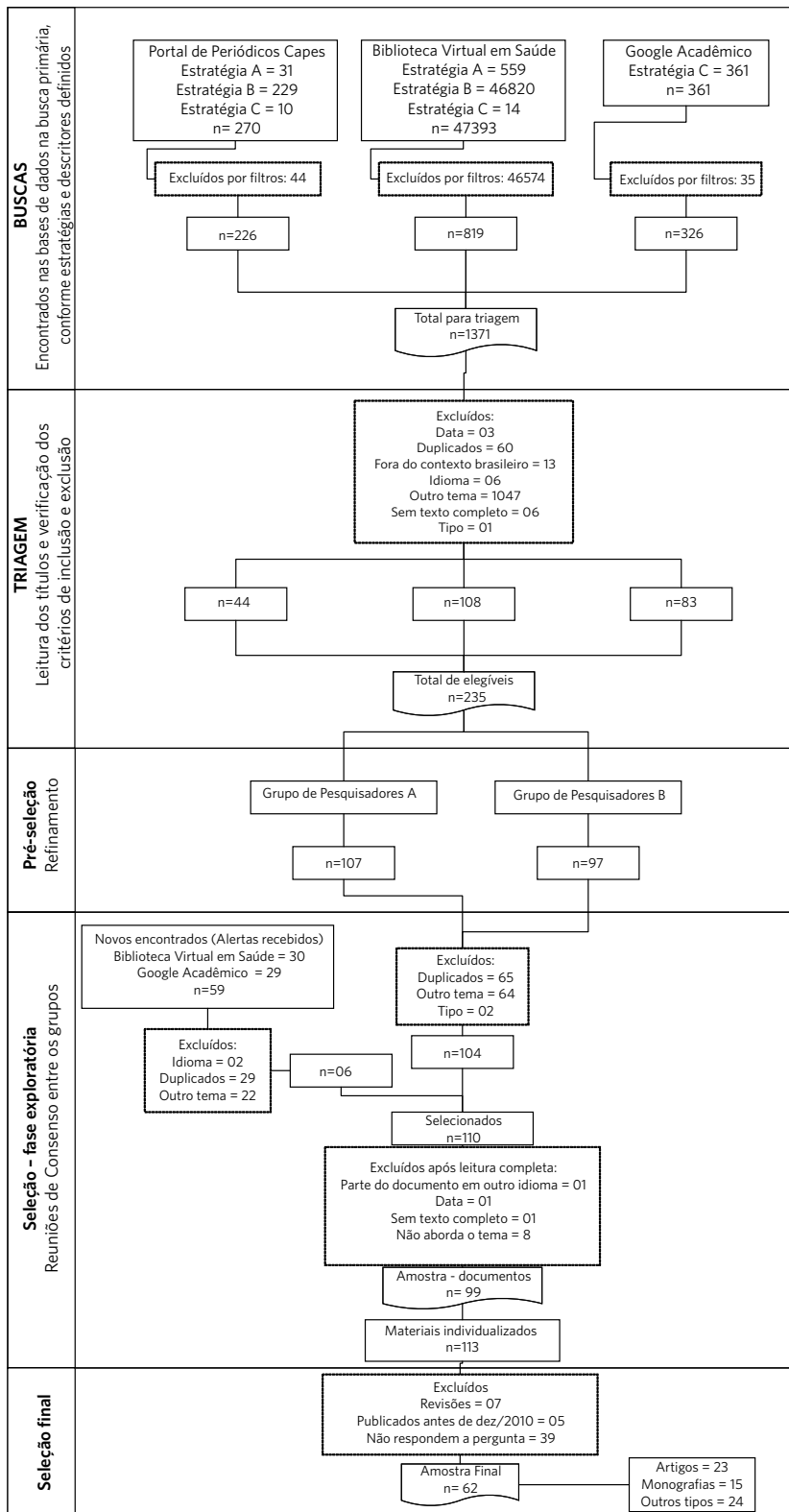
As buscas retornaram 48.083 documentos, dos quais, após processo de seleção que incluiu a leitura completa, 62 publicações foram objeto desta revisão (*figura 1*). Identifica-se, pelo menos, uma em todos os anos da década investigada, estando as menores produções em 2014 e 2019, duas em cada ano, e a maior, treze, em 2020. Nesse ano, embora o maior volume de produções (20,9%) pudesse estar vinculado aos esforços de GTS para prover profissionais para o atendimento das demandas provocadas pela Covid-19, um único estudo relacionava-se com a pandemia<sup>14</sup>.

Dentre as produções selecionadas, estão as monografias (24,2%), os artigos de periódicos (37,1%) e os demais tipos de documentos, como capítulos de livros, relatórios técnicos e outros, que, juntos, correspondem a 38,7% da amostra selecionada (*figura 1*). Essa distribuição reflete a característica da divulgação dos conhecimentos produzidos na área de planejamento em saúde no Brasil, mais frequentemente encontrados em documentos técnicos e livros<sup>10</sup>.

Houve o total de 179 autores envolvidos nas produções analisadas, destacando-se que os cinco mais frequentes são graduados em enfermagem. Nesse sentido, a maioria dos artigos foi divulgada em periódicos dessa área (69,6%). Os demais, encontraram-se em periódicos das áreas de saúde coletiva (13,1%), administração, gestão e políticas (8,7%), ciências da saúde (4,3%) e da fonoaudiologia (4,3%). Nota-se que essa característica ratifica maior frequência e volume de produções sobre o dimensionamento de profissionais da enfermagem nos estudos e nas experimentações de PDFTS no País<sup>8</sup>, inclusive quando não se observou somente o campo da saúde, visto que 45% das publicações sobre modelos econométricos de projeção de força de trabalho no Brasil foram encontradas em periódicos da área de enfermagem<sup>9</sup>.



Figura 1. Fluxograma ilustrativo do processo de busca e seleção dos materiais, conforme protocolo Prisma



Fonte: elaboração própria.

## Abordagens

Nos estudos, identificam-se três diferentes abordagens dadas ao PDFTS. A primeira é baseada na identificação da força de trabalho necessária. Entre os estudos com essa abordagem, apenas um objetiva, exclusivamente, mostrar a estimativa de necessidade de profissionais para estabelecimentos hospitalares<sup>15</sup>, enquanto os demais constroem-se como produções mais amplas, seja estabelecendo padrões mínimos<sup>16</sup> ou propondo metodologia<sup>17</sup> e desenvolvimento de ferramentas<sup>18,19</sup> que viabilizem a realização dessas estimativas.

A segunda abordagem refere-se ao diagnóstico da força de trabalho e é identificada nos estudos que pretendem realizar o levantamento de informações sobre a FTS atual em determinado espaço geográfico, serviço ou região de saúde, mapeando sua composição e distribuição<sup>20-23</sup> ou traçando o perfil de seus profissionais<sup>24</sup>.

Espera-se, como um resultado do dimensionamento, conhecer as diferenças entre a força de trabalho programada e a existente<sup>25</sup>. Assim, diversas publicações<sup>26-30</sup> divulgam as experiências de PDFTS onde são realizadas as verificações tanto da força de trabalho existente como da estimada como ideal ou necessária, combinando, dessa forma, as duas abordagens citadas anteriormente e propiciando uma análise comparativa.

A análise comparativa foi, então, a terceira abordagem identificada e a mais frequentemente observada (84%). Nesse sentido, foram apresentadas, também, comparações entre as forças de trabalho em diferentes momentos, estabelecimentos ou locais, destacando-se algumas publicações que cotejam as diferenças na composição ou na distribuição da FTS entre os municípios conforme o porte<sup>31</sup>, entre os subsistemas público e privado de saúde e entre as regiões do País<sup>14</sup>. Outros estudos<sup>32-36</sup> descreveram e analisaram a evolução histórica da FTS de determinado serviço ou nível de atenção como atividade preparatória ou fase do processo de PDFTS.

Essa abordagem é útil não apenas para a produção de reflexões acerca do PDFTS, mas

também para a contextualização da realidade, auxiliando os processos de decisão e educação permanente relativos a GTS<sup>33</sup>.

## Categorias profissionais e ocupações

As ações das quais dependem a atenção à saúde da população envolvem um conjunto amplo de trabalhadores que são lotados em diversas ocupações<sup>14</sup>. Quanto à inclusão desses trabalhadores, observou-se uma predominância de estudos que contemplam apenas uma área profissional ou ocupação (62,9%).

São mais numerosos os estudos que dimensionam somente a enfermagem (26). Destes, a maioria (22) refere-se exclusivamente à atenção hospitalar (*quadro 2*) e apenas quatro deles voltam-se às outras áreas da atuação. No primeiro, Paula<sup>17</sup> constrói e indica ao Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) uma metodologia para a identificação do número de profissionais necessários à assistência em Instituições Longa Permanência para Idosos (Ilpis) em municípios do Rio de Janeiro. Zopi<sup>37</sup> verifica, a partir do relato das enfermeiras, a adequação da força de trabalho de enfermagem nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) na Região de Saúde Polo Cuesta no Estado de São Paulo. Já Bonfim<sup>38</sup>, apresenta uma investigação envolvendo Unidades de Saúde da Família de dez estados brasileiros com a aplicação do método Workload Indicators of Staffing Needs (WISN). Por fim, a Resolução Cofen nº 593/2017<sup>16</sup> indica metodologias e parâmetros para o dimensionamento de enfermagem em diversas áreas, aplicável para todo o País.

O foco dos estudos nos profissionais de enfermagem corrobora os achados das revisões sistemáticas anteriores<sup>7,9</sup> que, ao identificar metodologias de dimensionamento da FTS, verificaram que 66,6%<sup>9</sup> e 78,6%<sup>7</sup> dos estudos abordaram essa área.

A área da enfermagem é essencial aos serviços de saúde e está internamente estruturada por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem<sup>39</sup>, importando destacar que, ao

apreciar os 26 estudos que têm esse foco, verificou-se que todos consideraram toda a equipe, sem excluir nenhuma das categorias. Alguns até incluíram, como parte dela, subcategorias

não previstas no dimensionamento de pessoal de enfermagem regulamentado pelo Cofen<sup>16</sup>, como os estudantes de enfermagem<sup>40</sup> e os cuidadores<sup>17</sup>.

Quadro 2. Materiais selecionados que versam exclusivamente sobre o dimensionamento de enfermagem na atenção hospitalar, conforme a abordagem, o método, a área do hospital e o local

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRAB.		LOCAL
		MÉTODO	ÁREA	
<b>Abordagem - Identificação da Força de trabalho necessária</b>				
Gaidzinski et al., 2011. <sup>19</sup>	Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: desenvolvimento de um software	Método de Gaidzinski, 1998.	Unidades de internação: Clínica Médica Adulto; Clínica Cirúrgica Adulto; Clínica Médico-Cirúrgica Adulto; Pediatria; Maternidade sem ou com Sistema de Alojamento Conjunto; Berçário; Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto; Unidade de Terapia Intensiva Cardiológica; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade Semi-Intensiva	-
Quiñones, 2019. <sup>18</sup>	Desenvolvimento de ferramenta de dimensionamento das equipes de enfermagem para unidades de terapia intensiva	Proposto pela autora.	UTI Adulto	Rio de Janeiro - RJ
<b>Abordagem - Análise Comparativa</b>				
Alves et al., 2011. <sup>41</sup>	Avaliação do grau de dependência de pacientes em enfermaria de ortopedia de um hospital escola	Método de Gaidzinski e Fugulin, 2005.	Unidade de internação: Enfermaria de ortopedia	Botucatu - SP
Gil et al., 2011. <sup>35</sup>	Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário	Levantamento da força de trabalho existente.	Unidades de internação: médico-cirúrgicas adulto	Londrina - PR
Perroca; Jericó; Calil, 2011. <sup>42</sup>	Composição da equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva	Levantamento da força de trabalho existente: Relação profissional/leito	Unidade de Terapia Intensiva	São José do Rio Preto - SP
Rogenski et al., 2011. <sup>36</sup>	Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino	Método de Gaidzinski, 1998.	Unidades de internação: Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Alojamento Conjunto; Clínica Pediátrica; Berçário e Terapia Intensiva Pediátrica; Terapia Intensiva e Semi-Intensiva Adulto	São Paulo - SP
Rossetti e Gaidzinski, 2011. <sup>43</sup>	Estimativa da equipe de enfermagem necessária em um novo hospital	Método de Gaidzinski, 1998 e Fugulin, 2002.*	Unidades de internação: Obstetrícia; Médico cirúrgicas; Pediatria; UTI adulto, pediátrica; e Neonatal	São Paulo - SP
Vituri et al., 2011. <sup>44</sup>	Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS	Método OPAS/OMS	Cirurgia Ambulatorial; Unidades de internação: Clínica Médica; Berçário; Normal ou Alojamento Conjunto; Clínica Cirúrgica; Ginecológica; Psiquiátrica; Clínica Pediátrica; Obstétrica; Pré-Parto; Clínica MI/AIDS; Semi Intensivo; Clínica de Queimados; UTI Geral; UTI Neonatal; Recuperação Anestésica; Observação de Pronto Socorro.	Londrina - PR

Quadro 2. (cont.)

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO		LOCAL
		DA FORÇA DE TRAB.	ÁREA	
Fugulin et al., 2012. <sup>45</sup>	Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº293/04	Método de Gaidzinski, 1998 e Fugulin, 2002.*	Unidade de Terapia Intensiva Adulto	São Paulo - SP
Matos et al., 2012. <sup>40</sup>	Dimensionamento do pessoal de enfermagem em uma unidade clínica	Método de Gaidzinski, 1998 e Fugulin, 2002.*	Unidade de Internação Clínica	Região Noroeste - RS**
Veloza, 2012. <sup>46</sup>	Dimensionamento de pessoal de enfermagem utilizando os escores TISS-28 e NEMS em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no Sul do Brasil	Método de Gaidzinski, 1998 e Fugulin, 2002.*	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	Porto Alegre - RS
Casarolli et al., 2015. <sup>47</sup>	Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público	Método de Gaidzinski, 1998 e Fugulin, 2002.*	Pronto-socorro	Paraná**
Lorenzini; Deckmann; Silva, 2015. <sup>48</sup>	Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Centro Obstétrico	Método de Gaidzinski, 1998 e Fugulin, 2002.*	Centro Obstétrico	Sul do Brasil**
Costa, 2015. <sup>49</sup>	Método para dimensionamento de pessoal de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME)	Proposto pela autora.	Centros de Material de Esterilização	São Paulo - SP
Araújo et al., 2016. <sup>50</sup>	Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica	Método de Gaidzinski, 1998 e Fugulin, 2002.*	Unidade de Internação Cirúrgica	Belo Horizonte - MG
Borges et al., 2017. <sup>51</sup>	Dimensionamento de pessoal de enfermagem na uti-adulto de hospital universitário público	Método de Inoue e Matsuda, 2010.	Unidade de Terapia Intensiva Adulto	Cascavel - PR
Pedro et al., 2017. <sup>52</sup>	Dimensionamento de pessoal de enfermagem no alojamento conjunto pediátrico de um hospital universitário	Método de Soares, 2009.*	Alojamento conjunto pediátrico	Cascavel - PR
Teixeira, 2017. <sup>53</sup>	Dimensionamento e carga de trabalho da enfermagem em UTI pediátrica e neonatal	Método de Inoue e Matsuda, 2010.	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e pediátrica	Paraná**
Vasconcelos et al., 2017. <sup>54</sup>	Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017	Método de Gaidzinski, 1988 e Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant, 2005.*	Unidade de Internação: Neurologia e Ortopedia	Cascavel - PR
Veloza et al., 2017. <sup>55</sup>	Escore TISS-28 versus NEMS para dimensionar a equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica	Método de Fugulin, Gaidzinski e Kurcgant, 2005.*	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	Porto Alegre - RS
Souza et al., 2018. <sup>56</sup>	Dimensionamento do pessoal de enfermagem na terapia intensiva adulto	Método de Inoue e Matsuda, 2010.	Unidade de Terapia Intensiva Adulto	Maringá - PR
Pedro et al., 2018. <sup>57</sup>	Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico de um hospital universitário	Método de Possari, 2001.*	Centro Cirúrgico	Cascavel - PR

Fonte: elaboração própria.

\* Autores referenciam Resolução do Conselho de Enfermagem como método.

\*\* Município onde está localizado o serviço ou estabelecimento de saúde não identificado no estudo.

Dentre as demais produções direcionadas a apenas uma profissão ou ocupação (*quadro 3*), destacam-se aquelas de formação em nível superior de ensino: a maioria se refere a médicos (09), duas são dedicadas aos fonoaudiólogos e uma, a farmacêuticos. Um estudo relata o dimensionamento de profissionais administrativos na APS, destacando sua relevância no funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>26</sup>.

Para os autores, analisar a força de trabalho médica é um desafio caracterizado pela escassez de estudos brasileiros sobre o tema e a falta de padronização das informações nas fontes de dados disponíveis sobre esses profissionais<sup>58,59</sup>. Portanto, os estudos encontrados são sumamente importantes para produzir conhecimentos e superar tais limitações.

Embora médicos, cirurgiões dentistas e profissionais de enfermagem tradicionalmente ocupem a maior parte da FTS do País, a participação de outras profissões tem aumentado gradativamente ao longo dos anos, em especial na APS<sup>32,34</sup>. No estudo de Nascimento<sup>60</sup>, evidencia-se, por exemplo, a relevância da construção de critérios para o dimensionamento de fonoaudiólogos para o trabalho em rede, enquanto Soares<sup>23</sup> revela o crescimento da atuação dos farmacêuticos no âmbito municipal. Dessa forma, estas pesquisas contribuem para ampliar o debate em torno do PDFTS, destacando o papel de outras profissões na composição da FTS e levantando questões sobre arranjos de equipes mais atuais no SUS.

Quadro 3. Materiais selecionados que versam sobre o dimensionamento de uma categoria profissional ou ocupação, conforme a abordagem, a categoria ou ocupação, o método, o nível de atenção ou serviço dimensionado e o local

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO		
		DA FORÇA DE TRAB.	NÍVEL DE ATENÇÃO E/OU SERVIÇOS	LOCAL
<b>Abordagem - Diagnóstico da Força de trabalho</b>				
FARMACÊUTICO				
Soares, 2020. <sup>23</sup>	Força de Trabalho Farmacêutico na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis	Levantamento da força de trabalho existente: relação profissional por habitante	Atenção Primária e Secundária: Centros de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento	Florianópolis - SC
MÉDICO				
Seixas et al, 2012. <sup>20</sup>	Projeto: MigraMed II - Educação e Saúde: Condicionantes Estruturais e Institucionais da Atração e Fixação de Médicos em Território Nacional	Levantamento da força de trabalho existente.	Todos	Brasil
<b>Abordagem - Análise Comparativa</b>				
AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
Cruz; Oliveira, 2013. <sup>26</sup>	Estudo para redimensionamento de Auxiliares Administrativos nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Levantamento da força de trabalho existente e estimativa das horas de pessoal administrativo necessárias conforme porte das unidades.	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde	Belo Horizonte - MG
FONOAUDIÓLOGO				
Nascimento; Nakamura, 2018. <sup>31</sup>	Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo	Levantamento da força de trabalho existente: relação profissional por habitante.	Todos	São Paulo

Quadro 3. (cont.)

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRAB.	NÍVEL DE ATENÇÃO E/OU SERVIÇOS	LOCAL
Nascimento, 2020. <sup>60</sup>	Histórias da inserção da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde: encontros das águas	Adaptação do Workload Indicators of Staffing Needs - WISN - proposta pela autora.	Todos	*
MÉDICO				
Girardi et al., 2013. <sup>58</sup>	Mercado de Trabalho Médico: escassez e desigualdades na distribuição da Força de Trabalho no Brasil	Adaptação do “Método das Componentes Demográficas” - relação profissional por habitante.	Todos	Brasil
Machado, 2015. <sup>61</sup>	Dimensionamento da carga de trabalho em unidade de alta complexidade em traumatologia e ortopedia	Workload Indicators of Staffing Needs - WISN	Atenção Hospitalar: Ortopedia	Rio de Janeiro - RJ
Martins, 2016. <sup>62</sup>	A necessidade de médicos especialistas em Obstetrícia e Ginecologia para o Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Pernambuco	Levantamento da força de trabalho existente.	Todos	Pernambuco
Matsumoto, 2018. <sup>63</sup>	Parâmetros para dimensionamento de médicos na Estratégia de Saúde da Família	Workload Indicators of Staffing Needs - WISN	Atenção Primária: Unidades de Saúde da Família	Brasil
Pierantoni et al., 2011. <sup>64</sup>	Indicadores de Carga de Trabalho Para Profissionais da Estratégia Saúde da Família	Indicadores de Carga de Trabalho para Necessidades de Pessoal (WISN)	Atenção Primária: Unidades de Saúde da Família	Juiz de Fora - MG
Pierantoni et al., 2013. <sup>65</sup>	Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para Sistemas Nacionais de Saúde	Projeção de necessidades - relação profissional por habitante.	Atenção Primária: Unidades de Saúde da Família	Brasil
Pierantoni; Magnago, 2015. <sup>59</sup>	Oferta e Necessidades de Recursos Humanos em Saúde	Projeção de necessidades - relação profissional por habitante.	Atenção Primária	Brasil
Silva, 2011. <sup>66</sup>	Comportamento das escalas de plantão das clínicas médica e pediátrica dos serviços de pronto atendimento da rede de saúde do município do Recife no período de agosto de 2009 a julho de 2010	Levantamento da força de trabalho existente.	Pronto Atendimento	Recife - PE

Fonte: elaboração própria.

\* Trata-se de proposta aplicável a qualquer território.

Todas as 14 profissões de saúde reconhecidas no País<sup>67</sup> foram encontradas no conjunto de estudos selecionados. Em geral, os enfermeiros e médicos foram mais frequentes, e os profissionais de educação física foram os menos citados.

O *quadro 4* apresenta as publicações selecionadas que versam sobre a força de trabalho de diversas ocupações em um mesmo estudo (37,1%). Tais publicações, ao se guiarem pela perspectiva do trabalho em equipe, parecem

se aproximar dos fundamentos da multidisciplinariedade e multiprofissionalidade que possibilitam a diversificação da FTS<sup>32</sup>.

Segundo Peduzzi et al.<sup>68</sup>, o trabalho em equipe traz componentes estratégicos e reforça características necessárias ao enfrentamento da crescente complexidade de necessidades em saúde, organização dos serviços e sistemas de atenção à saúde em rede, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência à saúde da população.

Nesse sentido, sobressaem-se dois artigos que analisam todas as profissões de saúde, identificando sua presença<sup>32</sup>, o crescimento e a distribuição regional no contexto na APS<sup>36</sup>, nível de atenção considerado coordenador do cuidado e estratégico para implantar o modelo de atenção.

Ampliando a visão além dessas 14 profissões, Mora e Rizzotto<sup>21</sup> incluem, na análise da composição e distribuição da FTS, os demais trabalhadores com formação específica na saúde, como técnicos em nutrição e em patologia clínica. Os estudos da FTS de hospitais públicos do Tocantins incluíram todas as ocupações envolvidas na atenção aos usuários, até mesmo aquelas que são dedicadas ao apoio indireto, como administradores, porteiros e técnicos eletricitas<sup>33,69</sup>, não hierarquizando os trabalhadores conforme o grau de escolaridade.

Observa-se, ainda no *quadro 4*, que 43,5% dos estudos que incluem mais de uma ocupação no PDFTS consideram explicitamente trabalhadores de todos os níveis de formação, reconhecendo, na prática, a diversidade de categorias que a complexidade do processo de trabalho em saúde exige. Contudo, destaca-se que a produção de conhecimento nesse sentido ainda não é expressiva na literatura científica, já que apenas um desses casos foi publicado em artigo de periódico<sup>30</sup>. Os demais encontraram-se majoritariamente em livros, confirmando a necessidade de se ampliarem as divulgações em revistas científicas em torno de uma agenda renovada da saúde coletiva<sup>10</sup>, além de reconhecer que a melhoria da saúde requer, sobretudo, ações realizadas por uma FTS diversa<sup>32</sup>.

Quadro 4. Materiais selecionados que versam sobre o dimensionamento de duas ou mais categorias profissionais ou ocupações, conforme a abordagem, o grau de escolaridade dos trabalhadores estudados, o método, o nível de atenção ou serviço dimensionado e o local

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRAB.	NÍVEL DE ATENÇÃO E/OU SERVIÇOS	LOCAL
<b>Abordagem - Diagnóstico da Força de trabalho</b>				
TRABALHADORES DE NÍVEL TÉCNICO E SUPERIOR				
Mora; Rizzotto, 2016. <sup>21</sup>	Força de trabalho em saúde e rede hospitalar na 9ª região de saúde do Paraná	Levantamento da força de trabalho existente.	Atenção Hospitalar	9ª Região de Saúde - PR
TRABALHADORES DE NÍVEL FUNDAMENTAL, TÉCNICO E SUPERIOR				
Rizzotto et al., 2014. <sup>22</sup>	Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná	Levantamento da força de trabalho existente.	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde	Paraná
Souza et al., 2013. <sup>24</sup>	Dimensionamento da Força de Trabalho Diante da Reconstrução da Vigilância à Saúde da Subsecretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal	Levantamento da força de trabalho existente.	Vigilância Ambiental, Sanitária, Epidemiológica, Saúde do Trabalhador e Laboratório Central de Saúde Pública.	Distrito Federal
<b>Abordagem - Identificação da Força de Trabalho Necessária</b>				
TRABALHADORES DE QUALQUER NÍVEL DE FORMAÇÃO - NÃO ESPECIFICADO				
Fagundes, 2015. <sup>15</sup>	Estimativa da necessidade de profissionais médicos de uma unidade: cálculo prático	Estimativa das necessidades conforme a capacidade instalada, o tempo de atividades, a carga horária das categorias e os parâmetros escolhidos.	Atenção Hospitalar	*

Quadro 4. (cont.)

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRAB.	NÍVEL DE ATENÇÃO E/OU SERVIÇOS	LOCAL
<b>Abordagem - Análise Comparativa</b>				
TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR				
Carvalho et al., 2016. <sup>32</sup>	Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008-2013	Levantamento da força de trabalho existente.	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde	Brasil
Carvalho et al., 2018. <sup>34</sup>	Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil	Levantamento da força de trabalho existente.	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde	Brasil
Silva, 2020. <sup>70</sup>	Dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos em uma instituição complexa de oncologia	Workload Indicators of Staffing Needs - WISN	Atenção Hospitalar: Ambulatório, Assistência domiciliar, Farmácia, Internação, Fisioterapia e Pronto-atendimento	Rio de Janeiro - RJ
TRABALHADORES DE NÍVEL FUNDAMENTAL OU MÉDIO E SUPERIOR				
Lopez et al., 2020. <sup>14</sup>	Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da COVID-19	Levantamento da força de trabalho existente.	Todos	Brasil
TRABALHADORES DE NÍVEL TÉCNICO E SUPERIOR				
Pereira et al., 2018. <sup>27</sup>	Dimensionamento da força de trabalho administrativa: aplicação do método em duas unidades da gestão federal do SUS	Estimativa das necessidades a partir de coleta e análise de informações acerca de resultados das áreas e de identificação do perfil profissional requerido para as unidades.	Unidades de gestão do SUS	Distrito Federal + Unidade da Federação não identificada
TRABALHADORES DE TODOS OS NÍVEIS DE FORMAÇÃO				
Ávila et al., 2020. <sup>33</sup>	Dimensionamento da força de trabalho: análise histórica e comparada do Hospital Geral de Palmas (TO)	Levantamento da força de trabalho existente.	Atenção Hospitalar: todas as áreas	Palmas - TO
Ávila et al., 2020. <sup>69</sup>	Força de trabalho e indicadores hospitalares: análise comparada de duas unidades estaduais do Tocantins	Levantamento da força de trabalho existente.	Atenção Hospitalar: todas as áreas	Palmas e Araguaína - TO
Carvalho; Nascimento, 2020. <sup>71</sup>	Dimensionamento da força de trabalho para saúde do município de Fortaleza - CE: relatório técnico	Estimativa das necessidades a partir do número de habitantes e classificação de vulnerabilidade dos territórios (APS); do porte e estrutura física da unidade (UPAs); da média mensal de consultas realizadas e estrutura física (Policlínicas) e da relação profissional por leito (Hospitais).	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde; Atenção secundária: Unidades de Pronto Atendimento e Policlínicas; e Atenção Hospitalar.	Fortaleza - CE
Guimarães et al., 2020. <sup>72</sup>	Fortalecimento da gestão do trabalho na atenção básica: dimensionamento da força de trabalho em Maringá-PR	Estimativa das necessidades a partir de definições sobre a população, os critérios e os parâmetros por categorias, conforme classificação de vulnerabilidade dos territórios.	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde	Maringá - PR
Marques; Goulart Castro, 2016. <sup>73</sup>	Dimensionamento de Recursos Humanos na Atenção Básica - A experiência da Secretaria Municipal de Campinas (SP)	Estimativa das necessidades a partir de questões norteadoras: Para quem? O que oferecer? Como fazer? Quantos?	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde	Campinas - SP



Quadro 4. (cont.)

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRAB.	NÍVEL DE ATENÇÃO E/OU SERVIÇOS	LOCAL
Nascimento et al., 2020. <sup>6</sup>	Planejamento e Dimensionamento da força de trabalho em saúde: material didático para secretarias de saúde	Estimativa das necessidades a partir do número de habitantes e classificação de vulnerabilidade dos territórios (APS); e da capacidade física instalada, da produção e dos processos de trabalho (Atenção Secundária e Terciária).	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde; Atenção secundária; e terciária	*
Nascimento; Carmona, 2020. <sup>29</sup>	Experiência da elaboração do dimensionamento na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas	Estimativa das necessidades a partir da adscrição da clientela por UBS e classificação das vulnerabilidades do território, conforme indicadores e parâmetros escolhidos.	Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Campinas – SP
Oliveira, 2018. <sup>74</sup>	Proposta de modelo para o dimensionamento do quadro de profissionais para o serviço de Engenharia Clínica dos hospitais universitários da Universidade Federal do Ceará	Estimativa das necessidades a partir da definição dos processos de trabalho, itens gerenciáveis, tempo médio para cada atividade, cargos e perfis de profissionais demandados.	Atenção Hospitalar	Fortaleza – CE
Possa; Gosch; Ferla, 2020. <sup>25</sup>	Planejamento e dimensionamento da força de trabalho: uma ferramenta-dispositivo para a gestão do trabalho e da educação da saúde	Estimativa das necessidades conforme pactuações e sistematizações do escopo do serviço, das práticas dos trabalhadores e dos parâmetros.	Todos	*
Rocha et al., 2020. <sup>30</sup>	Dimensionamento da força de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte	Levantamento da força de trabalho existente.	Unidades hospitalares; Unidades regionais administrativas; Unidades de agentes terapêuticos; Hemocentros; Laboratórios; Banco de Leite; Centro de Reabilitação Infantil e Adulto; Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde; Serviço de Verificação de Óbitos; Central do Samu Metropolitano e o 'Nível Central'.	Rio Grande do Norte
INCLUI TRABALHADORES DE NÍVEL DE FORMAÇÃO NÃO ESPECIFICADO				
Ávila et al., 2020. <sup>75</sup>	O processo de planejar e dimensionar a força de trabalho em hospitais do SUS: a experiência de uma formação-intervenção na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins	Estimativa das necessidades conforme a definição do escopo de projeto, análise de rede de saúde, a descrição da força de trabalho existente; a análise comparada da força de trabalho e; o dimensionamento da força de trabalho.	Atenção Hospitalar: Áreas Assistencial, Apoio Técnico e Apoio Diagnóstico	Palmas – TO
Cruz et al., 2013. <sup>76</sup>	Dimensionamento da Força de Trabalho nas Unidades Assistenciais da Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab	Estimativa das necessidades a partir do reconhecimento da estrutura física, da capacidade instalada e do processo de trabalho, e da discussão de parâmetros técnicos.	Hospitais e 'Centro de Referência'.	Bahia
Marques; Torres, 2013. <sup>77</sup>	Dimensionamento de Pessoas para a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte	Levantamento da força de trabalho existente e estimativa das necessidades conforme a negociação com gestores após aplicação de parâmetros de acordo com o perfil, a demanda e o modelo assistencial da unidade.	Hospitais e 'Unidades de Referência'.	Rio Grande do Norte

Quadro 4. (cont.)

AUTOR, DATA	TÍTULO	MÉTODO DE DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRAB.	NÍVEL DE ATENÇÃO E/OU SERVIÇOS	LOCAL
Ventin; Pereira; Moraes, 2019. <sup>28</sup>	Dimensionamento de força de trabalho: a experiência inovadora do Ministério da Saúde	Estimativa das necessidades a partir de aplicação de informações quantitativas sobre resultado, esforço e pessoal em modelo matemático e análise de informações qualitativas para identificar o perfil profissional e o nível de informatização, a complexidade e o valor agregado dos processos de trabalho.	Áreas administrativas do Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde, Coordenação Geral de Gestão de Pessoas, Secretaria de atenção à Saúde e Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Ceará.	Brasília - DF e Fortaleza - CE

Fonte: elaboração própria.

## Modelos e métodos de dimensionamento da força de trabalho em saúde

No que se refere ao modo de dimensionar, ou seja, a forma de calcular e verificar o quantitativo de trabalhadores, os estudos foram diversos, variando entre aqueles que exibem em detalhes as expressões matemáticas que levam ao resultado e os que descrevem, conceitualmente, os passos ou etapas do processo, sem demonstrar o cálculo completo ou o resultado de uma aplicação prática.

Da análise dos *quadros 2 a 4*, emerge a predominância dos estudos que realizam o levantamento da força de trabalho existente, sem uma metodologia padronizada ou reconhecida por nomenclatura específica. Alguns calculam por meio de dados secundários disponíveis em sistemas de informação locais e nacionais<sup>20,34,69</sup>, enquanto outros verificam o quantitativo por observação direta das escalas de trabalho de cada unidade de saúde investigada<sup>26,66</sup>, seja em número de pessoas ou de horas equivalentes a um profissional.

Em outra perspectiva, a conformação do SUS se encaminha, cada vez mais, para o imperativo de modelos referenciais de PDFTS que superem a padronização de um número ideal por serviços, destacando a complexidade desse processo e a singularidade do trabalho e das tecnologias de cuidado em saúde, de

acordo as necessidades de saúde e a população de referência<sup>79</sup>.

A segunda forma utilizada com frequência para o PDFTS dentre as publicações selecionadas relaciona-se diretamente com a predominância de estudos voltados à enfermagem. São aplicações dos modelos recomendados em resoluções pelo órgão fiscalizador da profissão, Cofen. Embora os autores referenciem as próprias resoluções como método, a Resolução nº 293/2004, notadamente, utiliza metodologia desenvolvida por Gaidzinki e Fugulin. Em sua versão mais recente, a Resolução nº 543/2017, cita as diferentes referências nas quais fundamenta as recomendações para cada área<sup>16</sup>, tendo sido utilizada para a descrição de cada estudo no *quadro 2*.

A normativa referida estabelece diretrizes para estimar o número de profissionais de enfermagem necessários com base em características dos serviços, dos processos de trabalho da enfermagem e das condições clínicas dos usuários, conforme os sítios funcionais e, principalmente, o grau de dependência e a carga de trabalho demandados para determinado tipo de serviço<sup>16</sup>. Também, constitui-se referência para estudos que não utilizam o método de cálculo ali indicado, mas que se amparam nos seus parâmetros de índice de segurança técnica e de proporção mínima entre enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem, como acontece nas pesquisas de Borges et al.<sup>51</sup>,

Souza et al.<sup>56</sup> e Teixeira<sup>53</sup>, em que foi aplicada a metodologia de Inoe e Matsuda.

Pesquisar sobre o dimensionamento de enfermagem tem relevância científica e social, pois, uma vez que viabilize o quali-quantitativo adequado, pode fundamentar melhorias no cuidado das pessoas<sup>56</sup>. Nesse sentido, destaca-se que os métodos próprios da enfermagem se apresentam bem estruturados, com as nomenclaturas ou referencial teórico bem descritos nos textos, que, em sua maioria (17), foram encontrados em artigos científicos. Tal realidade reflete os investimentos da categoria para pesquisas e inovações nessa temática.

A metodologia WISN, em português, Indicadores de Carga de Trabalho para Necessidades de Pessoal, também foi bastante abordada nos estudos selecionados, sendo utilizada para o dimensionamento de enfermagem<sup>38</sup>, de médicos, de fonoaudiólogos e de equipe multiprofissional (*quadros 3 e 4*). A WISN é uma metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde para o cálculo de pessoal por meio de medidas de padrões de tempo das atividades que compõem a carga de trabalho e da disponibilidade de cada profissional<sup>7,78</sup>.

Conforme Monteiro et al.<sup>78</sup>, a avaliação da carga de trabalho dos profissionais em saúde produz informações relevantes, no contexto do dimensionamento, para subsidiar as tomadas de decisão sobre a previsão, a provisão e a alocação de recursos em diferentes áreas.

Contudo, entre as limitações da WISN, Pierantoni et al.<sup>64</sup> salientam o fato de considerar a carga de trabalho e a produtividade atual dos profissionais, não levando programações e demanda reprimida em conta, além de não incluir variáveis importantes tais como a percepção dos trabalhadores e gestores e as necessidades de saúde da população. Já em relação aos processos de trabalho, a autora destaca que, no trabalho multiprofissional e compartilhado, seria impossível padronizar e individualizar cargas de trabalho para cada profissional.

Nessa perspectiva, vale destacar que a avaliação da carga de trabalho aparece em diferentes

graus nos estudos encontrados nesta revisão, inclusive naqueles que não usam método ou instrumento próprio para tal. Como exemplo, destacam-se os dimensionamentos realizados por Carvalho e Nascimento<sup>71</sup>, que propõem a definição do número de equipes de saúde da família conforme a vulnerabilidade social do território e o número de médicos, segundo o porte da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Do mesmo modo, Cruz e Oliveira<sup>26</sup> predizem a necessidade de auxiliares administrativos de acordo com o porte das UBS. Dessa forma, subentendem que a carga de trabalho será proporcional ao porte ou à vulnerabilidade, reconhecendo e avaliando tal variação de quantidade de trabalho como importante parâmetro para identificar a FTS necessária.

Um desafio posto ao PDFTS está na produção de métricas que considerem a singularidade de cada local, a diversidade de ações e as múltiplas profissões – e não na padronização dessas medidas<sup>25,79</sup>. Sendo assim, a predominância de metodologias próprias ou de modelos ainda não nominados, com a descrição de etapas realizadas ou com a apresentação de adaptações de métodos consolidados nos estudos que contemplam equipes multiprofissionais (*quadro 4*), simboliza um contraponto às normativas rígidas e o esforço ao enfretamento desse desafio.

Oliveira<sup>74</sup> propõe e simula a aplicação de um modelo de dimensionamento de equipe multiprofissional à área de Engenharia Clínica em hospitais universitários, ofertando um roteiro, um instrumento de cálculo e os parâmetros de referência para a estimativa da quantidade de demanda de serviço e de tempo de execução de cada atividade, conforme as especificidades locais do escopo de práticas.

O método proposto por Possa, Gosch e Ferla<sup>25</sup> considera o dimensionamento como um processo contínuo, que inclui etapas de pactuações sobre os processos de trabalho e os indicadores e parâmetros para quantificar a FTS necessária, entre outras. Ao associar o PDFTS aos modelos de atenção à saúde e aos processos participativos que expandem a

capacidade de GTS, os autores oferecem uma inovação metodológica aplicável a qualquer serviço ou equipe de saúde, embora sem apresentar relato de sua experimentação.

Dessa maneira, as metodologias de projeção da força de trabalho orientadas para atender às necessidades futuras utilizando variáveis demográficas para avaliar as demandas<sup>58,59,65</sup> representam um movimento contra hegemônico em relação aos métodos que propõem calcular a FTS apenas a partir de ofertas já realizadas e serviços já instituídos.

Possa et al.<sup>80</sup> avaliam que o PDFTS deveria partir da demanda do usuário e não da oferta dos serviços que sofre fortes influências de padrões estabelecidos normativamente pelas instituições formadoras e corporativas, que, por sua vez, definem os limites do saber e do fazer dos trabalhadores de saúde, independentemente das singularidades dos territórios e de cada região de saúde.

Nesse sentido, os resultados desta revisão bibliográfica mostram que, embora seja mais frequente utilizar medidas de carga de trabalho relacionadas às demandas assistenciais conforme sistemas que classificam os usuários de acordo com suas condições clínicas e seu grau de dependência de cuidados, alguns métodos de quantificação da FTS agregam variáveis outras e diversas, como: as relações entre número de profissionais e capacidade instalada; o horário de funcionamento dos serviços; a idade dos profissionais; as necessidades de saúde da população; e as condições de vulnerabilidades do território.

### Regionalização e níveis de atenção da RAS

As articulações entre os serviços da RAS, a população e as equipes de saúde ocorrem no território. Esse é, portanto, não só o espaço onde está inserida cada unidade de saúde que possa ser dimensionada<sup>25</sup> mas onde há maior capacidade explicativa dos fatores que interferem no estado de saúde e resultam nas necessidades das pessoas<sup>6</sup>. Assim, considerar

as singularidades de cada território e as necessidades de saúde das pessoas que circulam por esses espaços vivos é fundamental para qualificar o olhar de quem realiza o PDFTS.

No que concerne à localização dos estudos, a maioria (51,6%) das metodologias foi aplicada em estados do Sul e do Sudeste (*quadros 2 a 4*), refletindo, possivelmente, as disparidades interestaduais e regionais da oferta de profissionais no País<sup>14,34</sup>.

Predomina, ainda, a abrangência local, com métodos de PDFTS desenvolvidos em uma ou mais unidades de um estabelecimento de saúde, sobressaindo-se as investigações com foco hospitalar, independentemente da abrangência, correspondendo aos achados das revisões anteriores<sup>79</sup>. Dessa maneira, a produção revela-se em contraste às necessidades do cuidado integral, que requer a integração dos diferentes níveis de atenção da RAS e a disponibilidade de equipes multiprofissionais, para proporcionar promoção em saúde, prevenção de doenças e a recuperação da saúde<sup>4,3</sup>. Detectam-se, majoritariamente, estudos de PDFTS que envolvem apenas um ponto ou nível de atenção (71%), predominância que pode alimentar e reforçar a lógica fragmentada ainda operada no SUS, voltada ao modelo biomédico e hospitalocêntrico.

O PDFTS pode adotar múltiplas formas, isto é, pode ser esboçado entre processos mais centrados nas tecnologias duras, com enfoque em normas padronizadas, ou mais voltados à dimensão cuidadora, centrando-se em tecnologias leves e nas necessidades em saúde<sup>81</sup>. Dessa forma, os métodos de PDFTS refletem o modelo de atenção à saúde que está atualmente aplicado e como se organiza o cuidado.

Nessa perspectiva, ressaltam-se os resultados de estudos selecionados que identificam déficits de profissionais enfermeiros, ao passo que há superávit de técnicos ou auxiliares de enfermagem<sup>41,57</sup>, desvelando que tal desproporção, muitas vezes, compromete a qualidade da assistência oferecida<sup>42</sup>. Porém, essa distribuição desigual entre as subcategorias que compõem a força de trabalho de enfermagem,

observando menor quantidade de enfermeiros do que o recomendado pelo Cofen à área hospitalar<sup>45</sup>, reflete uma característica atual da enfermagem no sistema de saúde brasileiro<sup>39</sup> – e não aquilo que a normativa ambiciona para o futuro.

Esse exemplo confirma a asseveração de Ayres<sup>82</sup> de que os modelos de atenção à saúde retroalimentam a utilização e as formas de gerir e operar as tecnologias de saúde, em uma relação dialética entre a sua organização e sua operação na realidade cotidiana. Sendo assim, para avaliar a FTS necessária para progressos no SUS, reconhecendo um modelo de atenção centrado no usuário, é necessário transcender a análise das estruturas de leitos hospitalares e ofertas de serviços, observando-se, também, a diversidade dos processos de trabalho, as complexas necessidades da população, as realidades regionais e a conformação das RAS<sup>5,6,79,83</sup>.

Embora seja mandatário superar as fragilidades na gestão do trabalho em todas as regiões de saúde para que seja possível cumprir o planejamento do SUS<sup>4</sup>, verificou-se que apenas 38,7% das publicações selecionadas aludem à regionalização ou às RAS em seus textos. Quando ocorre, majoritariamente, a menção sobre o tema surge com a apresentação do SUS na introdução dos documentos ou na contextualização dos problemas em investigação, sem estabelecer relação direta com o PDFTS. Apenas três estudos encontrados assinalam conexão direta entre o PDFTS e a organização de redes de atenção regionalizadas, asseverando o dimensionamento da FTS como estratégico para a conformação das RAS<sup>6</sup> e caracterizando a força de trabalho no contexto das regiões de saúde<sup>21,37</sup>.

A organização do SUS pressupõe uma relação coerente entre planejamento, políticas e práticas de saúde<sup>84</sup>, assim como a construção de modelos de gestão que respeitem seus princípios e impulsionem novas lógicas, rompendo com modelos hegemônicos centralizadores e focados em normas rígidas<sup>85</sup>, o que impossibilita considerar a conformação de RAS como meramente burocrática e normativa<sup>3</sup>. Seria imprescindível a elaboração de metodologias de PDFTS que instrumentalizem políticas de GTS consoantes

às necessidades de cuidado multiprofissional e ao modelo de saúde organizado em RAS<sup>83</sup>.

Por outro lado, considera-se um avanço encontrar, nesta década, um conjunto de publicações que visam a compreender a racionalidade e avaliar possibilidades de aplicação do método WISN<sup>64</sup>, elaborar recomendações de padrões<sup>38,63,70</sup>, desenvolver novos métodos e ferramentas para o PDFTS<sup>49,74</sup> ou até oferecer material didático para que gestores e trabalhadores do SUS possam se instrumentalizar para o processo de PDFTS<sup>6</sup>.

## Considerações finais

Esta revisão integrativa contribui para a sistematização dos conhecimentos sobre o PDFTS publicados no Brasil entre os anos 2011 e 2020, embora importe mencionar a limitação que a inclusão de textos somente em português pode ter acarretado. As buscas amplas e a escolha por não se restringir a artigos de periódicos permitiram identificar e dar visibilidade a capítulos de livro e outros tipos de publicações que descrevem experiências práticas dos contextos reais e múltiplos do Brasil.

Todas as profissões da saúde aparecem no conjunto de publicações sobre o PDFTS na década estudada, constituindo um avanço. Entretanto, a maior parte da produção está dedicada a apenas uma profissão e focada naquelas de formação em nível superior. Percebe-se uma lacuna quanto à integração multiprofissional, configurando-se, ainda, um desafio para a conformação do modelo de atenção do SUS. Tal como em outras revisões de literatura sobre essa temática, houve protagonismo da enfermagem, categoria majoritária entre os objetos e os autores de estudos.

Diversos estudos dimensionam a FTS por meio de levantamentos do número de profissionais disponíveis ou contratados para o trabalho, analisando sua distribuição e não propriamente estimando o número de trabalhadores que seriam necessários, limitando-se à identificação e descrição de perfis. Dentre os modelos que realizam o cálculo das necessidades, a maioria utiliza a avaliação da carga de trabalho como parâmetro

principal e limita-se à aplicação do dimensionamento a uma equipe ou serviço, parte de um estabelecimento hospitalar, sem articular com as singularidades de cada território ou os pontos da RAS, contribuindo mais para a gerência local do que para a gestão do sistema de saúde em sua dimensão regional.

Há maior atenção atribuída aos parâmetros de carga de trabalho relacionados às condições clínicas do usuário, em detrimento de outras variáveis relacionadas às vulnerabilidades e ao contexto de conformação da RAS no território, este último, desconsiderado nos cálculos e que, portanto, serve para análise, mas não influencia, de fato, o tamanho e o perfil da força de trabalho planejada. São escassos os métodos de PDFTS que vislumbrem regiões de saúde, na condição sistêmica e incluindo os trabalhadores de todos os níveis de atenção, o que limitou as análises e demonstrou a necessidade de ampliar o debate nesse sentido.

Para a superação do PDFTS descolado do planejamento do SUS, com baixa operacionalização das diretrizes para a conformação de redes regionalizadas, é necessário investir em construção de conhecimento e empreender modelos de PDFTS

orientados pelas necessidades de saúde da população e o cuidado multiprofissional, visando à integração sistêmica dos pontos de atenção da RAS em sua diversidade regional. Sugerem-se, também, estudos complementares sobre as formas de PDFTS relacionadas aos esforços de expansão emergencial da capacidade da FTS e sobre a diversidade de vínculos e de condições de trabalho, recentemente afetados pela emergência da Covid-19.

## Colaboradores

Carvalho DS (0000-0002-9223-6891)\* contribuiu para concepção do estudo, seleção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Nascimento EPL (0000-0001-8649-6649)\*, Carmona SMLD (0000-0001-6054-5860)\*, Barthmann VMC (0000-0003-1256-6303)\*, Lopes MHP (0000-0002-8048-7773)\* e Moraes JC (0000-0002-8795-8590)\* contribuíram para seleção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério do Orçamento Planejamento e Gestão, Secretaria de Gestão, Comissão Europeia. Textos de referência em gestão de pessoas: dimensionamento de força de trabalho. Brasília, DF: MP, 2006.
2. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
3. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1791-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 29 Set 2017.
5. Carvalho DS, Nascimento EPL, Souza GH. Desafios do dimensionamento da força de trabalho para a con-

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- formação da rede de atenção a saúde. *Saúde Colet. (Barueri)*. 2021; 11(61):4818-27.
6. Nascimento EPL, Carvalho DS, Carmona SAMLD, et al. Planejamento e Dimensionamento da força de trabalho em saúde: material didático para secretarias de saúde. Brasília, DF: IBICT; 2020. 135 p.
  7. Machado CR, Dal Poz MR. Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. *Saúde debate*. 2015; 104(39):239-54.
  8. Moura LP. Planejamento da força de trabalho em saúde: uma análise do período entre 1964 a 2013. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014. 45 p.
  9. Vianna CMM, Pierantoni CR, França TC, et al. Modelos econométricos de estimativa da força de trabalho: uma revisão integrativa da literatura. *Physis*. 2013; 23(3):925-50.
  10. Teixeira CF, Jesus WLA, Souza MKB, et al. Produção Científica sobre Política, Planejamento e Gestão em Saúde no Campo da Saúde Coletiva: Visão Panorâmica. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 585-94.
  11. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 26 Jun 2011.
  12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*. 24 Maio 2016.
  14. Lopez FG, Palotti PLM, Barbosa SCT, et al. Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da COVID-19. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2020. 20 p.
  15. Fagundes AMS. Estimativa da necessidade de profissionais médicos de uma unidade; cálculo prático. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid; 2015.
  16. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 543, de 18 de abril de 2017. Estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. *Diário Oficial da União*. 8 Maio 2017.
  17. Paula RCC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituição de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo. [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016. 103 p.
  18. Quiñones AMM. Desenvolvimento de ferramenta de dimensionamento das equipes de enfermagem para unidades de terapia intensiva. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2019. 111 p.
  19. Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Peres HHC, et al. Dimensionamento Informatizado de Profissionais de enfermagem: desenvolvimento de um software. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T. *O Trabalho em Saúde: Abordagens Quantitativas e Qualitativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011. p. 91-102.
  20. Seixas PHDA, Corrêa AN, Silvestre D, et al. Projeto: MigraMed II – Educação e Saúde: Condicionantes Estruturais e Institucionais da Atração e Fixação de Médicos em Território Nacional. São Paulo; 2012. 109 p.
  21. Mora CTR, Rizzotto MLF. Força de trabalho em saúde e rede hospitalar na 9ª região de saúde do Paraná. *Ciê. Cuid. Saúde*. 2016; 15(3):405-12.

22. Rizzotto MLE, Gil CRR, Carvalho M, et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):237-51.
23. Soares MS. Força de Trabalho Farmacêutico na Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis. [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2020. 52 p.
24. Souza NR, Cunha CSC, Valença JC, et al. Dimensionamento da Força de Trabalho diante da Reconstrução da Vigilância à Saúde da Subsecretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. In: Ministério da Saúde. Prêmio InovaSUS: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. p. 55-63.
25. Possa LB, Gosch CS, Ferla AA. Planejamento e dimensionamento da força de trabalho: uma ferramenta-dispositivo para a gestão do trabalho e da educação da saúde. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 32-53.
26. Cruz AM, Oliveira MIR. Estudo para redimensionamento de Auxiliares Administrativos nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. In: Ministério da Saúde. Prêmio InovaSUS: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. p. 81-87.
27. Pereira DAO, Diniz CA, Aquino PF, et al. Dimensionamento da força de trabalho administrativa: aplicação do método em duas unidades da gestão federal do SUS. In: Anais da 1ª conferência Internacional de Inovação Tecnológica em Saúde; 2017 Ago 21-26; Natal. Rio Grande do Norte: SEDIS-UFRN; 2018. p. 332-9.
28. Ventin CD, Pereira DAO, Moraes IS. Dimensionamento de força de trabalho: a experiência inovadora do Ministério da Saúde. In: Cavalcanti P. Inovação e Políticas Públicas: Superando o Mito da Ideia. 1. ed. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2019. p. 195-211.
29. Nascimento EPL, Carmona SAMLD. Experiência da elaboração do dimensionamento na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 127-34.
30. Rocha AS, Soares TCM, Silva FJS, et al. Dimensionamento da força de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. *Est. debate*. 2020; 27(3):7-19.
31. Nascimento CL, Nakamura HY. Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. *Distúrb Comun*. 2018; 30(1):179-85.
32. Carvalho MN, Costa EMOD, Sakai MH, et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008- 2013. *Saúde debate*. 2016; 109(40):154-62.
33. Ávila ABO, Carvalho DS, Medeiros JCD, et al. Dimensionamento da força de trabalho: análise histórica e comparada do Hospital Geral de Palmas/TO. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 97-110.
34. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(1):295-302.
35. Gil GP, Vituri DW, Haddad MCL, et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem e grau de dependência do paciente em um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enferm*. 2011; 13(3):456-63.
36. Rogenski KE, Fugulin FMT, Gaidzinski RR, et al. Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):223-9.



37. Zopi FC. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na Atenção Básica em uma região de saúde. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2016. 95 p.
38. Bonfim D. Planejamento da força de trabalho de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família: indicadores de carga de trabalho. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014. 404 p.
39. Silva MCN, Machado MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(1):07-13.
40. Matos SC, Cardoso SMM, Soares NV, et al. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em uma unidade clínica. *R. pesq.: cuid. fundam.* 2012; 4(4):3052-9.
41. Alves MVMFF, Messoria TCC, Gonçalves SPA, et al. Avaliação do grau de dependência de pacientes em enfermaria de ortopedia de um hospital escola. *Rev. Eletr. Enferm.* 2011; 13(4):612-9.
42. Perroca MG, Jericó MC, Calil ASG. Composição da equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(2):199-205.
43. Rossetti AC, Gaidzinski RR. Estimativa da equipe de enfermagem necessária em um novo hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(4):7.
44. Vituri DW, Lima SM, Kuwabara CCT, et al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. *Texto Context. Enferm.* 2011; 20(3):547-56.
45. Fugulin FMT, Rossetti AC, Ricardo CM, et al. Tempo de assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº 293/04. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(2):9.
46. Velozo KDS. Dimensionamento de pessoal de enfermagem utilizando os escores TISS-28 e NEMS em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no sul do Brasil. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2012. 66 p.
47. Casarolli ACG, Eberhardt TD, Nicola AL, et al. Nível de complexidade assistencial e dimensionamento de enfermagem no pronto-socorro de um hospital público. *Rev. Enferm. UFSM.* 2015; 5(2):278-85.
48. Lorenzini E, Deckmann LR, Silva EF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Centro Obstétrico. *Rev. Enferm. UFSM.* 2015; 5(3):661-68.
49. Costa JA. Método para dimensionamento de pessoal de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME). [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 134 p.
50. Araújo MT, Henriques AVB, Velloso ISC, et al. Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica. *Rev Gest Saúde.* 2016; 7(2):650-69.
51. Borges F, Bohrer CD, Bugs TV, et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem na uti-adulto de hospital universitário público. *Cogitare Enferm.* 2017; 2(22):9.
52. Pedro DRC, Silva GKT, Schran LS, et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem no alojamento conjunto pediátrico de um hospital universitário. *Rev Enferm UFPI.* 2017; 6(3):4-10.
53. Teixeira FFR. Dimensionamento e carga de trabalho da enfermagem em UTI pediátrica e neonatal. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017. 69 p.
54. Vasconcelos RO, Rigo DFH, Marques LGS, et al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4):e20170098.
55. Velozo KDS, Garcia PCR, Piva JP, et al. Escores TISS-28 versus NEMS para dimensionar a equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Einstein.* 2017; 15(4):470-5.
56. Souza VS, Inoue KC, Oliveira JLC, et al. Dimensionamento do pessoal de enfermagem na terapia intensiva adulto. *Rev. Min. Enferm.* 2018; (22):6.

57. Pedro DRC, Oliveira JLC, Nelsi T, et al. Dimensionamento do pessoal de enfermagem em centro cirúrgico de um hospital universitário. *J. Nurs. Health*. 2018; 8(1):12.
58. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, et al. Mercado de Trabalho Médico: escassez e desigualdades na distribuição da Força de Trabalho no Brasil. Belo Horizonte: EPSM; 2013. 125 p.
59. Pierantoni CR, Magnago C. Oferta e Necessidades de Recursos Humanos em Saúde. Montevideo: Observatório Mercosul; 2015. 175 p.
60. Nascimento CL. Histórias da inserção da fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde: encontros das águas. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2020. 224 p.
61. Machado CR. Dimensionamento da carga de trabalho em unidade de alta complexidade em traumatologia e ortopedia. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015. 122 p.
62. Martins EMLR. A necessidade de médicos especialistas em Ginecologia/Obstetrícia para o Sistema Único de Saúde - SUS no estado de Pernambuco. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016. 98 p.
63. Matsumoto KS. Parâmetros para dimensionamento de médicos na Estratégia de Saúde da Família. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2018. 147 p.
64. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, et al. Indicadores de Carga de Trabalho para Profissionais da Estratégia Saúde da Família. In: Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T. O Trabalho em Saúde: Abordagens Quantitativas e Qualitativas. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011. p. 55-68.
65. Pierantoni CR. Componente 3: Estimativa da Necessidade de Recursos Humanos em Saúde na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. In: Pierantoni CR. Fortalecimento da capacidade de planejamento de recursos humanos para Sistemas Nacionais de Saúde. Belo Horizonte: EPSM; 2013. p. 602-956
66. Silva GGV. Comportamento das escalas de plantão das clínicas médica e pediátrica dos serviços de pronto atendimento da rede de saúde do município do Recife no período de agosto de 2009 a julho de 2010. [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 47 p.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*. 8 Out 1998.
68. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(s1):e0024678 .
69. Ávila ABO, Carvalho DS, Medeiros JCD, et al. Força de trabalho e indicadores hospitalares: análise comparada de duas unidades estaduais do Tocantins. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 111-26.
70. Silva AP. Dimensionamento de pessoal para cuidados paliativos em uma instituição complexa de oncologia. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020. 254 p.
71. Carvalho DS, Nascimento EPL. Dimensionamento da força de trabalho para saúde do município de Fortaleza - CE: relatório técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 170 p.
72. Guimarães ACHB, Baptista EKK, Rodrigues ES, et al. Fortalecimento da gestão do trabalho na atenção básica: dimensionamento da força de trabalho em Maringá-PR. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 135-56.

73. Marques AMP, Goulart FAA, Castro JL. Dimensionamento de Recursos Humanos na Atenção Básica - A experiência da Secretaria Municipal de Campinas (SP). In: Marques AMP, Goulart FAA, Castro JL. Gestão do trabalho em saúde: experiências selecionadas do prêmio InovaSUS – Laboratório de Inovação. Brasília, DF: OPAS/OMS. 2016. p. 161-80.
74. Oliveira EF. Proposta de modelo para o dimensionamento do quadro de profissionais para o serviço de Engenharia Clínica dos hospitais universitários da Universidade Federal do Ceará. [dissertação]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2018. 134 p.
75. Ávila ABO, Carvalho DS, Mascarenhas LVR, et al. O processo de planejar e dimensionar a força de trabalho em hospitais do SUS: a experiência de uma formação-intervenção na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 87-96.
76. Cruz AFB, Alves A, Menezes A, et al. Dimensionamento da Força de Trabalho nas Unidades Assistenciais da Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab. In: Ministério da Saúde. Prêmio InovaSUS: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. p. 117-23.
77. Marques MFT, Torres MJF. Dimensionamento de Pessoas para a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. In: Ministério da Saúde. Prêmio InovaSUS: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. p. 45-53.
78. Monteiro JLS, Dal Poz MR, Meireles GA, et al. Análise dos métodos de avaliação da carga de trabalho de recursos humanos em saúde: revisão integrativa da literatura. Res. Soc. Dev. 2021; 10(2):e39010212400.
79. Carvalho DS, Souza CEA, Souza GH. A força de trabalho e a relação de profissionais por leito dos hospitais públicos no município de Fortaleza. Rev. Gest. Sist. Saúde. 2021; 10(2):157-79.
80. Possa LB, Trepte RF, Plentz LM, et al. Planejamento da força de trabalho como tradução de imagens sobre o trabalho: teorias, conceitos e movimentos. In: Possa LB, Trepte RF, Gosch CS, et al. Dimensionamento da força de trabalho em saúde: gestão em ato e territórios em diálogo. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 17-31.
81. Ramos LB, Possa LB. Dimensionamento da força de trabalho no SUS: o trabalho (e o trabalhador) vivo no planejamento do cuidado em saúde. Saúde Redes. Porto Alegre. 2016; 2(1):43-52.
82. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. 2009; 18(s2):11-23.
83. Carvalho DS, Nascimento EPL. DimeRede: desenvolvimento de uma proposta de metodologia para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde. Saúde Colet. (Barueri). 2021; 11(62):5097-115.
84. Schraiber LB, Vilasbóas ALQ, Nemes MIB. Programação em Saúde e Organização das Práticas: Possibilidades de Integração entre Ações Individuais e Coletivas no Sistema Único de Saúde. In: Paim J, Almeida-filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 83-93.
85. Ponte HMS, Oliveira LC, Ávila MMM. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). Saúde debate. 2016; 40(108):34-47.

---

Recebido em 29/12/2021

Aprovado em 12/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a investigação foi elaborada no âmbito da "Pesquisa, desenvolvimento e implementação de modelo referencial de dimensionamento da força de trabalho em regiões de saúde no Brasil", objeto de acordo de cooperação firmado entre a Universidade Federal de Goiás e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde (TED 179/2019, Processo 25000206114201919/FNS)

# Experiências pedagógicas para a construção da interdisciplinaridade em saúde coletiva

## *Pedagogical experiences for the construction of interdisciplinary in public health*

Glaciene Mary da Silva Gonçalves<sup>1</sup>, Mariana Olívia Santana dos Santos<sup>1</sup>, Aline do Monte Gurgel<sup>1</sup>, André Monteiro Costa<sup>1</sup>, José Erivaldo Gonçalves<sup>1</sup>, Idê Gomes Dantas Gurgel<sup>1</sup>, Lia Giraldo da Silva Augusto<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213520

**RESUMO** Este artigo narra a experiência de uma prática interdisciplinar de pesquisa, ensino e cooperação para a interseção entre saúde, ambiente, produção e trabalho, a partir da constituição do Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho (Lasat) e sua contribuição para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (PPGSP/IAM/Fiocruz). O Lasat foi instituído em 1997, um ano após a criação do PPGSP. Seu grupo de pesquisadores reconheceu a complexidade dos objetos de pesquisa e buscou novos marcos epistêmicos e métodos adequados seguindo a perspectiva sistêmica e interdisciplinar. O objetivo deste artigo é apresentar os principais conceitos operativos adotados e os produtos acadêmicos obtidos. O método foi a análise dos relatos das experiências dos pesquisadores do Lasat quanto ao percurso de formação da equipe; projetos de pesquisa realizados; disciplinas obrigatórias e opcionais regulares; e atividades de cooperação significativas. Em todas as atividades, buscou-se ilustrar como a interdisciplinaridade foi aplicada. Apresentam-se como resultados o conjunto de conceitos adotados e alguns produtos acadêmicos efetivados, concluindo com os desafios de consolidar a nova área de concentração, ampliar a rede de cooperação técnico-científica e constituir uma rede interdisciplinar de suporte para a PPGSP.

**PALAVRAS-CHAVE** Práticas interdisciplinares. Saúde coletiva. Saúde ambiental. Ensino.

**ABSTRACT** *This article narrates the experience of an interdisciplinary practice of research, teaching and cooperation for the intersection between health, environment, production and work from the constitution of the Laboratory of Health, Environment and Work (LASAT) and contribution to the Postgraduate Program in Public Health at the Aggeu Magalhães Institute/Oswaldo Cruz Foundation (PPGSP/IAM/FIOCRUZ). LASAT was instituted in 1997, one year after the creation of the PPGSP. Its group of researchers recognized the complexity of its research object and sought new epistemic frameworks and adequate methods following a systemic and interdisciplinary perspective. The objective of this article is to present the main operational concepts adopted and academic products obtained. The method was the analysis of the reports of the experiences of the LASAT researchers regarding the course of formation of the own team; research projects carried out; compulsory and optional subjects offered; and significant cooperation activities. In all activities, it was sought to illustrate how interdisciplinarity was implemented. It presents as results the set of concepts adopted and some effective academic products, concluding with the challenges of consolidating the new area of concentration, expand the technical-scientific cooperation network and constitute an interdisciplinary support network for the PPGSP.*

**KEYWORDS** *Interdisciplinary placement. Public health. Environmental health. Teaching.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.  
marianaxolivia@gmail.com

## Introdução

Dada a complexidade dos problemas onde se articulam temas de saúde, produção, trabalho e ambiente, parte dos pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, instituído no Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Pernambuco, em 1997, necessitou criar um núcleo de pesquisa denominado Laboratório de Saúde, Ambiente e Trabalho (Lasat).

Para atender à complexidade dos problemas de pesquisa como se apresentavam nos territórios, buscamos abordagens epistêmicas e metodológicas adequadas. Foram necessários diálogos com campos de conhecimento distintos. Para tal, além dos pesquisadores e professores com expertise na área, demandou-se a participação de cientistas e filósofos externos, que refletiam essas mesmas questões.

Convidados acadêmicos atenderam aos nossos pedidos, e citaremos alguns para ilustrar. Em 1997, recebemos apoio do Dr. Guy Duval, professor da Universidade Nacional Autônoma do México, membro da equipe do epistemólogo Rolando Garcia, argentino, colaborador de Jean Piaget, suíço, do Centro Internacional de Epistemologia Genética (Cieg), em Genebra, que emigrou para o México. Garcia criou lá um centro para temas da interdisciplinaridade e da complexidade aplicado em problemas territoriais relacionados à seca e à produção de alimentos<sup>1,2</sup>.

De 1998 a 2004, o epistemólogo Juan Samaja, argentino, catedrático de Metodologia da Ciência na Universidade de Buenos Aires, ofertou-nos cursos de semiótica e dialética para compreender o processo de construção de dados aplicados aos estudos da saúde. O método científico para abordar a complexidade da saúde foi tratado por ele, a partir do conceito da reprodução social, como categoria de análise do processo de sua determinação<sup>3</sup>.

Aprendemos como a modelagem dialética pode ser construída de modo a superar a fragmentação dos dados, que impedem a articulação dos problemas que desafiam o campo

da saúde pública<sup>4-6</sup>. Curiosamente, nesse período, Juan Samaja teve a oportunidade de conhecer a obra de Milton Santos, surgindo, então, entre nós, a ideia de organizar um curso intitulado ‘Métodos para uma Epidemiologia Miltoniana’, que, posteriormente, ensejou um artigo publicado<sup>7</sup> por ele. Também, foram aprofundando-se diálogos com a epidemiologia, com uma abordagem crítica a partir de Samaja, a exemplo do processo de amostragem randomizada, classicamente utilizado, mas não adequado para a complexidade dos problemas que apontávamos<sup>8</sup>.

Outros pesquisadores prestaram importantes contribuições nesse caminhar. Renato Lieber, especialista em processos de produção e saúde do trabalhador, da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Campus de Guaratinguetá-SP, contribuiu com a crítica do conceito de risco aplicado ao tema da causalidade em saúde<sup>12</sup>; Jaime Breilh, epidemiologista equatoriano, construtor da epidemiologia crítica, desenvolveu as modelagens operacionais para tratar a determinação social da saúde, que balizam muitas das pesquisas na área do Lasat<sup>9</sup>; Pedro Luiz Castellanos, epidemiologista da República Dominicana, que trabalhou em colaboração com Samaja, introduziu em sua modelagem sistêmica de causalidade em saúde três níveis hierárquicos de análise: singular, particular e geral<sup>10</sup>, muito úteis para tratar os dados de populações e seus territórios; Anamaria Tambellini, pesquisadora brasileira que, desde os anos 1970, estuda as relações entre saúde, ambiente, produção e trabalho e que introduziu o conceito eco-sócio-sanitário para tratar objetos de pesquisa nessas articulações<sup>11</sup>.

O desenvolvimento da vigilância em saúde do trabalhador e ambiental, com inovações conceituais e metodológicas, foi realizado pela pesquisadora brasileira Lia Giraldo da Silva Augusto, inicialmente, na região da Baixada Santista/SP, e, em seguida, como pesquisadora do Lasat, propiciando diálogos fundamentais para a práxis nos serviços de saúde<sup>12</sup>.

Com esses e outros recursos teórico-metodológicos, o Lasat adotou a perspectiva interdisciplinar para atuar na pesquisa, formação acadêmica e cooperação técnica, tanto no atendimento às demandas de políticas públicas como nas de movimentos sociais.

Estudos integrados para problemas complexos, onde o funcionamento de todo o sistema está em jogo, dependem de trabalho coletivo assentado em marcos epistêmicos, conceituais e metodológicos compartilhados<sup>1</sup>.

O objetivo deste artigo é apresentar alguns dos produtos acadêmicos do Lasat que ilustram sua prática interdisciplinar (conceitos-chave, pesquisa, ensino e cooperação técnica) e o apoio às atividades do PPGSP/IAM.

## Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo hermenêutico. As informações para análise foram coletadas considerando o período de janeiro de 1997 a junho de 2021, tendo como marco o ano de instalação do Lasat. Inicialmente, buscou-se descrever a experiência de formação de sua equipe. Os cinco pesquisadores que compõem atualmente o Laboratório participaram desta narrativa. Os relatos foram sistematizados a partir de categorias analíticas contendo aspectos significativos para ilustrar as abordagens interdisciplinares na pesquisa, no ensino e na cooperação técnica.

Para ampliar a compreensão da contribuição do Lasat no âmbito na PPGSP/IAM, com relação à interdisciplinaridade, foram incluídas fontes secundárias de dados, como o grupo de pesquisa Saúde Ambiental do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), as linhas de investigação e as ementas de disciplinas ofertadas pelo grupo de pesquisadores do Lasat.

A análise hermenêutica de tipo crítico-reflexiva destacou os principais conceitos operativos-chave comuns aos pesquisadores do Lasat em suas atividades acadêmicas.

Os resultados foram apresentados pela ordem. Primeiramente, o conjunto desses conceitos, e, na sequência, as atividades destacadas que melhor ilustram as abordagens interdisciplinares. A título de considerações finais, são apresentados os desafios para o Lasat como um proativo grupo implicado no desenvolvimento do PPGSP/IAM e da saúde coletiva.

## Resultados e discussão

A seguir, apresenta-se a síntese dos principais conceitos adotados que guiam a pesquisa e as disciplinas coordenadas pelo grupo de pesquisadores do Lasat no PPGSP. Esses derivam de uma série de elementos teórico-metodológicos importantes para o fazer acadêmico relacionados à determinação social da saúde onde estão implicados a saúde do trabalhador, os processos de vulneração da saúde e danos ecológicos. Há uma reflexão crítica permanente para os campos disciplinares da saúde, como os da clínica, da epidemiologia, da toxicologia, da comunicação social, da geografia, da sociologia, da economia, da pedagogia, entre outros. Os autores referenciados foram selecionados pelo protagonismo que tiveram na formação do grupo de pesquisadores do Lasat, embora haja muitos outros que compõem um acervo significativo para a saúde coletiva.

### Conceito de saúde

Toma-se como referência conceitual Georges Canguilhem, para quem a saúde é compreendida como a capacidade de resposta aos processos físicos e mentais. Segundo esse autor, todas as vicissitudes formam parte constitutiva da história dos indivíduos. A saúde deve, então, ser pensada como capacidade de enfrentá-las<sup>13</sup>.

Esse autor apontou o conceito de normatividade vital e sua relação com os modos de andar na vida<sup>13</sup>. Nessa linha, Sérgio Arouca, em sua tese de doutorado, abre caminho

para compreender criticamente os valores que estão por trás de um certo conjunto de proposições contidas no discurso preventivista<sup>14</sup>. Ricardo Ayres<sup>15(143-144)</sup> concorda e reforça a análise de Arouca, que fala das “insuficiências percebidas nas práticas preventivistas”, questionando a eficácia normativa dos discursos conservadores<sup>15</sup>. Everardo Nunes<sup>16</sup> apresentou um entendimento complementar de que a saúde é resultado de um processo orgânico decorrente das representações e das exigências da estrutura social historicamente definidas, que vão muito além da simples expressão biológica do organismo.

## Reprodução social

Samaja apresenta um modo operativo para o estudo dos fenômenos que definem saúde-doença-cuidado, que devem ser compreendidos a partir da interdependência dos sistemas que os constituem, em suas ordens hierárquicas que envolvem a reprodução social e suas dimensões reprodutivas: biocomunal, da autoconsciência e da conduta, técnico-econômica, da ecológica<sup>5,17</sup>. Há uma hierarquia na determinação desses fenômenos segundo sua complexidade, em acordo com uma dialética de superação, supressão e conservação. Os processos vão dos níveis micro ao macro de modo estruturante, e, no sentido reverso, em modo de normatização/ressignificação.

Almeida Filho<sup>18</sup>, ao refletir sobre a problemática da Covid-19, ilustra o pensamento de Samaja, mostrando os níveis de emergência dos fenômenos comportados nessa pandemia: microestrutural (molecular ou celular); microssistêmico (metabolismo ou tecido); subindividual (órgão ou sistema com seus processos fisiopatológicos); clínico (casos individuais, com suas singularidades); epidemiológico (população vulnerável, iniquidades); ecossistêmico (interações com o ambiente, a produção, a economia); e simbólico (semiótico, linguístico, cultural, científico, tecnológico), demonstrando a potência dessa visão.

## Complexidade

Para operar o conceito ampliado de saúde, é fundamental a Teoria dos Sistemas e da Complexidade. Nessa modelagem, ordem e desordem estão inseridas em redes de interação formadoras de uma matriz tetragramática, na qual um dos termos age e retroage sobre os outros, de modo probabilístico, flexível, dialógico, generativo, aberto numa perspectiva de organização e reorganização permanentes<sup>19</sup>. Mario Tarride<sup>20</sup>, professor da Universidade de Santiago/Chile, parte do pressuposto de que a saúde pública tem uma complexidade anunciada, porém, não considerada, o que se constitui em uma das raízes de sua crise, e propõe uma nova saúde pública. O enfrentamento dessa crise, para esse autor, requer o entendimento da saúde em suas interações e interdependências socioprodutivas-ambientais-culturais.

## Autopoiese

Humberto Maturana e Francisco Varela são dois autores chilenos que estudaram os seres vivos e desenvolveram o conceito de autopoiese, para os processos que os sustentam em sua evolução, com relativa estabilidade, mediante o necessário acoplamento estrutural que permite as trocas com o meio ambiente e os processos de adaptação. Esses autores também deram outras contribuições oriundas do construtivismo piagetiano, mostrando como o observado e o observador são interdependentes e trazendo a dimensão ética do fazer ciência com consciência. Trata-se de um conceito importante para pensar a ecologia para além da biologia<sup>21</sup>.

## Território

Tendo o geógrafo Milton Santos como o autor guia, foi adotado o conceito de território como cenário de vida, constituído de relações simbólicas, estruturais e de poder, que garantem a sua existência e sua dinamicidade<sup>22</sup>. Esse conceito introduzido foi fundamental para

ser operacionalizado por outros campos disciplinares, como o das ciências sociais e das políticas públicas. Compreende dois movimentos dinâmicos e explicativos: um baseado na ideia de corporeidade produzida das relações sociais de classe e da reprodução da vida, e outro como contradição que expressa uma forma de complementaridade, que se finaliza no espaço institucional da governança.

O território e suas territorialidades têm como a base do trabalho realizado, da residência, do abrigo e habitat as trocas materiais e espirituais da vida, das relações de sociabilidade e dos cuidados com a saúde sobre os quais influem. O território vivido apresenta uma relação dialética entre o fato e o sentimento de pertencimento dos sujeitos<sup>23</sup>.

### Interdisciplinaridade

Para Garcia<sup>1</sup>, a complexidade de um sistema não é determinada apenas pela heterogeneidade dos elementos ou subsistemas que o compõem, e cuja compreensão está, em geral, no domínio de diversos ramos das ciências e das tecnologias. Além da heterogeneidade, há a interdefinibilidade e a interdependência das funções que esses subsistemas (elementos) realizam no interior do sistema total. Por isso, essa característica impossibilita que o sistema seja conhecido apenas pela soma de estudos disciplinares ou setoriais. Há um movimento dialético de dupla direcionalidade nos processos que modificam os subsistemas e o sistema na totalidade.

Garcia não parte de uma definição de interdisciplinaridade de modo abstrato. A necessidade da interdisciplinaridade se origina da definição de 'objeto de estudo' e, depois, do percurso metodológico para estudá-lo. O caráter integrador do método só pode ser realizado por uma equipe com marcos epistêmicos e pergunta condutora comuns. O autor adverte que os estudos interdisciplinares não excluem de modo algum os estudos especializados, mas, no caso de problemas complexos, o processo de diferenciação disciplinar deve

partir da questão comum e, após um estudo em profundidade por uma dada disciplina, deve integrar-se na compreensão da totalidade do problema, e não permanecer na parcialidade<sup>1</sup>.

### Modelo eco-sócio-sanitário

Tambellini<sup>11</sup> formulou uma compreensão denominada eco-sócio-sanitária. Analisa os limites dos modelos adotados pela Saúde Pública e apresenta uma nova concepção que possibilita integrar o ambiente, a ecologia, a produção e o trabalho nos estudos da saúde das populações.

Critica um primeiro modelo, no qual o ambiente é visto como uma exterioridade ao homem agressor e agredido. Esse é fundamentado no modelo biológico unidisciplinar. Tem como características a fragmentação e seu cunho antropocêntrico. O modelo epidemiológico adotado é o das doenças infecciosas e parasitárias. O humano é visto como um hospedeiro suscetível, não adaptado frente aos agentes agressores (bactérias, vírus, protozoários, helmintos). O ambiente está colocado de modo genérico como um conjunto de condições tratadas como fatores. Esse modelo de causalidade é linear, e as consequências são mensuradas como positivas ou negativas.

Também critica um segundo modelo de visão ecológica reduzida que não sustenta a compreensão do processo saúde-doença em sua complexidade. O social ficou suprimido. O ser humano foi compreendido apenas como mais uma espécie qualquer, e a doença é resultante de sua introdução em nichos de espécies patogênicas que promovem sua falência adaptativa (parasitismo). A modelagem para pensar a perspectiva eco-sócio-sanitária introduz o ambiente como sistema<sup>11</sup>.

### Pedagogia emancipatória

O movimento de mudanças na educação dos profissionais de saúde, impulsionado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde, coloca como prerrogativa a existência de instituições



capazes de processos formativos com qualidade, conectados às necessidades de saúde. Para tal, é preciso atualizar a prática de ensino para um modelo centrado no educando, recorrendo às estratégias de promoção de autonomia, para a produção de saber como mecanismo de transformação social.

O patrono da educação brasileira, Paulo Freire, defendeu a teoria chamada pedagogia crítica e do afeto, que se constitui em diálogo aberto, troca de saberes e empatia. O foco do processo ensino-aprendizagem deve estar sensível à história de vida dos educandos, reconhecendo, também, saberes não acadêmicos, mediante construção coletiva, resultando em uma prática libertadora<sup>24,25</sup>.

Como um construtivista piagetiano, Freire desenvolve sua pedagogia, onde o educador deixa de ser protagonista no processo educativo e no ensinamento de conteúdos prontos, fomentando a aprendizagem por meio do pensar e das problematizações, a partir do repertório de cada um, contribuindo para a formação de cidadãos críticos e autônomos.

## Matrizes de dados

Samaja<sup>4(161)</sup> caracteriza o dado científico como uma construção complexa e que possui uma estrutura interna que compreende quatro dimensões: unidade de análise, variável, valor da variável e indicador. A unidade de análise consiste no que se quer descrever ou analisar: pessoas, um serviço, um município; a variável é um descritor (idade, sexo, gênero, peso); o valor da variável é o nome ou número que ela assume; e o indicador a síntese que condensa o dado produzido. Não deve haver apenas uma matriz de dados, mas um sistema de matrizes de dados, que tem uma complexidade estrutural. Toda investigação deve ter ao menos três matrizes: no âmbito da ancoragem do objeto de estudo; do contexto; e do subtexto. Assim, obtém-se uma estrutura hierárquica do objeto, ampliando possibilidades de apreensão sistêmica<sup>5</sup>.

## Determinação social da saúde

Breilh<sup>26</sup> traz a determinação social da saúde como um conceito operador para a saúde coletiva e revoluciona a disciplina da epidemiologia com a perspectiva de uma Epidemiologia Crítica. Para ele, a determinação da saúde passa, primeiro, por certos fenômenos macro da sociedade. Trata-se do modelo econômico como elemento ontológico dessa determinação. Propõe um modelo em que o capitalismo se apresenta como mecanismo de exploração e dominação, que pressiona a natureza, os trabalhadores, a vida de modo geral, impondo condições de nocividades insustentáveis. Esse processo de aceleração se faz sobre a base da pilhagem, tomando a terra, a água, os recursos vitais de um povo. Por essa razão, Breilh é um autor fundamental que nos ajuda na compreensão do processo saúde-doença e na atuação transformadora junto aos movimentos sociais.

## Exemplos da aplicação da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e do pensamento complexo no Lasat

Para ilustrar, começamos com uma das vivências do Lasat no rastro de um evento sanitário ocorrido em 1996. Trata-se da tragédia da morte de pacientes que faziam hemodiálise em Caruaru-PE. Foram mobilizadas investigações, e, pela epidemiologia clássica, encaminharam-se hipóteses que não avançavam na compreensão do problema. Essa questão foi avaliada em uma tese de doutorado, ampliando e complexificando o estudo. A gestão dos recursos hídricos e as condições do saneamento foram evidenciadas, e a análise da responsabilização dos setores públicos e privados permitiu afastar a imputação simplista da causalidade reduzida à contaminação da água por toxinas de algas cianofíceas<sup>27</sup>.

Como resultado de nossa reflexão complexa sobre esse problema, recebemos um convite para participar do Conselho de Meio Ambiente (Condema) de Pernambuco, onde sugerimos

a criação de um grupo técnico sobre o tema dos agrotóxicos, que deu origem, no começo dos anos 2000, à articulação de um espaço para incidir sobre os danos dos agrotóxicos, o Fórum Pernambucano de Combate aos Impactos dos Agrotóxicos e Trabalho<sup>28</sup>.

Os primeiros livros publicados pelo grupo do Lasat, relacionados a resultados de pesquisas, colocaram em evidência a sustentação teórica e metodológica utilizada como ensaio das abordagens sistêmicas utilizadas na área de saúde, trabalho e ambiente<sup>29-33</sup>.

O estudo das implicações territoriais do refino de petróleo e das atividades produtivas instaladas no polo de Suape colaborou para o fortalecimento da organização social local na perspectiva da vigilância popular em saúde<sup>34,35</sup>. O documentário ‘Suape, desenvolvimento para quem?’ e sua divulgação no formato de cine-debates possibilitaram um modo inovador de levar os resultados da pesquisa aos territórios afetados<sup>36-38</sup>.

Na temática dos agrotóxicos, a perspectiva interdisciplinar permitiu a junção de diferentes disciplinas em uma perspectiva crítica. Merece destaque uma atividade exercida entre os anos de 2009-2012, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), voltada à reavaliação toxicológica de 11 Ingredientes Ativos (IA) de agrotóxicos.

Essas abordagens críticas deram materialidade à produção de teses<sup>39</sup>, além de livros, dossiês<sup>40,41</sup> e documentos técnicos organizados em parceria com outras entidades. Outra produção inovadora foi o desenvolvimento de canais em mídia social, como a plataforma e o Instagram Beiras d’Água; o canal do Youtube Zika e educação e saúde para publicação de minivídeos. Ressaltamos o documentário ‘Invisíveis’, realizado sobre os processos de vulnerabilização decorrentes da transposição do rio São Francisco.

Em agosto de 2019, quando da ocorrência do derramamento de petróleo na costa brasileira, que acometeu todo o litoral nordestino, a equipe do Lasat organizou um observatório situacional e promoveu reuniões

interdisciplinares, intersetoriais e participativas para análise e discussão sobre a tomada de decisão diante da tragédia.

### **Laboratório de Pesquisa Interdisciplinar e Desenvolvimento Humano (Lapideh)**

Em 2002, os pesquisadores do Lasat colocam em destaque a compreensão de como o tema da interdisciplinaridade estava sendo entendido pelo Conselho Nacional de Pós-Graduação (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes). Estava claro que faltava uma conceituação adequada para caracterizar os programas tipificados nessa categoria. Para tal, foi realizada uma articulação com docentes das Universidades Federais de Pernambuco e Alagoas (UFPE e Ufal), da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e do Instituto Nacional de Controle de Qualidade e Serviços da Fiocruz, denominada Lapideh. A partir dessas reflexões, foi proposta uma disciplina interprogramas necessária para desenvolver temas que articulam saúde, ambiente e desenvolvimento humano. A seguir, mostramos disciplinas do PPGSP/IAM que ilustram como os conceitos já apontados estão internalizados.

### **Disciplinas consolidadas pelo Lasat no PPGSP/IAM**

#### **DISCIPLINA ‘INTERDISCIPLINARIDADE, AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO’**

Após as experiências pedagógicas do Lapideh, formalizaram-se no PPGSP/IAM uma disciplina eletiva e outra obrigatória, que permanecem até os tempos atuais, com professores convidados oriundos das articulações interinstitucionais.

Na disciplina eletiva Interdisciplinaridade, Ambiente e Desenvolvimento Humano, em suas primeiras versões, todo o corpo docente assistia à aula de um dos colegas no período

matinal, e à tarde fazia uma análise crítica dos conteúdos apresentados e da didática utilizada. Simultaneamente, os educandos estudavam o material bibliográfico a ser utilizado na aula seguinte. Divididos em grupos, os estudantes escolhiam metatemas, recuperando e aplicando criticamente os conceitos aprendidos. Essa disciplina continua atual e segue sendo ofertada para os cursos do *stricto sensu*, sendo uma disciplina central para a área de concentração de Saúde, Ambiente e Trabalho (SAT).

### SEMINÁRIOS AVANÇADOS DE PESQUISA

Trata-se de uma disciplina obrigatória que traz uma ousada articulação sobre a teoria dos sistemas, a complexidade, a interdisciplinaridade e a determinação social da saúde. Articulação que surgiu nos debates do Lapideh e que recebeu contribuições da professora Aparecida Nogueira, do Laboratório do Imaginário do Departamento de Antropologia da UFPE, e do professor Edgar de Assis Carvalho, do Núcleo da Complexidade da PUC/SP.

A disciplina teve em seu percurso diversas experiências pedagógicas para além dos conteúdos específicos, entre elas, a de trabalhar o tema da história de vida e ideias dos pesquisadores e estudantes de doutorado. Nessa atividade, os estudantes entrevistavam pesquisadores de diferentes áreas de pesquisa, gerações e gêneros do IAM, para compreenderem o percurso acadêmico frente às suas histórias de vida. Também exercitavam a elaboração de memoriais e de seminários finais, abertos à comunidade.

Essa disciplina se articulou por 18 anos com outra obrigatória ministrada pelo professor e filósofo Fermin Roland Schramm, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), uma cooperação com o campo da filosofia da ciência e da bioética, centrada nos principais filósofos do construtivismo.

### DESENVOLVIMENTO DA DISCIPLINA ECOLOGIA POLÍTICA, JUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE

A disciplina de Ecologia Política, Justiça Ambiental e Saúde foi inaugurada em 2015 e emergiu a partir da importância de se compreenderem os processos de nocividades que se instalam em territórios, decorrentes de grandes empreendimentos. A reparação integral comunitária foi incorporada como um eixo da disciplina, na medida em que ambiente e comunidades são vulnerabilizados. Para tal, realizamos duas versões do Curso internacional, convidando o pesquisador Adolfo Maldonado, da ONG Acción Ecológica, do Equador.

### DESENVOLVIMENTO DA DISCIPLINA DESCOLONIALIDADE E DIÁLOGOS DE SABERES EM TERRITÓRIO

Recentemente criada, essa disciplina começou a ser ofertada em 2018, em articulação com professores convidados da Geografia da UFPE e da Sociologia da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Diversas miradas, oriundas das abordagens 'descoloniais', são aplicadas na compreensão das relações de poder desde tempos remotos do colonialismo à colonialidade do poder atual, do ser e do saber contemporâneos. Temas emancipatórios e das lutas antissegregacionistas são aprofundados ao longo da disciplina.

O presente artigo, de modalidade relato de experiência, não possibilitou explorar com profundidade os aspectos epistêmicos e pedagógicos envolvidos, sendo essa sua principal limitação. Em um artigo futuro e mais amplo, poder-se-á explorar o enquadramento epistêmico das disciplinas da área de concentração SAT e verificar as repercussões para o PPGSP/IAM.

A perspectiva interdisciplinar, que busca o pensamento crítico e o estudo de processos de determinação, na experiência aqui relatada, encontra resistências pelos campos de conhecimento cristalizados por métodos da ciência causalista, sendo essa outra limitação que nos desafia.

## Conclusões

Com 25 anos de atuação acadêmica, o Lasat tem uma exitosa consolidação da interdisciplinaridade para orientar o fazer pesquisa em temas complexos, especialmente em problemáticas que afetam as coletividades humanas nos territórios de vida e trabalho que vêm sendo estudados em sua área de concentração no PPGSP/IAM.

O longo processo de maturação e de embasamento para a pesquisa de objetos complexos foi o condutor da interdisciplinaridade. Está claro que se trata de um processo dialógico, que torna o fazer científico mais próximo dos fenômenos socioambientais e das demandas dos territórios. Um aprendizado cheio de gratidão aos mestres que nos anunciaram o que fazer.

O Lasat e seu grupo de docentes e discentes estão implicados no desenvolvimento do PPGSP/IAM e da saúde coletiva, e identificaram os seguintes desafios a serem trabalhados: consolidar a área de concentração de SAT no PPGSP/IAM, ampliando a oferta de novas disciplinas; ampliar o diálogo com outras Instituições de Ensino Superior (IES)

interessadas na perspectiva da interdisciplinaridade; reestruturar a rede de intercâmbio com os egressos da área de concentração Saúde, Ambiente e Trabalho; ampliar o diálogo com grupos sociais nos territórios para aprofundar métodos participativos em pesquisa; e ampliar a formação docente na temática da complexidade e da interdisciplinaridade, a partir de cursos de verão, convidando pesquisadores de reconhecida expertise acadêmica.

## Colaboradores

Gonçalves GMS (0000-0002-7792-4610)\*, Santos MOS (0000-0002-2129-2335)\*, Gurgel AM (0000-0002-5981-3597)\*, Costa AM (0000-0001-6043-129X)\*, Gonçalves JE (0000-0001-7841-8296)\* e Gurgel IGD (0000-0002-2958-683X)\* contribuíram para o delineamento do estudo, interpretação dos dados do trabalho, revisão crítica e redação, aprovação final do manuscrito e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho. Augusto LGS (0000-0002-9322-6863)\* contribuiu para a definição de conteúdos e redação. ■

## Referências

1. García R. Interdisciplinariedad Y Sistemas Complejos. *Rev Latinoam Metodol las Ciencias Soc.* 2011; 1(1):66-101.
2. Piaget J, Garcia R. *Psicogênese e História das Ciências.* São Paulo: Vozes; 2011. 376 p.
3. Samaja J. La reproducción social e la relación entre la salud y las condiciones de vida (elementos teóricos y metodológicos para re-examinar la cuestión de las “relaciones” entre salud y condiciones de vida. Buenos Aires: OPS/OMS; 1993.
4. Samaja J. *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica.* Eudeba, editor. Buenos Aires: Eudeba; 1997. 408 p.
5. Samaja J. *A reprodução social e a saúde: elementos*

- metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Casa da Qualidade Editora, editor. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000. 103 p.
6. Samaja J. Epistemologia de La Salud: reproducción social, subjetividad e transdisciplina. Lugar Editorial, editor. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001. 248 p.
  7. Samaja J. Desafios a la epidemiología (pasos para una epidemiología “Miltoniana”). Rev. Bras. Epidemiol. 2003; 6(2):105-20.
  8. Egger DS, Rigotto RM, Lima FANS, et al. Ecocídio nos Cerrados: agronegócio, espoliação das águas e contaminação por agrotóxicos. Desenvolv. e Meio Ambient. 2021; (57):17-54.
  9. Lieber RR. Teoria e metateoria na investigação da causalidade: o caso do acidente de trabalho. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998. 345 p.
  10. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, editor. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1997. p. 31-75.
  11. Tambellini AT, Câmara VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Ciênc. Saúde Colet. 1998; 3(2):47-59.
  12. Augusto LGS, Rocha LE, Freitas CU, et al. Vigilância epidemiológica de doenças ocupacionais. Rev. Bras. Saúde Ocup. 1986; 14(54):32-64.
  13. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2006. 293 p.
  14. Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1975.
  15. Ayres JRCM. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. Intelligere. 2016; 2(1):139-55.
  16. Nunes ED. A sociologia da saúde no Brasil – a construção de uma identidade. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(4):1041-52.
  17. Samaja J. Muestras y representatividad en vigilancia epidemiológica mediante sitios centinelas. Cad. Saúde Pública. 1996; 12(3):309-19.
  18. Almeida Filho N. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). Estud Avançados. 2020; 34(99):97-118.
  19. Morin E. Ciência com consciência. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1994. 350 p.
  20. Tarride MI. Saúde Pública: uma complexidade anunciada. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
  21. Maturana H, Varela FJ, Behncke R. El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano. 19th ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2009. 171 p.
  22. Santos M, Souza MAA, Silveira ML. Território: globalização e fragmentação. São Paulo: Editora Hucitec; 1994. 332 p.
  23. Santos M. Por uma outra globalização. São Paulo: Record; 2000. 176 p.
  24. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 129 p.
  25. Freire P. Educação e mudança. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. 46 p.
  26. Breilh J. Epidemiologia crítica: Ciência emancipadora e interculturalidade. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 317 p.
  27. Câmara Neto HF. A tragédia da hemodiálise 12 anos depois: poderia ela ser evitada? [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 171 p.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

28. Fosneca FD, Albuquerque PCC, Gurgel IGD. Experiência do Fórum Pernambucano de Combate aos Efeitos dos Agrotóxicos. *Cad. Agroecol.* 2016; 10(3):1-5.
29. Augusto LGS, Florêncio ML, Carneiro RM. Pesquisa(ação) em saúde ambiental: contexto complexidade e compromisso social. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2003.
30. Augusto LGS, Carneiro RM, Martins PH. Abordagem Ecosistêmica em Saúde: Ensaio para o Controle do Dengue. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2005. 382 p.
31. Augusto LGS, Beltrão AB. Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2008. 300 p.
32. Augusto LGS, Beltrão AB. Atenção primária à saúde: ambiente, território e integralidade. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2011. 326 p.
33. Augusto LGS. Saúde do trabalhador no desenvolvimento humano local: ensaios em Pernambuco. 1. ed. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2009. 354 p.
34. Silva JM. A perspectiva da saúde nos Estudos de Impacto ambiental de megaprojetos de infraestrutura no Brasil: uma análise bioética e epistemológica. [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 150 p.
35. Santos MOS. Vulneração e injustiças ambientais na determinação social da saúde no território de Suape, Pernambuco/Brasil. [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 249 p.
36. Santos MOS, Gurgel AM, Gurgel IGD, et al. Cibertivismo, saúde e ambiente: movimentos sociais no Brasil e na Espanha. *Climacom Cult. Científica.* 2016; 3(1):1.
37. Santos MOS, Gurgel IGD, Augusto LGS. Documento e cinedebate como estratégia de pesquisa-ação em saúde: comunicando perigos, construindo saberes, promovendo saúde. *Rev. Bras. Pesqui. em Saúde/ Brazilian J Heal Res.* 2018; 20(2):129-39.
38. Santos MOS, Gurgel AM, Gurgel IGD. Conflitos e injustiças na instalação de refinarias: os caminhos sinuosos de Suape, Pernambuco. Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2019. 335 p.
39. Gurgel AM. Neurotoxicidade dos agrotóxicos organofosforados e regulação estatal: da indústria da dúvida científica à ocultação de perigo para a saúde humana. [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017. 227 p.
40. Gurgel AM, Santos MOS, Gurgel IGD. Saúde do campo e agrotóxicos: vulnerabilidades socioambientais, político-institucionais e teórico-metodológicas. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2019. 413 p.
41. Gurgel AM, Búrigo AC, Friedrich K, et al. Agrotóxicos e Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. 168 p.

---

Recebido em 31/10/2021  
Aprovado em 16/08/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: inexistente

# Construção do Plano Municipal de Saúde na perspectiva distrital: experiências e desafios no contexto pandêmico

*Construction of the Municipal Health Plan from the district perspective: experiences and challenges in the pandemic context*

Allana Carmo<sup>1</sup>, Letícia Souza<sup>1</sup>, Ellen Santos<sup>1</sup>, Mariluce Souza<sup>1</sup>, Ana Rita Conceição<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202213521

**RESUMO** Relato de experiência sobre o processo de construção do Plano Municipal de Saúde sob perspectiva distrital de residentes em Planejamento e Gestão. O processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Salvador (2022-2025), com a mobilização dos Distritos Sanitários (DS) para elaboração da Análise de Situação de Saúde (Asis), teve início em abril/2021. Três residentes em Planejamento e Gestão, sob supervisão docente e acompanhamento da preceptoría, vivenciaram todo o processo, uma vez que estavam envolvidas no contexto de um dos doze DS do município. Por meio do levantamento e do acesso aos sistemas de informação em saúde e de contatos com gestores e técnicos, foi elaborada a Asis do DS do período de 2010-2020. Reuniões para compartilhamento e mobilização da situação distrital foram realizadas com diversos atores, anteriormente à oficina distrital, para priorização dos problemas de saúde que tiveram como produto final o relatório distrital. O processo de elaboração da Asis distrital possibilitou a compreensão da importância do planejamento em saúde e sua aplicabilidade, contribuindo para o processo formativo das residentes, no desenvolvimento de competências e habilidades, considerando a realidade sanitária e epidemiológica.

**PALAVRAS-CHAVE** Diagnóstico da situação de saúde. Planejamento em saúde. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *Experience report on the construction process of the Municipal Health Plan from the district perspective of residents in Planning and Management. The elaboration process of the Municipal Health Plan of Salvador (2022-2025), with the mobilization of Health Districts (DS) for the elaboration of the Health Situation Analysis (ASIS), began in April/2021. Three residents in Planning and Management, under the supervision of teachers and monitoring of the preceptorship, experienced the whole process, since they were involved in the context of one of the twelve health districts of the municipality. Through the survey and access to health information systems and contacts with managers and technicians, the ASIS of the DS for the period 2010-2020 was prepared. Meetings for sharing and mobilizing the district situation were held with various actors, prior to the district workshop, to prioritize health problems, which resulted in the district report. The process of elaborating the district ASIS made it possible to understand the importance of health planning and its applicability, contributing to the training process of residents, in the development of skills and abilities, considering the health and epidemiological reality.*

**KEYWORDS** *Diagnosis of health situation. Health planning. Health management.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.  
marilucejbv@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMSS) - Salvador (BA), Brasil.



## Introdução

O planejamento caracteriza-se como um processo de “racionalização do que se pretende executar”<sup>1</sup>, em busca de traçar seus desafios e estruturar sua viabilidade. O ato de planejar em saúde deve estar de acordo com a necessidade da população, uma vez que os problemas e objetivos são identificados para orientar a formulação de projetos e propostas de saúde<sup>2</sup>.

Para isso, realiza-se a Análise de Situação de Saúde (Asis), tendo em vista caracterizar e explicar a situação de saúde de um determinado território, incluindo condicionantes, determinantes e problemas de saúde, a fim de identificar as prioridades e propor intervenções condizentes com o local em análise<sup>3</sup>. Entre os principais elementos abordados, destacam-se: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio-sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e gestão<sup>4</sup>.

A Asis é o ponto de partida para a construção do Plano Municipal de Saúde (PMS), sendo esse um instrumento utilizado na gestão para execução, acompanhamento e avaliação das ações de saúde no período de quatro anos, com compromissos estabelecidos a partir de uma análise situacional prévia sobre as necessidades de saúde da população do município<sup>5</sup>.

O ano de 2021 foi o último ano do PMS (2018-2021) e, portanto, o ano de elaboração para o plano do próximo quadriênio. Nesse sentido, a participação no processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Salvador – PMS/SSA (2022-2025) constituiu plano de trabalho de execução e perspectiva distrital para residentes em saúde.

Os Distritos Sanitários (DS) são responsáveis por um território e por uma população para desenvolvimento de planejamento e gestão em saúde<sup>6</sup>. Nesse sentido, o espaço dos DS constitui campo de estágio/atividades práticas da residência na área de saúde coletiva, o que possibilita o desenvolvimento

do processo educativo e pedagógico, movido pela interação entre residentes, docentes supervisores e preceptores/profissionais dos serviços de saúde. Dessa forma, delinea-se como objetivo relatar o processo de construção do PMS sob perspectiva distrital de residentes em Planejamento e Gestão.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência vivenciada por três residentes (turma 2021-2023) do Curso de Especialização em Saúde Coletiva sob forma de residência, com área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), sob acompanhamento da preceptora do serviço e supervisão docente.

Como projeto mobilizador para os residentes do primeiro ano (R1) dessa turma, foi definida, em acordo com as necessidades do município e competências e habilidades previstas no projeto pedagógico do curso, a participação no processo de elaboração do PMS/SSA (2022-2025), a partir da perspectiva e do envolvimento distrital.

O DS cuja experiência é objeto deste relato constitui um dos doze Distritos Sanitários da capital baiana e, também, um dos campos de estágio da referida residência desde o ano de 2016. Considerado um dos distritos mais populosos de Salvador, é composto por mais de trinta bairros e tem estimativa populacional superior a duzentos mil habitantes, em 2020<sup>7</sup>.

O DS é formado por seis unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo três delas Unidades de Saúde da Família (USF) e três Unidades Básicas de Saúde (UBS). No território distrital também existe uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), além de unidades especializadas, como a Unidade de Atendimento Odontológico (UAO) e serviços de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (Caps tipo II) e Ambulatório de Saúde Mental.



A sede do DS é gerenciada pela Coordenadoria de Distrito Sanitário, composta por duas Subcoordenadorias: administrativa; e de Atenção e Vigilância à Saúde – esta compreende o Setor de Acompanhamento de Ações e Serviços de Saúde, Setor de Epidemiologia e Análise da Informação em Saúde e Setor de Vigilância e Zoonoses. A elaboração da Asis foi inserida como plano de trabalho das três residentes que compõem a equipe, estando alocadas no setor de Epidemiologia e Análise da Informação em Saúde.

Em abril de 2021, foi iniciado o processo de elaboração da Asis para o recorte temporal de 2010 a 2020, e, portanto, como ponto de partida fundamental para a elaboração do PMS/SSA (2022-2025). A construção da Asis foi iniciada por meio de reuniões mensais com o Grupo de Trabalho de Planejamento e Avaliação Distrital (GTPLAN), da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS/SSA), com orientações sobre os primeiros passos para elaboração do PMS e com ênfase na construção da Asis.

Para a elaboração da Asis, foram consultados os dados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e portais, por meio de sites como o Tabnet Salvador, DataSUS e Portal MAS, entre outros. Os filtros utilizados levavam em consideração os indicadores ou objetos a serem trabalhados, o município de residência e ocorrência Salvador e o DS em análise como descritores para os eventos de interesse.

Informações complementares foram disponibilizadas pelos setores de Vigilância em Saúde Ambiental da SMS, Assistência Farmacêutica Municipal, Recursos Humanos Distrital, Núcleo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde Distrital (NUGTES), Atenção e Vigilância em Saúde Distrital (Visau), Vigilância Epidemiológica e Informações em Saúde Distrital (Viep), Vigilância Sanitária Distrital (Visa), Consultório na Rua, Rede de Atenção Psicossocial e Conselho de Saúde Distrital.

Os dados foram baixados em formato de tabulação no programa Excel 2013 e documentados no Word, nos quais foram calculados os índices epidemiológicos, sendo eles de

prevalência, incidência e mortalidade, contendo aspectos demográficos, sociais, ambientais, bem como a caracterização do estado de saúde – morbidade e mortalidade – e dos serviços de saúde – rede própria e complementar – para oferta à população do território distrital.

Encontros para o compartilhamento da Asis (apresentação confeccionada em Power Point, e documento na íntegra em Word) com profissionais de saúde e conselheiros do DS foram realizados, anteriormente à data da oficina distrital, nos quais ocorreu a priorização de problemas do estado de saúde e do sistema e serviço de saúde identificados no território, em 22 de outubro de 2021.

Na ocasião da oficina distrital, foi elaborado um relatório com informações sobre o número de pessoas, as unidades de saúde participantes, os problemas de saúde priorizados e registros fotográficos. Esse relatório foi enviado para a Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão em Saúde (DEPG/SMS/SSA), para se somar aos outros relatórios dos demais distritos e constituir o documento do plano municipal.

## Resultados e discussão

Os resultados e a discussão sobre o processo de construção do PMS sob perspectiva distrital de residentes em Planejamento e Gestão seguem apresentados conforme os momentos que caracterizaram o desenvolvimento da Asis até o envio do relatório final, e trazem destacados os aprendizados gerados e os desafios enfrentados a partir dessa experiência.

### Da Análise de Situação de Saúde ao envio do relatório da oficina distrital

O processo de elaboração da Asis teve início com o levantamento dos dados para sistematização, interpretação e análise, que requereu conhecimentos da epidemiologia como base para a construção de um documento para nortear o processo de planejamento de um

município, considerando a perspectiva distrital. Enquanto:

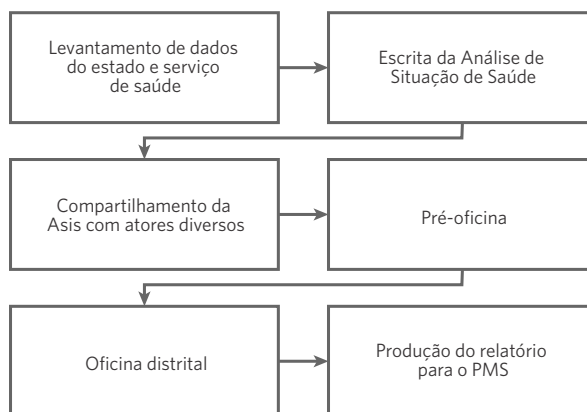
[...] ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde<sup>8(m)</sup>.

Para embasamento teórico da construção da Asis, foram realizados/revisados diversos

conteúdos a partir de leituras e conteúdos abordados nos encontros teóricos do curso, tais quais: conceitos e abordagens sobre território<sup>3</sup>, perspectivas teóricas e metodológicas para o planejamento em saúde<sup>3,9</sup>, instrumentos de gestão e planejamento em saúde<sup>5</sup>, comunicação em saúde<sup>10</sup>, educação permanente em saúde<sup>11</sup>, aspectos populacionais e sociais (gênero, relações sociais), processo de trabalho, cuidado em saúde, mudanças tecnológicas, entre outros<sup>2,12-15</sup>.

Neste sentido, o plano de trabalho das residentes foi definido junto à supervisão e à preceptoria, com prioridade para a elaboração da Asis nos primeiros meses de 2021, conforme apresentado na *figura 1*:

Figura 1. Processo de construção do plano de saúde na perspectiva distrital. Distrito Sanitário, Salvador, Bahia, 2021



Fonte: elaboração própria, conforme atividades previstas no plano de trabalho das residentes.

### LEVANTAMENTO DE DADOS DO ESTADO E SERVIÇO DE SAÚDE

Antes de realizar o levantamento de informações, tornou-se necessário ter o conhecimento mínimo sobre o território. Compreender o funcionamento das unidades, os equipamentos sociais e a dimensão dos bairros que compõem o distrito, complementarmente aos dados obtidos nos sistemas de informações em saúde, foi necessário para conhecer as condições de vida e saúde da população. Dessa

forma, foram realizadas visitas a 3 USF, 2 UBS, 1 Caps e 1 ambulatório de saúde mental. Ao chegar nesses locais, foram apresentados os funcionários, a estrutura das unidades, os serviços ofertados e feito contato breve com os gerentes sobre as principais demandas de saúde das localidades visitadas.

Posteriormente, encontros quinzenais com o GTPLAN Distrital do município foram iniciados, de maneira virtual, através de plataformas de reuniões, com a participação de profissionais de saúde do território, residentes

de Planejamento e Gestão do ISC/UFBA, docentes do ISC/UFBA e profissionais da SMS. Esses encontros orientaram a metodologia de elaboração da Asis do PMS (2022-2025), por meio de um documento instrutivo construído pela SMS, dispondo de cronograma de ações e desenho dos componentes avaliados na Asis – condições socio sanitárias, estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, fluxos e acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho e educação na saúde, ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão –, durante o período de 2010 a 2020, oferecendo, dessa forma, suporte aos residentes e demais profissionais.

Além das instruções metodológicas, os encontros foram utilizados para apresentar as versões preliminares do documento distrital desenvolvido e para sanar dúvidas que surgiam no momento da construção, o que se tornou uma ajuda primordial para qualificar e contribuir para a finalização da Asis.

Ao iniciar o levantamento de dados sobre estado e serviço de saúde do território, foram utilizados como material orientador os sites de buscas e as bibliotecas virtuais, além das fichas de indicadores da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). Os Sistemas de Informação em Saúde foram caracterizados como a principal fonte de dados para compreensão do território, no entanto, houve a necessidade de completá-los com relatos e percepções dos próprios trabalhadores do serviço, tornando o documento mais fidedigno na retratação da realidade do distrito. Dessa maneira, através de *e-mail* e aplicativo de mensagem instantânea, conhecimentos foram compartilhados sobre o território com diversos setores de saúde, técnicos e referências distritais.

A continuidade desse processo estimulou a formulação de estratégias para a inclusão de diferentes atores sociais, principalmente dos usuários e profissionais de saúde que estão na assistência, para obtenção de uma visão ampliada sobre o distrito em análise.

No mais, o suporte fornecido por meio das oficinas da DEPG e dos encontros teóricos foi essencial nesse momento de produção,

de modo a contribuir para a elaboração dos coeficientes de mortalidade, morbidade, taxa de natalidade e demais indicadores em saúde, além de auxiliar na fundamentação científica dos dados encontrados.

#### ESCRITA DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

A busca de dados nos sistemas de informação foi sendo finalizada com o avançar do tempo, entretanto, a estruturação textual da Asis tornou-se prioridade e passou a demandar conhecimentos mais específicos do funcionamento do distrito, mais precisamente, das áreas técnicas. Correlacionar os dados encontrados com a realidade do território, durante onze anos, além de buscar informações sobre intervenções e ações de promoção e proteção à saúde prestadas pelo distrito, foi desafiador para o grupo.

À medida que havia a necessidade de informações mais específicas das áreas técnicas, foram sendo identificadas fragilidades, como, por exemplo, a deficiência de registro de produção dentro do período de recorte da análise, a falta de participação e/ou o pouco engajamento na construção do documento e a dificuldade para a disponibilização de informações.

Nesse sentido, reflexões foram levantadas em torno da importância de articular diversas temáticas do SUS, como controle social e territorialização, nas quais se discutiu sobre a valorização da escuta popular, das relações sociais e do conhecimento sobre o local de moradia da população como potencializadores do enfrentamento das questões de saúde. Essa construção permite identificar problemas e necessidades específicas de saúde das populações e, a partir de então, planejar intervenções<sup>2,16</sup>.

Portanto, o processo de sistematização e escrita da Asis durou, aproximadamente, cinco meses, com atendimento ao rigor de um documento técnico e orientador para a tomada de decisão<sup>3,4</sup>, sendo, desse modo, um instrumento de gestão produzido com informações que retratam de maneira fidedigna a realidade do distrito.

## COMPARTILHAMENTO DA ASIS COM ATORES DIVERSOS

A partir do documento produzido, encontros foram realizados com as gerentes das unidades de saúde, chefias e técnicos do distrito e o conselho distrital de saúde para compartilhar as informações sobre incidência, morbidade e mortalidade dos problemas de saúde. Além disso, buscou-se destacar o perfil sociodemográfico do distrito, as redes de serviços, as principais demandas da ouvidoria e as necessidades de saúde da população do território.

Diante do contexto pandêmico e salvaguardadas as medidas de proteção, foram realizados encontros presenciais com número restrito de participantes. Também foram realizados encontros virtuais, a fim de ampliar a participação das pessoas – população, profissionais, gestores, conselheiros do território. Cada reunião foi registrada em um documento do Word que descreve detalhadamente os principais pontos de discussão.

Posteriormente, foi realizada a apresentação da Asis para residentes de Medicina de outra Instituição de Ensino Superior (IES) e que atuam nas USF do território, para os estudantes do Curso de Graduação de Saúde Coletiva do ISC/UFBA e para o GTPLAN Central e Distrital, ampliando ainda mais as discussões sobre o processo saúde, doença e cuidado do território.

Conforme os encontros e reuniões para compartilhamento da Asis aconteciam, foram agregados ao documento os aspectos do território que justificassem os dados de morbidade e mortalidade encontrados, além de questões territoriais importantes informadas pelos participantes.

Todos esses encontros foram fundamentais para complementar a discussão incluída no documento da Asis, tornando os dados coletados através do Sistemas de Informações em Saúde compatíveis com a realidade do território. A percepção dos diversos olhares foi imprescindível para pensar a saúde de forma ampla e diversa.

## PRÉ-OFCINA

Antes da oficina distrital, foram realizadas reuniões/encontros pré-oficina para orientar a identificação e a elaboração dos problemas do estado de saúde e os problemas dos sistemas e serviços de saúde, de cada unidade pertencente ao distrito, com base na Asis e em vivências no território. Para orientar o momento de identificação dos problemas, foi organizada, através da residência e em articulação com o Setor de Informações, uma reunião no turno da manhã para os gerentes das USF e UBS do DS, e outra à tarde para os gerentes da UPA, UAO, Caps e do ambulatório de saúde mental.

O formulário de identificação de problemas, construído e disponibilizado pela DPEG no Google Forms, foi apresentado aos gerentes, para que pudessem replicar as informações para os profissionais de suas respectivas unidades, respondendo, dessa forma, ao instrumento de maneira conjunta. O formulário dispunha de espaços para preenchimento do nome do responsável, estabelecimento de saúde pertencente, segmentos que participaram da identificação de problemas (gestão, profissionais, usuários/ controle social e outros), identificação de 3 problemas do estado de saúde e 3 problemas do serviço de saúde, sinalizando, entre os listados, o prioritário de ambas as categorias.

O espaço de reunião foi utilizado para instruir sobre o preenchimento do instrumento, bem como para diferenciar os conceitos de problemas do estado de saúde e serviço de saúde. Para isso, exemplos foram criados e compartilhados com o grupo.

No entanto, esse momento foi marcado por desconforto para a equipe organizadora, visto que diversos participantes não compareceram no horário previsto, em ambos os turnos, além da reduzida contribuição e disponibilidade para o desenvolvimento da atividade proposta.

O mesmo encontro foi planejado e executado para o conselho de saúde distrital, no entanto, com metodologia adaptada, dispondo de formulários impressos, para que os

participantes pudessem elencar os problemas de saúde prioritários, refletindo a visão do usuário nesse processo. A participação dos conselheiros provocou importante e rica discussão sobre os problemas de saúde enfrentados pelo distrito.

#### OFICINA DISTRITAL

Na recepção aos participantes da oficina distrital, no dia 22 de outubro de 2021, foram disponibilizados *kits* contendo álcool em gel, panfletos informativos de prevenção à sífilis, hanseníase, HTLV e tuberculose, bloco de notas e canetas. A programação inicial contou com momento artístico-cultural, com *coffee break* e exposição de um vídeo com registros fotográficos de atividades de promoção e prevenção realizadas pelas unidades de saúde. Esse momento se fez necessário por compreender que a intensa dedicação dos profissionais com o manejo da pandemia da Covid-19 demandava um momento de acolhimento e troca de vivências. Toda elaboração prévia – construção de listas de frequência, cartões, cartazes, cronograma, documentos utilizados – permitiu compreender a complexidade de se organizar um evento e o quanto foi necessária a ajuda do coletivo nesse processo.

A oficina distrital aconteceu em uma unidade de saúde pertencente ao território, nos turnos da manhã e da tarde. Após o momento de abertura, seguiu-se com a apresentação da metodologia do PMS 2022-2025, apresentação da Asis, compartilhamento dos problemas identificados, almoço, priorização de problemas, plenária final e avaliação. Contou com a presença de 49 participantes no período da manhã, e 27 durante a tarde.

Foram momentos de muito compartilhamento entre os profissionais que estavam naquele ambiente, com espaço de fala para que pudessem se colocar sobre a situação de saúde e as necessidades de serviço do território. Entre os pontos positivos, observou-se a participação de diferentes instâncias de saúde, com representantes de algumas unidades e

serviços de saúde, IES, conselho distrital e técnicos do distrito.

Para a priorização dos problemas, foi resgatada a Asis, estimulando a discussão para que os participantes pudessem relatar suas vivências, seguida pela apresentação dos problemas elencados por todas as unidades, por meio do formulário e da distribuição dos participantes em grupos – problemas do estado de saúde e problemas dos serviços e sistemas de saúde. A participação ao longo de toda a oficina sofreu interferências pelo mau tempo no dia, atraso dos participantes, reduzido número de gerentes, com pouca ou nenhuma representação para algumas unidades de saúde.

No momento dos trabalhos de grupo, durante a oficina, 10 pessoas participaram do grupo relacionado aos problemas do estado de saúde, sendo todos profissionais da saúde. Já a equipe de organização e apoio foi composta por 2 residentes, 1 estudante de graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA e 1 docente do ISC/UFBA. O grupo de problemas dos serviços e sistemas de saúde contou com 23 participantes, incluindo uma residente e a chefia do setor de informações (para facilitação) e dois relatores, sendo um deles estudante de graduação em Saúde Coletiva e 1 técnica de referência do DS.

A aplicação do método Cendes/OPS<sup>17</sup> para realizar a priorização de problemas possibilitou a experiência de colocar em prática um método de planejamento em saúde, utilizando pessoas, problemas e territórios reais, que agregaram ao processo formativo da residência. Tal priorização com uso do método destaca-se para realização do planejamento local. Assim, foram utilizados os critérios de magnitude, valorização, tecnologia e custo para problemas do estado de saúde; e relevância, urgência, factibilidade e viabilidade para os problemas do serviço e sistema de saúde<sup>9</sup>.

#### PRODUÇÃO DO RELATÓRIO PARA O PMS

Com a finalização da oficina distrital e o elenco de problemas de situação de saúde e

dos serviços, tanto residentes quanto graduados em Saúde Coletiva elaboraram um registro resumido das principais pautas e discussões da oficina para composição do relatório final da oficina. Com todos esses elementos, em um documento do Excel, foram elencados e classificados os principais problemas priorizados pelos participantes da oficina para compor o volume do PMS/SSA 2022-2025.

No relatório final, constaram informações sobre horário inicial e final da oficina distrital e descrição da programação. Entre as observações realizadas, foram descritos o número de participantes e as unidades representadas, os 27 problemas de saúde, de acordo com priorização, nomes dos responsáveis pela relatoria no momento da oficina distrital e registros fotográficos.

### **Aprendizados e desafios**

A experiência apresentada e discutida gerou conhecimento sobre o território, embasando os momentos de pré-oficina e oficina, permitindo contato com pessoas que possuíam diversas perspectivas e formas de pensar sobre a saúde.

A condução dessas atividades foi um desafio significativo para as residentes, a preceptoria e a supervisão, além do contexto pandêmico, que perpassou toda a experiência aqui relatada. Como estratégias de enfrentamento, foram realizados estudos e discussões para domínio do conteúdo que circunda a análise de situação e planejamento em saúde, reuniões presenciais frequentes com a preceptora e a supervisora e o convite ao público para participar constantemente das discussões.

Entre as dificuldades enfrentadas, identificaram-se a insuficiência de participação de técnicos do distrito e o pouco domínio de profissionais sobre a situação epidemiológica dos seus locais de atuação, refletindo a baixa valorização das informações em saúde.

O ano de 2021 foi o segundo ano de pandemia da Covid-19. Os serviços de saúde continuaram direcionados para o tratamento dos

pacientes infectados, mas também passaram a ter como prioridade a vacinação contra a doença, fazendo com que muitos profissionais fossem realocados para outros setores. Mesmo dentro desse contexto apresentado, a elaboração do PMS manteve-se como ação improrrogável, de acordo com o que rege a Lei complementar nº 141, a Lei nº 8.080 e o Decreto nº 7.508<sup>18-20</sup>, o que deve ser condição para o planejamento, a análise da situação, o desenho de metas e compromissos e a importância do monitoramento e da avaliação.

### **Considerações finais**

A trajetória percorrida desde a elaboração da Asis para a construção do PMS permitiu compreender a importância do planejamento em saúde e a sua aplicabilidade na prática da gestão distrital. O processo metodológico bem definido e o suporte fornecido pela gestão municipal, assim como a articulação de ensino-serviço e o acompanhamento da preceptoria e da supervisão, tornaram-se primordiais durante o processo, principalmente por incentivarem a participação de diversos atores sociais na confecção do documento, buscando refletir as reais necessidades de saúde do território, além de fornecerem fundamentação teórica e prática, viabilizada pela formação como residente.

Ter participação ativa e acompanhar o percurso dessa construção possibilitou agregar conhecimento no processo formativo dos participantes enquanto residentes, bem como desenvolver habilidades e competências para identificar problemas de saúde da população e dos sistemas e serviços de saúde, utilizar técnicas de planejamento e programação em saúde e tomar decisões em saúde, levando em consideração a realidade epidemiológica e sanitária e, portanto, permitindo a inter-relação entre ação-reflexão-ação. A finalização do PMS gerou nos residentes sentimento de satisfação e pertencimento ao trabalho construído.

Ademais, a saúde enquanto construção coletiva tornou-se ainda mais evidente durante o processo, possibilitando ressignificação da posição de profissional e cidadão que precisa compreender a realidade e atuar nas ações de saúde no território, com reconhecimento sobre a necessidade e a importância de estimular a participação em todo o processo.

## Colaboradoras

Carmo A (0000-0003-1323-6963)\*, Souza L (0000-0003-3384-9425)\*, Santos E (0000-0002-7796-9595)\*, Souza M (0000-0002-7895-4432)\* e Conceição AR (0000-0002-8978-1549)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

- Teixeira CF, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: Edufba; 2010. 161 p. [acesso em 2022 out 14]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>.
- Carvalho M. A saúde coletiva e a categoria 'território': abordagens da epidemiologia, ciências sociais e planejamento. Geog. Questão. 2019 [acesso em 2021 dez 22]; 12(2):61-74. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/geoemquestao/article/view/20574/14675>.
- Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Goiás. ASIS – Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. 282 p. [acesso em 2021 abr 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis\\_analise\\_situacao\\_saude\\_volume\\_1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS. 1. ed., rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
- Almeida ES, Castro CGJ, Vieira CAL. Distritos sanitários: concepção e organização. São Paulo: FSP; USP; 1998.
- Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. DataSUS tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet. [acesso em 2021 abr 20]. Disponível em: <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br/>.
- Rouquayrol MZ, Goldbaum M, Santana EWP. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol M Z, Gurgel M, organizadores. Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013. p. 11-24.
- Nunes CA, Souza MKB. Introdução ao estudo do Planejamento em saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2015.
- Cardoso JM, Araújo IS. Comunicação e Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Rev. Ciênc. Saúde*. 2008; 1(1):9-23.
12. Júnior FMC, Couto MT, Maia ACB. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro. 2016; (23):97-117.
13. Peduzzi M, Schraiber LB. Verbetes. Processo de Trabalho em Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. 2009. [acesso em 2021 set 29]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>.
14. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab. Educ. Saúde* [online]. 2003 [acesso em 2021 set 29]; 1(1):75-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462003000100007>.
15. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Soc.* 2016; (25):535-549.
16. Batistella CEC. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz; 2007. p. 51-86. [acesso em 2012 dez 21]. Disponível em: [http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos\\_dihsadmin/Batistella,\\_Carlos\\_-\\_Abordagens\\_Contempor%C3%A2neas\\_do\\_Conceito\\_de\\_Sa%C3%BAde.pdf](http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos_dihsadmin/Batistella,_Carlos_-_Abordagens_Contempor%C3%A2neas_do_Conceito_de_Sa%C3%BAde.pdf).
17. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 17-32.
18. Brasil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Brasília, 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080 e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. [acesso em 2021 abr 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm).
19. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso em 2021 abr 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).
20. Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [acesso em 2021 abr 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).

---

Recebido em 13/05/2022  
Aprovado em 15/09/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

---

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

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](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

**3. Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que 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](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

## OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

### Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

## OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

### 1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

# Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN 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](http://www.publicationethics.org). These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

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](http://www.saudeemdebate.org.br). After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

### Types of texts accepted for submission

**1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

**2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

**4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

**6. Critical review:** review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

**7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

**Important:** in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

## Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

### The text must comprise:

**Title:** expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

**Abstract:** in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

**Keywords:** at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Clinical trial registration:** 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**Ethics in research involving human beings:** the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

**Introduction:** with clear definition of the investigated problem and its rationale;

**Material and methods:** objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

**Results and discussion:** may be presented together or separately;

**Conclusions or final considerations:** depending on the type of research carried out;

**References:** only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

## NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

## Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

## Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

## ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER**

### **1. Declaration of responsibility and assignment of copyright**

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document is-sued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE**

### **1. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **2. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)



# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN 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](http://www.publicationethics.org). Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'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](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

#### Modalidades de textos aceptados para publicación

**1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

**2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

**3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

**4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se 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](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**Ética en investigaciones que involucren seres humanos:** la publicación de artículos con resultados de investigaciones que 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  
Livia 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

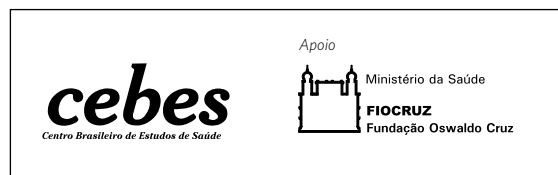
Xico Teixeira  
Tiago Maranhão  
Francisco Barbosa

### 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](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)  
E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

A revista Saúde em Debate é  
associada à Associação Brasileira  
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. 135; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)