



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 47, NÚMERO 138

RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2023

ISSN 2358-2898

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

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

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

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

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

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

Cristina Antunes - B&C Textos (português e inglês/portuguese and english)

Jorgelina Rivera (espanhol/spanish)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (inglês/english)

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

Mauro Cesar da Silveira Costa (inglês/english)

Paula Santos Diniz (inglês/english)

Simone Basilio (português/portuguese)

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

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)

Google Acadêmico

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

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

Miguilin – Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências

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

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

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

Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 47, NÚMERO 138
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2023

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL

369 **17ª: uma Conferência comprometida com a Democracia e a Saúde**

The 17th: a Conference committed to Democracy and Health

Matheus Zuliane Falcão, Itamar Lages, Jamilli Silva Santos

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

377 **Estratégias de inovação em medicamentos e vacinas no âmbito do Ceis - modelos, mecanismos e expectativas**

Innovation strategies in medicines and vaccines within the scope of CEIS - models, mechanisms, and expectations

Daniela Rangel Affonso Fernandes, Carlos Augusto Grabois Gadelha, Jose Manuel Santos de Varge Maldonado

393 **Estudo comparativo entre empresa farmacêutica global e instituição pública de produção e inovação em saúde**

Comparative study between global pharmaceutical company and public institution of production and innovation in health

Kelly Cristina Rodrigues da Rocha, Carlos Augusto Grabois Gadelha

404 **Deliberación pública en el marco de la respuesta a la pandemia por COVID-19: un análisis de la respuesta temprana en Colombia**

Public deliberation in the context of the response to the COVID-19 pandemic: an analysis of the early response in Colombia

Karol Cotes Cantillo, Juan Carlos Eslava Castañeda, Carlos Castañeda Orjuela

418 **Gestão regional no enfrentamento à pandemia da Covid-19: estudo de casos em São Paulo**

Regional management in the face of the COVID-19 pandemic: case study in São Paulo

Ana Lígia Passos Meira, Lídia Pereira da Silva Godoi, Nelson Ibañez, Ana Luiza D'Ávila Viana, Marília Cristina Prado Louvison

431 **Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS**

Regional and Macrorregional Dependency Index: A contribution to the SUS regionalization process

Daniele Marie Guerra, Marília Cristina Prado Louvison, Arthur Chioro, Ana Luiza D'Ávila Viana

444 **Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS**

Changes in Primary Health Care Policy: consensus and disputes in deliberative spaces of the SUS

Verônica Maria da Silva Mitros, Rômulo do Nascimento Rocha, Nicolas Gustavo Souza Costa, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Maria Vaudelice Mota, Carmem Emmanuely Leitão Araújo

462 **Estudo de avaliabilidade da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde**

Patient safety assessment study in Primary Health Care

Taise Rocha Macedo, Maria Cristina Marino Calvo, Luciane Possoli, Sonia Natal

478 **Estudo observacional dos casos de violência contra mulher notificados em um hospital fluminense em 2020**

Case study observational of violence against women reported in a Rio de Janeiro hospital in 2020

Élida Campos, Carlos Alexandre Rodrigues Pereira

-
- 493 Prevalência de Violência Sexual com contato e sem contato contra homens brasileiros e fatores associados a sexo forçado**
Prevalence of contact and non-contact sexual violence against Brazilian men and factors associated with forced sex
Priscila Albernaz Costa Arruda, André Campos, Carla Arrais Pimentel Abreu, Diogo Vaz da Silva Junior, Denis Gonçalves Ferreira
- 504 Instituintes e instituídos na formação médica: movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos**
Instituting and instituted in medical education: movements triggered by the Mais Médicos (More Doctors) Program
Maria Claudia Matias, Marta Verdi, Mirelle Finkler
- 516 Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS**
Residencies in health: analysis of a state policy for training professionals for the SUS
Juliana Siqueira Santos, Pedro Miguel dos Santos Neto
- 531 Spatial and temporal patterns of infant mortality and its components in Rio de Janeiro**
Padrões espaciais e temporais da mortalidade infantil e seus componentes no Rio de Janeiro
Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues, Denise Leite Maia Monteiro, Valéria Teresa Saraiva Lino, Mônica Kramer de Noronha Andrade
- 546 Malformações fetais: distribuição temporal e sua associação com o uso de agrotóxicos no Rio Grande do Sul**
Fetal malformations: temporal distribution and its association with the use of pesticides in Rio Grande do Sul
Milena Makoski Donat, Silvana Ceolin, Angélica Reolon da Costa, Carlice Maria Scherer
- 558 Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19**
Prenatal care in a border region during the pandemic of COVID-19
Maria Aparecida Baggio, Taís Regina Schapko, Ana Paula Contiero Toninato, Ana Paula Xavier Ravelli, Rosane Meire Munhak da Silva, Adriana Zilly
- 571 Aspectos estruturais para a Diabetes Mellitus nas Unidades Básicas de Saúde em capitais brasileiras**
Structural aspects for Diabetes Mellitus in Basic Health Units in Brazilian capitals
Thiala Maria Carneiro de Almeida, Mariluce Karla Bomfim de Souza, Samilly Silva Miranda
- 590 Sérgio Arouca na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**
Sérgio Arouca at the UNICAMP School of Medical Sciences
Rubens Bedrikow, Ivan Luiz Martins Franco do Amaral, Vanina Castro Dória de Almeida
- 601 Financiamento de pesquisas sobre dengue no Brasil, 2004-2020**
Funding for research on dengue in Brazil, 2004-2020
Gabriela Bardelini Tavares Melo, Antonia Angulo-Tuesta, Everton Nunes da Silva, Marcos Takashi Obara

ENSAIO | ESSAY**616 Eficiência em saúde pública: a trajetória de um conceito proveniente da engenharia**

Efficiency in public health: the trajectory of a concept from engineering

Janiele Cristine Peres Borges, Ronaldo Bordin

630 O potencial da mediação de conflitos para o controle dos vetores das arboviroses nas favelas brasileiras

The conflict mediation potential to control arboviruses vectors in Brazilian slums

Eduardo Dias Wermelinger, Inês Cristina Mare Salles, Aldo Pacheco Ferreira

641 Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS

Bariatric surgery: complexities and pathways to care for obesity in the SUS

Rebecca Soares de Andrade, Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Ana Cláudia Figueiró

REVISÃO | REVIEW**658 Determinantes para repercussões na saúde mental de profissionais de saúde hospitalar na pandemia da Covid-19**

Determinants for mental health repercussions of hospital health workers in the pandemic of COVID-19

Jamily Cerqueira Etinger Almeida Novais, Marianna Matos Santos, Nilia Maria de Brito Lima Prado

677 Decisão de profissionais de saúde sobre sua vacinação anti-Covid-19: revisão integrativa

Decision of health professionals about their anti-COVID-19 vaccination: integrative review

Juliana Barbosa Cardoso, Audrey Vidal Pereira, Márcia Vieira dos Santos, Luiz Henrique dos Santos Ribeiro, Bianca Dargam Gomes Vieira, Paolla Amorim Malheiros Dulfe, Dolores Lima da Costa Vidal

693 Intervenção Breve para uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: revisão sistemática

Brief Intervention for Psychoactive Substance use in Brazil: a systematic review

José Adelmo da Silva Filho, José Benedito dos Santos Batista Neto, José Mateus Bezerra da Graça, Sheila Ramos de Oliveira, Divane de Vargas

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**707 Elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares**

Development of a risk classification protocol for cancer patients in Home-based Palliative Care

Flavia Navi de Souza, Vanessa Gomes da Silva, Alexandre Sousa da Silva

17^a: uma Conferência comprometida com a Democracia e a Saúde

Matheus Zuliane Falcão¹, Itamar Lages¹, Jamilli Silva Santos¹

DOI: 10.1590/0103-11042022313800

A 17^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS), realizada no período de 2 a 5 de julho de 2023, foi mais um “ato de invenção da democracia”¹ no Brasil. A CNS segue representando os desafios e o potencial que carrega um dos mais antigos lemas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e que permeia a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes): Saúde é Democracia e Democracia é Saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde surgiram como instrumento de planejamento do Estado ainda em 1941. Ali, sua composição refletia a perspectiva tecnocrática e vertical da ideia de saúde: uma reunião formada essencialmente por especialistas da saúde pública, em sua larga maioria médicos, que definiriam as diretrizes dos grandes programas do Estado brasileiro para o setor, com especial enfoque ao campo das doenças infectocontagiosas, a que a saúde pública era então restrita.

Esse modelo apenas seria alterado com uma nova concepção política de saúde, que emergiu na sociedade brasileira, a partir dos anos 1970, quando movimentos de base, academia, trabalhadores e gestores se uniram para questionar o conceito vertical e tecnocrático da saúde e pensá-la como algo que envolve diferentes campos da vida e que deve ser tratado de forma política. Esse movimento, chamado RSB, teve seu ápice na 8^a CNS, em 1986, e resiste até hoje.

A proposta da RSB apresentada em 1979², ainda no contexto da ditadura, contribuiu para a 8^a CNS, na qual o segmento das pessoas usuárias dos serviços públicos de saúde, representadas por múltiplas organizações populares e sindicais, esteve presente e constituiu a metade do quantitativo total da delegação, cujas propostas foram sistematizadas em um pequeno e muito potente relatório com três temas: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento.

Da 8^a CNS, saíram resultados políticos importantes, como a Emenda Sanitária, que foi incorporada pela Assembleia Nacional Constituinte à nova Constituição de 1988, dando origem ao capítulo da saúde, que reconheceu a saúde enquanto direito e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, mais do que simplesmente por seus resultados, a 8^a CNS também pode ser compreendida por seu processo.

Pela primeira vez na história da saúde brasileira, milhares de pessoas de todos os cantos do País se mobilizaram unicamente para discutir que saúde queremos e qual modelo de sistema de saúde é mais adequado para tal. Mais do que simplesmente ampliar o interesse na discussão, a 8^a CNS rompeu o modelo tecnocrático e foi resultado do anseio popular por afirmar seu direito à saúde.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. matheus.falcao@usp.br



Seu eco bem expressa que o projeto da RSB não é simplesmente um projeto de reforma administrativa, mas sim um projeto político de reconfigurar a relação entre Estado e sociedade e de abrir caminhos para mudanças estruturais em favor do bem comum. Por essa razão, essa mesma reforma jamais pode ser tomada como projeto acabado, e espaços como Conferências, jamais como instâncias que finalizam em si próprias.

As Conferências refletem um dos elementos centrais do espírito da Reforma Sanitária: o papel da democracia no projeto de afirmação do direito à saúde, a partir da construção de uma “consciência sanitária” e da mudança nas condições de vida e na situação de saúde da população brasileira, configurando, assim, o que Arouca denominou como um “projeto civilizatório”³⁽³⁵⁻⁴²⁾. Fala-se, aqui, em uma ideia democrática que vai muito além das instâncias liberais de democracia representativa e que compreende a real possibilidade de as pessoas definirem seu destino coletivo e, aqui neste caso, determinar os rumos de sua saúde, inclusive o que se entende por saúde.

Marilena Chauí¹ ilustra essa ideia de democracia enquanto um ato de subversão, uma constante luta por mais direitos, que devem ser arrancados da realidade política. Assim, a força das Conferências não está simplesmente em seu caráter formal, mas sim em sua capacidade de servir como instrumento de mobilização pelo direito à saúde e de engendrar as grandes questões de seu tempo na discussão política.

Realizada entre os dias 2 e 5 de julho de 2023, a 17ª CNS cumpriu esse papel. Enquanto primeira edição da CNS após a derrota eleitoral do conservadorismo que ocupou o executivo federal desde 2016, a 17ª CNS compreendeu, antes de tudo, um espaço de confraternização e conagração pela retomada da direcionalidade da política nacional de saúde e do Estado brasileiro em uma perspectiva democrática.

Como destaca Fleury⁴, a presença de 4 mil delegados eleitos em suas diversas etapas preliminares fez da 17ª CNS a “conferência da diversidade”⁴, que reuniu um

fenômeno em dimensões e em diversidade, colorindo corredores e salas com cocares, vestimentas afro-religiosas, profissionais e conselheiros envoltos em bandeiras de estados e municípios, além da expressiva participação de pessoas com deficiência, travestis e transgêneros⁴.

Há que se pontuar, ainda, que a 17ª CNS demarcou o apoio dos diversos atores sociais da saúde, nela reunidos, à gestão da ministra Nísia Trindade, diante das notícias veiculadas acerca da suposta negociação da pasta em meio ao jogo de interesses político-partidários.

A importância da 17ª CNS pode ser evidenciada ainda por meio de outros dois aspectos. Primeiro, como destaca Fidelis⁵, pelo amplo processo de mobilização popular que ela envolveu, iniciado ainda em 2021, no dia 5 de outubro, data em que a Constituição Federal completou 33 anos, e, ainda não finalizado, se considerarmos a reverberação dos debates que propiciou, bem como a divulgação dos primeiros documentos com a sistematização de suas proposições⁶ e confecção do seu relatório final.

O referido processo compreendeu a realização de 27 Conferências Estaduais e do Distrito Federal, no que compete às instâncias formais municipais e estaduais do Controle Social no SUS, e, pela primeira vez, acolheu também a contribuição direta da sociedade civil, que enviou proposições e indicou delegados por meio das 99 Conferências Livres Nacionais, organizadas por segmentos de usuários, categorias profissionais, pesquisadores e movimentos sociais espalhados pelo País.

Nesse ponto, não podemos deixar de pontuar a atuação do Cebes, que, exercendo seu protagonismo como entidade orgânica do movimento sanitário, segue cumprindo seu compromisso com a defesa da RSB, tendo contribuído para a 17ª CNS seja na sua organização, enquanto

entidade membro do CNS, seja no seu processo de mobilização e formulação política mediante a realização de sua Conferência Livre Nacional, com o tema ‘O Brasil e a Saúde que queremos!’ inspirado pelo documento em que lançou as bases do projeto da RSB e do SUS². Em sua Conferência Livre, o Cebes propôs um documento preliminar⁷, composto de elementos da sua Tese, discussões atuais e reflexões coletivas, que foi apreciado e discutido em nove conferências livres locais realizadas pelos seus núcleos espalhados pelas diversas regiões do País, nas quais foram acolhidas contribuições que serão consolidadas em uma versão final, além de diretrizes e propostas que foram encaminhadas para a etapa nacional da 17ª CNS.

Um segundo ponto sobre a importância da 17ª CNS diz respeito às condições de possibilidade de sua efetiva capacidade de incidência nos rumos da Política Nacional de Saúde nos próximos anos. Tendo em vista, sobretudo, a complexa conjuntura política da saúde atual, após a destruição operacionalizada durante seis longos anos de governos antidemocráticos, o próximo Plano Nacional de Saúde (PNS) não pode desconsiderar, mais do que nunca, os múltiplos desafios a serem enfrentados para a implementação de um projeto de reconstrução do SUS e de reorientação da Política Nacional de Saúde e demais políticas públicas para a efetivação dos direitos sociais.

Assim, coerente com a trajetória de ação política que vem desenvolvendo ao longo dos últimos anos em face da crise sanitária, o Conselho Nacional de Saúde demonstrou estar comprometido para que as proposições da 17ª CNS efetivamente incidam no processo democrático e constitucional de formulação da política nacional de saúde, ao passo que adiantou a data de sua realização e já publicou, em tempo exíguo, resolução com orientações estratégicas para o Plano Plurianual (PPA) e para o PNS 2024-2027, formuladas a partir das diretrizes aprovadas na 17ª CNS e das prioridades para as ações e serviços públicos de saúde⁶.

Ademais, a 17ª CNS nos convida, ainda, a refletir sobre o que Fleury⁴ denominou como “predominância do debate sobre pautas identitárias”, ao problematizar a substituição da noção de igualdade pela de equidade. Nesse particular, também alinhado ao compromisso crítico-reflexivo ao qual também se vincula, como a autora, o Cebes optou por provocar e enfatizar, nos debates do processo de mobilização de sua Conferência Livre Nacional, a reflexão e a proposição de mudanças estruturantes do Estado e das políticas sociais e econômicas, que incidissem sobre a determinação social e econômica da saúde, em sua dimensão mais ampla. Assim, na votação das diretrizes e propostas a serem priorizadas para a 17ª CNS, o Cebes estimulou que os participantes considerassem como critério na priorização aquelas que pudessem intervir mais diretamente sobre os desafios centrais da organização do nosso Estado e sociedade, tendo em vista que o “horizonte democrático e socialista que define, organiza e orienta o Cebes” compreende as “lutas por uma condição saudável de vida”, as quais “incluem todos os movimentos de luta contra as opressões e a exploração material”⁸⁽³¹⁻³²⁾. Portanto, a entidade reconhece e valida a pertinência das pautas identitárias, mas, tal como Fleury⁴, reflete sobre a necessidade de não perder de vista a igualdade como um valor intrínseco à noção de direito, que é o esteio de uma sociedade democrática.

Diante dos desafios que se impõem à efetivação do direito à saúde no Brasil e da democracia, mesmo após a derrota do negacionismo nas urnas, faz-se necessário potencializar espaços de mobilização e participação social, além daqueles formalmente já constituídos, com vistas ao aprofundamento das discussões em torno dos desafios que afetam a realização de direitos. Temas como financiamento do SUS e de outras políticas essenciais para o enfrentamento das desigualdades estruturais na sociedade brasileira, privatização e inclusão de pautas emergentes, como o uso da inteligência artificial no campo da saúde, precisam estar incluídos na agenda da RSB.

Colaboradores

Falcão MZ (0009-0001-7208-9943)*, Lages I (0000-0001-6698-0150)* e Santos JS (0000-0001-8965-0904)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Chauí M. Cultura e democracia. Crítica y Emancipación. 2008 [acesso em 2023 ago 3]; 1(1):53-76. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4657030/mod_resource/content/1/Chauí%20Cultura%20e%20Democracia.pdf.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área da saúde. Documento apresentado pelo Cebes no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em outubro de 1979. Saúde debate. 1980; 9:11-3.
3. Arouca AS. Democracia é saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986. p. 35-42.
4. Fleury S. Construir o Amanhã hoje – Desafios enfrentados pela 17ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho. 6 jul 2023. [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=construir-o-Amanh%C3%A3- hoje-Desafios-enfrentados-pela-17-Conferencia-Nacional-de-Saude-por-Sonia-Fleury>.
5. Fidelis C. Entrevista. Observatório de Análise Política em Saúde. 2023 jul. [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: <https://api.observatorio.analisepoliticaemsau-de.org/media/interviews/78424e6b-e847-4774-9353-7009051c49e4/pdfs/entrevista-oaps-jul23.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2023corrigidas/Reso715_-Disp%C3%B5e_sobre_orienta%C3%A7%C3%B5es_estrat%C3%A9gicas_da_17%C2%AA_CNS_para_o_PPA_e_PNS.pdf
7. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Conferência Livre do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O Brasil e a saúde que queremos! Documento preliminar; 2023.
8. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Tese 2021-2022. Por um mundo multilateral: por nova hegemonia geopolítica global, civilização x barbárie. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2021. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/tese-2021-22-cebes-reafirma-a-luta-civilizacao-contra-barbarie/28043/>

The 17th: a Conference committed to Democracy and Health

Matheus Zuliane Falcão¹, Itamar Lages¹, Jamilli Silva Santos¹

DOI: 10.1590/0103-11042023138001

THE 17TH NATIONAL HEALTH CONFERENCE (CNS), held from July 2 to 5, 2023, was yet another “act of invention of democracy”¹ in Brazil. The CNS continues to represent the challenges and potential of one of the oldest mottos of the Brazilian Sanitary Reform (RSB), and which permeates the creation of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes): Health is Democracy and Democracy is Health.

The National Health Conferences emerged as a State planning instrument in 1941. Then, their composition reflected the technocratic and vertical perspective of the idea of health: a meeting formed essentially by public health specialists, mostly physicians, who would define the guidelines of the major programs of the Brazilian State for the sector, with special focus on the field of infectious and contagious diseases, to which public health was then restricted.

This model would only be changed with a new political conception of health, which emerged in Brazilian society from the 1970s onwards, when grassroots movements, academia, workers and managers came together to question the vertical and technocratic concept of health and think of it as something that involves different fields of life and that must be treated in a political way. This movement, called RSB, had its apex at the 8th CNS, in 1986, and resists until today.

The RSB proposal presented in 1979², still in the context of the dictatorship, contributed to the 8th CNS, in which the segment of users of public health services, represented by multiple popular and union organizations, was present and constituted half of the total number of the delegation, whose proposals were systematized in a small and very powerful report with three themes: health as a right, reformulation of the national health system, and financing.

The 8th CNS produced important political results, such as the Sanitary Amendment, which was incorporated by the National Constituent Assembly into the new Constitution of 1988, giving rise to the health chapter, which recognized health as a right and created the Unified Health System (SUS). However, more than simply for its results, the 8th CNS can also be understood for its process.

For the first time in the history of Brazilian health, thousands of people from all corners of the country mobilized solely to discuss what kind of health we want and what model of health system is best suited for that. More than simply expanding interest in the discussion, the 8th CNS broke with the technocratic model and was the result of the popular desire to assert their right to health.

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. matheus.falcao@usp.br



Its echo clearly expresses that the RSB project is not simply an administrative reform project, but rather a political project to reconfigure the relationship between State and society and to open paths for structural changes in favor of the common good. For that reason, this same reform can never be taken as a finished project, and spaces such as Conferences, never as instances that end in themselves.

The Conferences reflect one of the central elements of the spirit of the Sanitary Reform: the role of democracy in the project of affirming the right to health, based on the construction of a “health awareness” and the change in the living conditions and health situation of the population Brazilian, thus configuring what Arouca called a “civilizing project”³⁽³⁵⁻⁴²⁾. We are talking here about a democratic idea that goes far beyond the liberal instances of representative democracy and that includes the real possibility of people defining their collective destiny and, in this case, determining the course of their health, including what is meant by health.

Marilena Chaui¹ illustrates this idea of democracy as an act of subversion, a constant struggle for more rights, which must be torn away from political reality. Thus, the strength of the Conferences is not simply in their formal character, but in their ability to serve as an instrument for mobilizing the right to health and engendering the major issues of their time in the political discussion.

Held between the 2nd and 5th of July 2023, the 17th CNS fulfilled such a role. As the first edition of the CNS after the electoral defeat of the conservatism that has occupied the federal executive since 2016, the 17th CNS comprised, above all, a space for fraternization and reconciliation for the resumption of the directionality of the national health policy and the Brazilian State in a perspective democratic.

As Fleury⁴ points out, the presence of 4,000 elected delegates in its various preliminary stages made the 17th CNS the “diversity conference”, which brought together a

phenomenon in dimensions and diversity, coloring corridors and rooms with headdresses, afro-religious clothing, professionals and counselors wrapped in state and municipal flags, in addition to the significant participation of people with disabilities, transvestites, and transgenders⁴.

It should also be noted that the 17th CNS marked the support of the various social actors in health, gathered there, under the management of Minister Nísia Trindade, in view of the news published about the supposed negotiation of the Ministry in the midst of the game of political-partisan interests.

The importance of the 17th CNS can be evidenced through two other aspects. First, as Fidelis⁵ points out, due to the broad process of popular mobilization that it involved, which began in 2021, on October 5, the date on which the Federal Constitution completed 33 years, and, still not finished, if we consider the reverberation of the debates that provided, as well as the dissemination of the first documents with the systematization of its propositions⁶ and preparation of its final report.

This process comprised the holding of 27 State and Federal District Conferences, with regard to the formal municipal and state instances of Social Control in the SUS, and, for the first time, also welcomed the direct contribution of civil society, which sent proposals and indicated delegates through the 99 National Free Conferences, organized by user segments, professional categories, researchers, and social movements throughout the country.

At this point, we cannot fail to mention the performance of the Cebes, which, exercising its role as an organic entity of the sanitary movement, continues to fulfill its commitment to the defense of the RSB, having contributed to the 17th CNS either in its organization,

as a member entity of the CNS, whether in its political mobilization and formulation process through its National Free Conference, with the theme ‘Brazil and the Health We Want!’ inspired by the document in which it laid the foundations for the RSB project and the SUS². In its Free Conference, Cebes proposed a preliminary document⁷, composed of elements from its Thesis, current discussions, and collective reflections, which was appreciated and discussed in nine local free conferences held by its nuclei spread across the different regions of the country, in which they were welcomed contributions that will be consolidated in a final version, in addition to guidelines and proposals that were forwarded to the national stage of the 17th CNS.

A second point about the importance of the 17th CNS concerns the conditions for the possibility of its effective capacity to influence the directions of the National Health Policy in the coming years. Bearing in mind, above all, the complex political situation of current health, after the destruction implemented during six long years of anti-democratic governments, the next National Health Plan (PNS) cannot disregard, more than ever, the multiple challenges to be faced for the implementation of a project to rebuild the SUS and reorient the National Health Policy and other public policies for the realization of social rights.

Thus, consistent with the trajectory of political action that has been developing over the last few years in the face of the health crisis, the National Health Council has demonstrated its commitment so that the propositions of the 17th CNS effectively affect the democratic and constitutional process of formulating national policy health, while advancing the date of its realization and already published, in a short time, a resolution with strategic guidelines for the Pluriannual Plan (PPA) and for the PNS 2024-2027, formulated from the guidelines approved at the 17th CNS and the priorities for public health actions and services⁶.

Furthermore, the 17th CNS also invites us to reflect on what Fleury⁴ called “the predominance of the debate on identity guidelines”, when problematizing the substitution of the notion of equality for that of equity. In this regard, also aligned with the critical-reflexive commitment to which it is also linked, like the author, the Cebes chose to provoke and emphasize, in the debates of the mobilization process of its National Free Conference, the reflection and the proposition of structuring changes of the State and social and economic policies, which affect the social and economic determination of health, in its broadest dimension. Thus, when voting on the guidelines and proposals to be prioritized for the 17th CNS, the Cebes encouraged participants to consider as a prioritization criterion those that could intervene more directly on the central challenges of the organization of our State and society, bearing in mind that the “democratic and socialist horizon that defines, organizes, and guides the Cebes” comprises the “struggles for a healthy living condition”, which “include all movements of struggle against oppression and material exploitation”⁸⁽³¹⁻³²⁾. Therefore, the entity recognizes and validates the pertinence of identity guidelines, but, like Fleury⁴, reflects on the need not to lose sight of equality as an intrinsic value to the notion of law, which is the mainstay of a democratic society.

Faced with the challenges that are imposed on the realization of the right to health in Brazil and democracy, even after the defeat of denialism at the polls, it is necessary to enhance spaces for mobilization and social participation, in addition to those formally constituted, with a view to deepening the discussions around the challenges that affect the realization of rights. Topics such as SUS funding and other essential policies for tackling structural inequalities in Brazilian society, privatization and the inclusion of emerging agendas, such as the use of artificial intelligence in the field of health, need to be included in the RSB agenda.

Collaborators

Falcão MZ (0009-0001-7208-9943)*, Lages I (0000-0001-6698-0150)* and Santos JS (0000-0001-8965-0904)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Chaui M. Cultura e democracia. Crítica y Emancipación. 2008 [acesso em 2023 ago 3]; 1(1):53-76. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4657030/mod_resource/content/1/Chaui%20Cultura%20e%20Democracia.pdf.
2. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. A questão democrática na área da saúde. Documento apresentado pelo Cebes no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em outubro de 1979. Saúde debate. 1980; 9:11-3.
3. Arouca AS. Democracia é saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986. p. 35-42.
4. Fleury S. Construir o Amanhã hoje – Desafios enfrentados pela 17ª Conferência Nacional de Saúde. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho. 6 jul 2023. [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=construir-o-Amanh%C3%A3- hoje-Desafios-enfrentados-pela-17-Conferencia-Nacional-de-Saude-por-Sonia-Fleury>.
5. Fidelis C. Entrevista. Observatório de Análise Política em Saúde. 2023 jul. [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: <https://api.observatorio.analisepoliticaemsau-de.org/media/interviews/78424e6b-e847-4774-9353-7009051c49e4/pdfs/entrevista-oaps-jul23.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. [acesso em 2023 ago 3]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucoes/2023corrigidas/Reso715_--Disp%C3%B5e_sobre_orienta%C3%A7%C3%B5es_estrat%C3%A9gicas_da_17%C2%AA_CNS_para_o_PPA_e_PNS.pdf
7. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Conferência Livre do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. O Brasil e a saúde que queremos! Documento preliminar; 2023.
8. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Tese 2021-2022. Por um mundo multilateral: por nova hegemonia geopolítica global, civilização x barbárie. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2021. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://cebes.org.br/tese-2021-22-cebes-reafirma-a--luta-civilizacao-contra-barbarie/28043/>

Estratégias de inovação em medicamentos e vacinas no âmbito do Ceis – modelos, mecanismos e expectativas

Innovation strategies in medicines and vaccines within the scope of CEIS – models, mechanisms, and expectations

Daniela Rangel Affonso Fernandes¹, Carlos Augusto Grabois Gadelha², Jose Manuel Santos de Varge Maldonado²

DOI: 10.1590/0103-1104202313801

RESUMO O artigo objetivou apresentar informações relevantes e originais sobre as estratégias de inovação utilizadas por Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LFO) para redução das vulnerabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e capacitação produtiva e tecnológica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Como métodos, foram utilizadas a revisão da literatura e a análise de dados primários oriundos de entrevistas realizadas em dois dos maiores LFO do País. Foram identificados e analisados os seus esforços e resultados em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) assim como a incorporação de tecnologias de medicamentos e vacinas, com destaque para as Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP). Conclui-se que, apesar de as atividades de P&D ainda precisarem avançar, benefícios foram trazidos pelos acordos de transferência de tecnologia, especialmente pelas PDP. No entanto, a capacidade industrial e tecnológica dos Institutos ainda é limitada e carente de investimentos, dificultando a acumulação e a difusão tecnológica. Dessa forma, melhorias são necessárias para que as estratégias de inovação para o SUS apresentem resultados mais efetivos e possam ser revertidos para o bem-estar da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Política nacional de ciência, tecnologia e inovação. Acesso à tecnologia em saúde. Ceis. Parcerias público-privadas.

ABSTRACT *The article aimed to present relevant and original information about the innovation strategies used by Official Pharmaceutical Laboratories (LFO) to reduce the vulnerabilities of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the productive and technological capacity of the Health Economic-Industrial Complex. The methods used included a literature review and the analysis of primary data from interviews conducted in two of the largest LFOs in the country. Their efforts and results in Research and Development (R&D) and incorporation of medicines and vaccine technologies were identified and analyzed, with emphasis on Productive Development Partnerships (PDP). Although R&D activities still need to advance, benefits were brought about by technology transfer agreements, especially by PDPs. However, the industrial and technological capacity of the Institutes is still limited and lacks investments, which hinders technological accumulation and diffusion. Thus, improvements are necessary so that the innovation strategies for the SUS present more effective results and can be reversed to the welfare of society.*

KEYWORDS *National science, technology and innovation policy. Access to health technology. CEIS. Public-private partnerships.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
daniela.fernandes@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A estratégia de parcerias entre o Estado e a iniciativa privada tem se mostrado um importante instrumento para o desenvolvimento de diversos setores econômicos e sociais. Por meio de diferentes tipos de acordos, novas tecnologias são desenvolvidas e novos conhecimentos são compartilhados, beneficiando o sistema de inovação e produtivo local. Na saúde, as transferências de conhecimento entre a esfera científica e produtiva são particularmente relevantes, pois viabilizam o desenvolvimento de produtos e serviços para o enfrentamento de problemas do quadro fitossanitário brasileiro e fortalecem as articulações entre essas áreas, constituindo um mecanismo importante para a dinamização de diversas atividades que se integram ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis)¹.

Inovar, no entanto, é um dos maiores desafios no Brasil, tendo em vista que, assim como os demais países da América Latina e do Caribe, o País tem como característica baixos investimentos em inovação, uso incipiente de sistemas de Propriedade Intelectual e desconexão entre os setores público e privado na priorização de atividades de Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) e da inovação². Essas vulnerabilidades afetam especialmente as indústrias farmacêuticas e de vacinas, que, por conta de diversos desafios, em especial, os trazidos pela Quarta Revolução Tecnológica e pela pandemia da Covid-19, têm buscado crescer em inovação, sendo esse um requisito fundamental para manutenção da competitividade e sustentabilidade em longo prazo das firmas^{3,4}.

Visando superar essas vulnerabilidades e promover o desenvolvimento socioeconômico do País, o governo brasileiro compôs, nas últimas duas décadas, um sistema relativamente amplo de incentivo à inovação e ao fortalecimento da base produtiva da saúde, tendo como destaque a Lei da Inovação (Lei nº 10.973/2004), a Política de Desenvolvimento Produtivo em 2008 e o novo Marco Legal de

Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) (Lei nº 13.243/2016), regulamentado em 2018 pelo Decreto nº 9.283. Diante de um sistema de saúde integral e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), essas estratégias, mesmo que de forma insuficiente para promoção da autonomia tecnológica, favoreceram melhorias no acesso social a produtos e serviços e têm fortalecido o parque industrial farmacêutico, em particular, dos laboratórios farmacêuticos públicos, também chamados de Laboratórios Farmacêuticos Oficiais (LFO)⁴.

Nesse contexto, tem se observado a evolução do modelo de inovação aberta diante do aumento de redes e parcerias estratégicas voltadas para a inovação e produção. O ambiente aberto, caracterizado pela interação entre diferentes atores (instituições de pesquisas, universidades, governo e indústria) para aquisição e transferência de conhecimentos e tecnologias, tem sido fundamental para impulsionar o desenvolvimento de países distantes da fronteira tecnológica como o Brasil⁵. No SUS, essa interação tem se efetivado principalmente por meio dos acordos para Transferência de Tecnologia (TT), sobretudo, das Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDP)^{6,7}, que têm se constituído em um importante instrumento para as políticas industriais, de inovação e de saúde pública no País.

Dada a constatação de que todos os países que se desenvolveram e passaram a competir em melhores condições com os mais avançados associaram uma indústria forte com uma base endógena de conhecimento, de aprendizado e de inovação⁸, este estudo procurou analisar os esforços em inovação que vêm sendo adotados no âmbito do Ceis, identificando modelos, mecanismos, interesses e desafios para realização de transferências tecnológicas entre instituições públicas e privadas.

Buscou-se trazer informações relevantes à área acadêmica e contribuir, por meio do fornecimento de evidências e sugestões, para a construção ou o aprimoramento de políticas e normas de incentivo ao fortalecimento da capacidade produtiva e aprendizado tecnológico

nacional, importantes meios para superação do subdesenvolvimento e da vulnerabilidade do Brasil^{9,10}. Estudos encontrados na literatura apontam que existe ainda uma lacuna no conhecimento de como as empresas fornecedoras e receptoras selecionam os mecanismos de transferência, bem como sobre as estratégias para aquisição de conhecimento e seus impactos para os resultados de inovação¹¹⁻¹³.

O artigo foi baseado em um estudo de caso realizado em dois dos maiores laboratórios farmacêuticos públicos do País, o Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos) e o Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), ambos pertencentes à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). De acordo com as últimas informações disponibilizadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos (SCTIE), datadas de março de 2023¹⁴, os Institutos estudados possuem o maior número de PDP vigentes, representando aproximadamente 38% do total das parcerias de medicamentos e vacinas do Ministério da Saúde (MS)¹⁵. Desse modo, podem contribuir de forma significativa para compreensão das estratégias de inovação que vêm sendo utilizadas com vistas à redução da dependência tecnológica externa do SUS e fortalecimento do Ceis.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa de natureza descritiva e exploratória. Como métodos, foram utilizadas a revisão da literatura e a análise de dados primários oriundos de entrevistas realizadas em dois relevantes

laboratórios farmacêuticos públicos no período de fevereiro e março de 2022.

O estudo foi dividido em duas etapas. A primeira consistiu na revisão bibliográfica e documental relacionada com o cenário que envolve a TT na área da saúde no Brasil. Baseou-se em consulta a repositórios institucionais, às bases de dados científicos SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e ao Portal de Periódicos da Capes utilizando as palavras-chave “Transferência de Tecnologia” AND Inovação OR acordos e “Parcerias para Desenvolvimento Produtivo” OR PDP, tendo como assunto principal políticas sociais ou saúde pública. Foram selecionados os periódicos de maior alinhamento ao objetivo do estudo. Foram ainda consultados documentos institucionais de acesso público em *sites* oficiais, tais como da Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (Abifina), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Instituto Nacional da Propriedade Industrial (Inpi), MS, Portal da Indústria e dos LFO estudados, assim como consultas a normas técnicas, decretos, portarias, leis e políticas.

Na segunda etapa, foi realizada a pesquisa de campo. Por meio de um roteiro de entrevistas semiestruturadas, foram realizadas 12 entrevistas em profundidade com os principais atores envolvidos nos processos de transferência tecnologia dos institutos estudados. A entrevista teve como finalidade identificar características dos LFO em relação aos processos de inovação e aos acordos de TT, buscando retratar a realidade atual e conhecer expectativas presentes e futuras.

O roteiro foi dividido em cinco blocos, conforme descrito a seguir (*quadro 1*):

Quadro 1. Blocos do roteiro

Bloco	Tema	Assuntos abordados
1	Caracterização do entrevistado	Cargo e tempo de experiência na função
2	Caracterização da Instituição em relação à inovação	Número e tipo de parcerias realizadas, patentes, produtos inovadores, pontos fortes e fracos para parcerias
3	Impactos das PDP para o LFO e SUS	Capacitação tecnológica, faturamento, produção, recursos humanos, novos nichos tecnológicos, novos produtos gerados
4	Formação de parcerias	Mecanismos de prospecção e seleção de parceiros, tecnologias de interesse, produtos prioritários para parcerias.
5	Desafios, sugestões e perspectivas	Desafios das PDP, Marco das PDP, Marco legal da CT&I

Fonte: elaboração própria.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Instituto Nacional de Infectologia (INI) e Instituto Oswaldo Cruz (IOC), conforme pareceres consubstanciados 5.187.701, 5.202.986 e 5.209.543.

Resultados e discussão

Transferência de tecnologia – conceito e desafios no Brasil

Existem diversos conceitos disponíveis na literatura para tecnologia. Na concepção de Dosi¹⁶, a tecnologia engloba conhecimentos práticos e teóricos e tem como objetivo a sobrevivência no mercado competitivo, por meio da procura de novas combinações-processos e/ou produtos. Esse conjunto de conhecimentos envolve desde procedimentos, métodos, ‘experiências e *know-how* até mecanismos e equipamentos, arranjos institucionais, entre outros’.

Já o conceito de TT pode ser entendido como a transmissão de conhecimentos – frutos das pesquisas e desenvolvimento da tecnologia – para a atividade empresarial por intermédio de parcerias entre universidades, laboratórios públicos e empresas, em um modelo de inovação aberta⁷. A Transferência Internacional

de Tecnologia (TIT) ocorre, nesse sentido, quando o conhecimento técnico existente em um país é comunicado para outro, seja livremente, seja mediante transação comercial¹². Entre outros pontos, a TIT traduz-se em uma oportunidade para viabilizar o acesso à tecnologia de ponta aos países em desenvolvimento sem que eles precisem investir altas somas de recursos para sua geração.

Existem mecanismos de TT, desde as mais originárias, realizadas por meio das pesquisas de novidades de universidades para o setor privado, até transferências incentivadas para suprir deficiências tecnológicas de países em desenvolvimento, como, por exemplo, acordos entre empresas privadas e públicas, os quais possibilitam o desenvolvimento continuado para futuras inovações¹⁷.

Como a tecnologia é historicamente concentrada nos países mais desenvolvidos, não sendo livremente e randomicamente distribuída pelo mundo, grande parte é comercializada com base em Direitos de Propriedade Industrial (DPI), os quais, segundo diversos autores, oferecem forte proteção à tecnologia estrangeira em detrimento da tecnologia local, fazendo aumentar o custo daquela¹⁸.

O conceito de TT no Brasil começou a ganhar força nas décadas de 1960 e 1970, no contexto de implementação do modelo de desenvolvimento por substituição de importações. Nesse período, o Banco Central do

Brasil começou a analisar, com base na Lei do Capital Estrangeiro (Lei nº 4.131/1962), os pedidos de pagamento de *royalties* e assistência técnica em moeda estrangeira. Por essa lei, foi estabelecida, pela primeira vez, a obrigatoriedade do registro dos contratos de TT no Brasil e foram definidos limites às remessas de *royalties*, estipulando-se ainda que os contratos de TT deveriam ser registrados na Superintendência da Moeda e do Crédito (Sumoc). A intervenção governamental sobre a importação de tecnologia, entretanto, abarcava basicamente as questões fiscais e cambiais decorrentes desse comércio, não sendo a TT ainda considerada como instrumento relevante de política industrial e tecnológica^{12,19}.

No início dos anos 1970, com a criação do Inpi, que passou a regular e exercer atribuições específicas na área da TT, essa intervenção se intensificou, tendo maior estímulo à P&D local e à assimilação e adaptação da tecnologia estrangeira contratada. Todavia, com a abertura econômica ocorrida no início dos anos 1990, as atividades regulatórias e de fiscalização do Inpi foram gradualmente sendo enfraquecidas, em sintonia com a lógica de minimização da ação estatal^{12,19}.

Ao processo de enfraquecimento das políticas regulatórias relativas à TT, soma-se o processo de desindustrialização que o Brasil tem enfrentado desde os anos 1980, o que gerou a desarticulação de vários sistemas produtivos e inovativos²⁰.

Diante desse cenário, evidências apontam que o processo de TIT, como ocorreu no País nas últimas décadas, não colaborou de maneira significativa para consolidar um processo de industrialização que impulsionasse o aprendizado tecnológico por parte das empresas locais nem fomentasse o amadurecimento do Sistema Nacional de Inovação (SNI)²¹. Como uma das causas, identifica-se o reduzido grau de internacionalização das empresas brasileiras, que não foram capacitadas a absorver tecnologia externa e adaptá-las para o contexto local, acarretando volume crescente de pagamentos de *royalties* por tecnologia

estrangeira, constatado tanto pelo déficit no Balanço de Propriedade Intelectual (BPI) quanto pelo déficit apresentado pelo Balanço de Pagamentos Tecnológico (BPTec)¹².

Conforme diversos autores, o crescimento e o desenvolvimento econômico possuem relação direta à incorporação da CT&I em seus processos produtivos, além da constituição de um SNI bem estruturado e efetivo, o que depende tanto do desempenho de empresas e organizações de ensino e pesquisa como da interação entre elas e com vários outros atores, por meio de diversos tipos de cooperações^{20,22,23}. Nesse ambiente, a TT entre universidade, governo e setor produtivo é apontada como um caminho alternativo e complementar para que o País alcance um patamar tecnológico superior, sendo considerada uma das melhores formas de indução de parcerias⁶.

No Brasil, apesar da retomada, nas últimas duas décadas, de uma agenda de políticas industriais e de CT&I voltadas ao estímulo do setor científico e produtivo, tendo o Ceis como um dos seus focos prioritários, o País tem enfrentado crescentes restrições em termos de financiamento da infraestrutura científica e tecnológica²⁴. De acordo com estudo realizado por De Negri²⁵, os investimentos federais em Ciência e Tecnologia (C&T) declinaram cerca de 37% no período entre 2013 e 2020, havendo uma redução na taxa de inovação de 36% para 33,6% no período 2015-2017 quando comparada com o período anterior (2012-2014), o que demonstra o desafio enfrentado nacionalmente para o desenvolvimento contínuo da ciência e da inovação em áreas estratégicas como a da saúde.

Transferência de tecnologia na área da saúde no Brasil

Na área da saúde brasileira, a transferência de conhecimento e de tecnologia tem se dado, principalmente, mediante Acordos de Cooperação Tecnológica (ACT) ou das PDP⁷. Essas parcerias podem fortalecer capacitações inovativas no setor produtivo devido

ao acúmulo de capacitações com nível de excelência em áreas científicas em saúde no Brasil, desde que as ações sejam articuladas para o desenvolvimento de novos produtos e processos¹.

O programa das PDP, principal instrumento para inovação utilizado pelo MS, teve início em 2009, preconizando acordos de TT e conhecimentos desenvolvidos no setor privado para o público, ou seja, para um LFO. O desenho das PDP engloba não somente a fabricação do produto acabado, mas também inclui a internalização da produção do Insumo Farmacêutico Ativo (IFA), objetivando a autossuficiência em insumos estratégicos para o Brasil²⁶. O modelo tem, portanto, como protagonista, um LFO, que pode ou não se associar a outros laboratórios públicos ou empresas privadas para a produção de determinada etapa da manufatura de um fármaco.

Pesquisas recentes demonstram os benefícios trazidos por essas parcerias, tendo como destaques, entre outros, a comprovada economicidade na compra de medicamentos, a ampliação do quantitativo de medicamentos ofertado à população^{15,27} e o aprendizado tecnológico alcançado pelos laboratórios farmacêuticos e farmoquímicos nacionais, com a internalização de diversos produtos e medicamentos, sintéticos e biológicos. Esses resultados podem ser traduzidos em números, visto que, conforme as informações disponibilizadas pelo MS em março de 2023, 68 acordos de PDP encontravam-se vigentes, envolvendo

a transferência da tecnologia e produção de 50 medicamentos, 4 vacinas e 3 produtos de saúde, o que demonstra a grande participação das PDP para o aumento da infraestrutura e capacidade tecnológica do Ceis¹⁴.

Em 2017, por meio da Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS), instituída pelo Decreto nº 9.245, o governo federal estabeleceu dois novos instrumentos estratégicos, além das PDP, para promoção da capacitação tecnológica da administração pública e das entidades privadas na área da saúde: as Encomendas Tecnológicas na Área da Saúde (Etecs), para serem utilizadas no desenvolvimento de soluções que ainda não existem no mercado, como um novo medicamento ou uma nova forma de tratamento, ou situações de maior risco tecnológico para oferecer terapias que não possuem mais produção nacional; e as Medidas de Compensação na Área da Saúde (Mecs), para regulamentar compras de grandes volumes que possuem pouca concorrência.

O estabelecimento dessas duas novas categorias de TT visou à cobertura de lacunas existentes na legislação anterior. As PDP, desde sua criação, voltaram-se ao desenvolvimento de medicamentos específicos, já existentes, porém, com tecnologia ainda não dominada nacionalmente. Os novos instrumentos, tanto as Etecs como as Mecs, permitem a ampliação do escopo das parcerias²⁸. No *quadro 2*, seguem informações detalhadas sobre os instrumentos estratégicos, indicando diferenças entre eles.

Quadro 2. Características dos instrumentos estratégicos da PNITS

Instrumento Estratégico	Descrição	Tecnologia	Seleção de parceiros (via)	TTT	Política regulatória
PDP	“Parcerias realizadas entre instituições públicas e entidades privadas com vistas ao acesso a tecnologias prioritárias, à redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a longo prazo e à racionalização e redução de preços de produtos estratégicos para saúde, com o comprometimento de internalizar e desenvolver novas tecnologias estratégicas e de valor agregado elevado.”	Existente, mas não dominada nacionalmente	Dispensa de licitação	Sim	Portaria nº 2.531/2014
Etecs	“Modalidades de contratação, pelo poder público, de instituição de pesquisa sem fins lucrativos, com dispensa de licitação, para atividades de inovação que envolvam risco tecnológico, para solução de problema técnico específico ou obtenção de produto, serviço ou processo inovador.”	Não existente, presença de risco tecnológico	Dispensa de licitação	Sim ou não	Decreto nº 9.283/2018
Mecs	“Qualquer prática compensatória estabelecida como condição para o fortalecimento da produção de bens, do desenvolvimento tecnológico ou da prestação de serviços, com a intenção de gerar benefícios de natureza industrial, tecnológica ou comercial concretizados.”	Existente	Licitação	Sim ou não	*

Fonte: elaboração própria com base na Lei nº 8.666/1993²⁹, Portaria nº 837/2012³⁰, Decreto nº 9.238/2018³¹.

*Não há ainda regulamentação por legislação específica.

Independentemente do modelo, o importante é que os interesses do País ou da instituição contratante estejam contemplados no instrumento, devendo ser os responsáveis pela seleção da tecnologia que será objeto de transferência e pela escolha do modelo operacional da transferência.

Resultados das entrevistas

Participaram da pesquisa cinco atores-chave de Bio-Manguinhos e sete de Farmanguinhos. A experiência dos entrevistados foi em média de dez anos, e as funções informadas abrangem áreas estratégicas dos acordos de TT, ligadas a: prospecção, negociação, assessoramento, seleção e gerenciamento dos projetos. O perfil identificado no bloco 1 demonstra o grande envolvimento dos respondentes com os acordos e o amplo conhecimento sobre os desafios e as estratégias em inovação para o

SUS, trazendo confiabilidade às informações e evidências coletadas.

O bloco 2 procurou identificar os esforços em inovação, mais especificamente em relação à P&D, Propriedade Intelectual e acordos de TT. Verificou-se que estes realizam atividades internas e externas de P&D em universidades e empresas privadas e que possuem Núcleo Interno de Inovação (NIT), o que de antemão já demonstra o alinhamento com a Lei da Inovação (Lei nº 10.973/2004) e com a Política de Inovação da Fiocruz, instituição científica à qual pertencem. As iniciativas também expressam o empenho desses LFO para a criação de um ambiente pró-inovação visando ao fortalecimento do desenvolvimento endógeno e das cooperações para TT.

Em relação às patentes, Bio-Manguinhos informou ter 38 patentes concedidas e 2 depósitos de patentes. Farmanguinhos, 7 patentes concedidas e 7 requeridas. Entre os produtos com patentes concedidas, encontram-se:

1. Bio-Manguinhos – vacina conjugada Meningite C, constructos de DNA contra flavivírus, anticorpo anti-MRSA, vacina de DNA contra dengue, vírus calibrador artificial (*kit* NAT) e antígenos antileishmânia;

2. Farmanguinhos – composição bio-inseticida, processo para a Obtenção de Esteroides Seco Derivados do Ergostano, derivados bifeniloxi-álquil-aminas, compostos α -cetoacéticos de isoniazida, composição farmacêutica, uso da mefloquina em dose fixa, compostos derivados de fenilaminopirimidina, compostos derivados de isatina.

Como iniciativas inovadoras, foi informado o desenvolvimento de alguns produtos originais (inovações disruptivas). Bio-Manguinhos citou a vacina meningocócica C conjugada, a vacina dupla viral (sarampo e rubéola) e *kits* para diagnóstico, entre eles, o *kit* molecular Sars-CoV-2 para Covid-19.

Farmanguinhos informou ter desenvolvido o Larvicida Biológico Dengue tech.

Apesar do empenho demonstrado na geração de P&D, seus resultados de inovação refletem que ainda há um caminho a percorrer até se tornarem referência em C&T. Uma das explicações para isso remete às suas origens, visto que não tiveram a criação associada ao desenvolvimento de inovações, e sim à produção de medicamentos de uso tópico, soros antipeçonhentos e vacinas para combate a epidemias, acarretando a baixa participação no Sistema Nacional de Inovação da Saúde (SNIS) quando comparado a universidades, instituições de pesquisa e ao mercado privado^{32,33}.

Quanto aos tipos de acordos de cooperação utilizados pelas instituições, as informações repassadas encontram-se resumidas no quadro 3. Foram consideradas as PDP em andamento e os acordos assinados em 2021, não se incluindo os que se encontravam em fase de negociação.

Quadro 3. Acordos em andamento em Bio-Manguinhos e Farmanguinhos

Tipo de acordo	BIO	FAR
Parcerias para Desenvolvimento Produtivo	13	13
Acordos de Confidencialidade	31	34
Acordos de transferência de material biológico	1	1
Acordos de Pesquisa e Desenvolvimento (incluindo acordos para estudos clínicos)	4	2
Acordos de Transferência de Tecnologia	2	5
Acordo de Cooperação Técnica	7	5
Acordos de prestação de serviços tecnológicos	1	6
Encomenda Tecnológica	1	0

Fonte: elaboração própria.

Além desses, foram citados por Bio-Manguinhos: dois Acordos de Convênio de receita, um Acordo de Parceria Internacional, três Acordos de Cooperação sem transferência de recurso, um Acordo de codesenvolvimento, um Acordo de transferência de *know-how* e

quatro Acordos de Parceria com base na Lei de Inovação. Por Farmanguinhos: um Acordo de parceria internacional em CT&I.

Como esperado, muitos acordos foram citados, corroborando a estratégia de inovação aberta que vem sendo seguida pela indústria

farmacêutica, pública e privada. Destaque pode ser dado às PDP, que se encontram em diferentes fases de evolução, e ao grande número de acordos de Confidencialidade. Esses acordos, também conhecidos como NDA (em inglês, ‘*Non Disclosure Agreement*’), são celebrados, em geral, anteriormente ao momento de fechamento do projeto ou parceria, ainda na etapa de entendimentos entre as partes interessadas. O objetivo é que se proteja, desde as primeiras trocas de intenções, as informações compartilhadas entre os parceiros, para, posteriormente, definirem o melhor instrumento, conforme o avanço das negociações.

Ao perguntar o que leva outras empresas a buscarem a formação de parcerias com os LFO, foram selecionados pelos entrevistados, em ordem de relevância: acesso à demanda do SUS, conhecimento técnico, tradição em produção de medicamentos ou vacinas, tradição em P&D, boas práticas de fabricação e boa Imagem/reputação (atrelada à da Fiocruz). Por outro lado, como pontos que afastam o interesse dos parceiros privados, foram os fatores mais selecionados: investimento insuficiente em infraestrutura, falta de agilidade nas respostas às demandas, ausência de uma cultura empreendedora e recursos humanos insuficientes.

O acesso à demanda do SUS, ponto forte mais citado, tem alta relação com o próprio vínculo dos LFO com o MS, o que, supostamente, facilita a negociação, e com o programa das PDP, que oferece ao detentor da tecnologia exclusividade na compra do produto pelo período que durar a TT, de forma a estimular o interesse das empresas no mercado. Esse modelo de aquisição pode ser negociado pelo LFO com o MS para outros tipos de acordos, desde que o produto seja considerado essencial ou estratégico para o SUS e tenha a aquisição centralizada.

Quanto ao insuficiente investimento em infraestrutura para inovação, fator considerado mais frágil pelos entrevistados, verifica-se conformidade com a própria característica dos países em desenvolvimento. Os problemas

sociais desses países, tais como a falta de acesso a uma educação de qualidade, à assistência médica e a diversos serviços públicos básicos, levam seus governos a considerarem a ciência, a tecnologia e a inovação como questões secundárias².

O bloco 3 teve como objetivo investigar o impacto das PDP para os LFO. Os entrevistados responderam que essas parcerias, por trazerem novos produtos e projetos, ampliaram o faturamento, o quadro de recursos humanos e o volume de produção. Segundo informado por gestores de Farmanguinhos, pode-se considerar um aumento de volume e faturamento superior a 200%.

Quando questionados se o portfólio das PDP tem permitido ou irá permitir ao LFO atuar em novos nichos produtivos, a resposta foi positiva. Tanto Bio-Manguinhos como Farmanguinhos informaram que, por meio das PDP, foi possível atuar em novas classes terapêuticas, o que possibilitou a incorporação de áreas produtivas, como a de medicamentos biológicos para doenças crônicas, raras e câncer (Bio) e de medicamentos imunossuppressores e antiparkinsonianos (Far) e que possuem projetos, para construção de áreas para novas indicações terapêuticas.

Afirmaram ainda que a aquisição de conhecimento de tecnologias novas para os LFO tem propiciado estudos para geração de novos produtos e ampliado sua capacidade tecnológica. Um exemplo recente, citado por um entrevistado de Bio-Manguinhos, foi a produção da vacina da Covid-19, fruto de uma encomenda tecnológica com a farmacêutica AstraZeneca e a Universidade de Oxford. O fato de Bio-Manguinhos já ter conhecimento acumulado em biofármacos, além de uma infraestrutura com tecnologia de ponta, frutos dos investimentos das PDP, permitiu que a TT fosse concluída rapidamente e que o produto fosse integralmente fabricado no Brasil.

O bloco 4 enfocou os mecanismos de prospecção e contratação de parcerias. Como mecanismos utilizados para a prospecção, foram selecionados pelos entrevistados: consulta às

bases de Propriedade Intelectual, consulta a plataformas internacionais de fornecedores, visita a feiras tecnológicas e avaliação de portfólios de empresas. Para a seleção, foram indicadas as chamadas públicas e o contato direto com a empresa detentora da tecnologia, sendo esse o modelo predominante, haja vista os produtos serem, em sua maioria, protegidos por patentes ou produzidos por fornecedor único.

Quanto à seleção do parceiro, cabe aqui um adendo. Esse é um tema bastante controverso, e o fato de ser hipótese de dispensa de licitação, conforme elencado no art. 24, inciso XXXII da Lei nº 8.666/1993, não afasta a necessidade de procedimentos prévios objetivos e transparentes pelos gestores públicos. Para regularizar essa situação e trazer mais transparência às contratações, o Tribunal de Contas da União (TCU), por intermédio do Acórdão nº 1.730/2017, determinou que os laboratórios públicos realizem processo seletivo ou de pré-qualificação quando da escolha da entidade privada, utilizando como modelo as chamadas públicas. Esse modelo deve, portanto, ser utilizado nos seguintes casos: seleção de parceiros para desenvolvimento conjunto de um produto, fabricante não exclusivo do produto pretendido, produtos sem patente ou com patente expirada.

Diante disso, tirando os casos de inexigibilidade de licitação, a chamada pública é o modelo que deve ser adotado, o qual já vem sendo usado por alguns LFO, como por Farmanguinhos. A chamada pública, aos olhos da publicidade, legalidade e moralidade, representa uma evolução, visto que traz padronização às contratações pelos LFO e atendimento aos princípios constitucionais.

Já no que se refere à tecnologia a ser transferida, identificou-se maior interesse em parcerias que tragam tecnologias novas para o País e para pesquisas colaborativas, já fruto do estímulo trazido pelo novo Marco Legal da Inovação. Apesar do interesse relatado, as encomendas tecnológicas, voltadas para produtos não existentes no mercado, ainda são pouco utilizadas, tendo no momento somente uma

em execução, realizada por Bio-Manguinhos como já citado.

Sobre o perfil dos parceiros, os LFO informaram ter maior interesse na interação, em ordem de preferência, com empresas privadas, outros laboratórios públicos e universidades, nacionais e internacionais. Não foram apontadas como prioridade parcerias com organizações não governamentais e *startups*. Em relação a essa questão, chama a atenção o baixo interesse na contratação de *startups* pelo fato de serem organizações projetadas para criação de novos produtos ou serviços em condições de extrema incerteza^{34,35}, podendo contribuir, dessa forma, para identificação e solução de lacunas do mercado, bem como para aproximação dos pesquisadores à cultura do empreendedorismo, necessária para que mais produtos saiam das bancadas e sejam disponibilizados no mercado público.

Em relação aos produtos prioritários para formação de parcerias, foram os três mais indicados, em ordem de número de citações: produto negligenciado ou com potencial risco de desabastecimento, com alto valor de aquisição para o SUS e que tenha alinhamento com suas plantas tecnológicas. Quanto aos medicamentos para doenças negligenciadas, apesar da prioridade indicada, o que tem se observado na prática é que poucos acordos vêm sendo realizados para a produção e TT dessa classe de medicamento, salvo poucas exceções³⁶. Isso se deve, conforme alguns entrevistados, à falta de uma política de Estado que priorize esses medicamentos de baixo custo, viabilizando estratégias para o suprimento dos IFA e tornando a produção pública economicamente viável.

O bloco 5 teve como objetivo identificar desafios, coletar sugestões e opiniões sobre o modelo das PDP e sobre a legislação que envolve os acordos de TT, visando ao seu aperfeiçoamento.

Como desafios internos e externos para realização dos acordos de TT, estes foram identificados pelos entrevistados em ordem de número de citações (*quadro 4*).

Quadro 4. Desafios internos e externos para realização dos acordos de TT

Desafios internos	Desafios externos
<ul style="list-style-type: none"> - agilidade nas respostas às demandas; - colaboração e interação entre os setores envolvidos; - alinhamento com o parceiro; - burocracia da administração pública; - falta de equipe dedicada aos projetos; - falta de recursos para reinvestimento no projeto; - quantidade insuficiente de pessoal; - engessamento dos processos de gestão; - modelo atual de gestão; - planejamento com base na falta de definição e clareza por parte do MS quanto à demanda e preços; - concorrência com o mercado e necessidade de ampliação do conhecimento sobre as possibilidades da Lei da Inovação. 	<ul style="list-style-type: none"> - falta de investimento para adequação da infraestrutura fabril; - orçamento, muitas vezes, insuficiente para coberturas das despesas; - relação tempo/transferência e absorção de conhecimentos ou tecnologias objeto da parceria; - insegurança jurídica (necessidade de mudanças no marco legal); - instabilidade política; mudança de atores no governo; - insegurança em relação à manutenção do preço e do volume de aquisição pelo MS; - oscilação cambial; - logística internacional; - pressão dos órgãos de controle; - dificuldade de os parceiros estrangeiros se adaptarem à legislação brasileira; - cultura dos agentes públicos externos em relação à necessidade de investimentos em Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I).

Fonte: elaboração própria.

Sobre as PDP, algumas melhorias foram apontadas pelos entrevistados, sendo as que tiveram maior destaque: I) Orientação por plataforma (reduziria a concorrência entre os próprios LFO); II) Avaliação e acompanhamento do investimento necessário para conclusão da TT durante o período do acordo (não aconteceu); III) Análise de mercado para o cálculo dos custos e dos riscos envolvidos na parceria; e IV) Lei específica para PDP, por conta do modelo diferenciado desses acordos (aquisição vinculada à TT). Dessa forma, as contratações não teriam que ficar se adequando à Lei nº 8.666/1993, facilitando a avaliação dos órgãos de controle.

No que concerne à expectativa sobre o futuro das PDP, a resposta unânime é que falta vontade política para avançar. Algo que deve ser repensado pelo MS e pelos órgãos de controle, conforme entrevistados, é a visão do menor preço, que não considera o caráter estratégico das PDP nem sua diferença em médio e longo prazo para o País perante uma

aquisição comum, a qual não gera conhecimento, tampouco empregos para o Brasil. A política das PDP, por sua vez, foi citada como de grande relevância para o desenvolvimento da cadeia produtiva do medicamento e para redução do déficit da balança comercial, além de apresentar vantajosidade econômica perante outros tipos de acordos, segundo alguns entrevistados.

Entretanto, o cenário de indefinição atual, já que não houve anúncio de uma nova lista de produtos estratégicos desde a mudança de governo, em 2017, aliado à falta de clareza em alguns tópicos do Marco Legal das PDP (Portaria nº 2.531/2014) e aos novos incentivos da Lei de Inovação (Lei nº 13.243/2016), tem levado os LFO a buscarem novos tipos de acordos.

Em relação ao marco regulatório das PDP, regulado pela Portaria de Consolidação nº 5/2017 (Anexo XCV), os entrevistados entendem ser necessário aperfeiçoamentos, conforme as sugestões apresentadas no *quadro 5*.

Quadro 5. Sugestões para aprimoramento do Marco Legal das PDP – fevereiro de 2022

Sugestões para aprimoramento do Marco (Portaria nº 2.531/2014) por meio da revisão da regulamentação das PDP (Portaria nº 05/2017 – Anexo XCV)

Bio-Manguinhos	Farmanguinhos
<ul style="list-style-type: none"> - distinção do conceito e das responsabilidades da entidade privada detentora da tecnologia, da entidade privada desenvolvedora/absorvedora da tecnologia; - caracterização e distinção dos conceitos de IFA de produtos sintéticos de IFA de produtos biológicos; - alinhamento de conceitos entre o produto objeto de PDP e o IFA; - adequação do texto à realidade das PDP de produtos biológicos; - deve ser dada maior clareza em outros pontos do texto. 	<ul style="list-style-type: none"> - melhor definição de PD&I e PDP; - melhor esclarecimento sobre a Fase IV e seu encerramento; - esclarecimento sobre a nacionalização do IFA nacional e sua aquisição após a finalização da PDP pelo LFO; - aprovação da demanda de 100% de um medicamento para apenas um laboratório (analisar a divisão da demanda, pois impacta na viabilidade do projeto); - definição de critérios claros para diferenciar os valores de aquisição do medicamento e da transferência de tecnologia; - critérios mínimos para a composição dos relatórios de acompanhamento; - critérios e indicadores para avaliar a transferência de tecnologia.

Fonte: elaboração própria.

Já no que diz respeito às oportunidades trazidas pelo novo Marco legal de CT&I (Lei nº 13.243/2016) e suas atualizações, foi considerado que trarão modernização, sendo necessário que os órgãos de controle se alinhem ao novo modelo, que pode não estar em convergência com a legislação das aquisições públicas. Os entrevistados informaram ainda estar estudando todas as possibilidades que a lei traz, tendo equipes se dedicando a isso. Entretanto, já indicaram contribuições positivas trazidas pela lei, sendo: o estímulo da cooperação e interação entre os LFO e o setor privado, possibilidade de prestação de serviços técnicos especializados a terceiros em atividades voltadas para pesquisa e inovação; a constituição dos NIT com personalidade jurídica própria, contratação de pesquisa no exterior, oportunidade de desenvolvimento em conjunto, possibilidade de tratar a inovação separada da produção, compartilhamento de laboratórios e infraestrutura com terceiros, mediante contrapartida financeira ou não.

Conclusões

Conforme verificado no artigo, a interação entre governo-empresas-universidades, por meio das parcerias, tem sido fundamental para ampliação do processo de aprendizado da indústria farmacêutica pública, apesar de não ser um caminho fácil a ser trilhado. Muitas são as barreiras nessa relação, entre elas, a diferença dos propósitos dos atores, a burocracia na formalização de contratos e a instabilidade política, jurídica e comercial.

Pelos resultados do estudo, contudo, foi possível conhecer mecanismos e estratégias de inovação utilizadas por instituições farmacêuticas públicas para a redução das vulnerabilidades do SUS, assim como benefícios trazidos pelos acordos para TT, especialmente pelas PDP, que são instrumentos concretos e inovadores do uso do poder de compra do Estado para a transformação no sistema produtivo da saúde. As respostas dos entrevistados, pessoas envolvidas no dia a dia

das PDP, vão ao encontro dessa afirmação. Apesar dos desafios relatados, consideram que houve crescimento na capacitação de seus profissionais e ampliação de suas infraestruturas fabris, o que vem contribuindo para a diversificação dos portfólios e para geração de empregos, fatores essenciais para a ampliação do acesso à saúde e desenvolvimento do País. Conquanto os benefícios relatados, as evidências do estudo demonstram que as atividades de P&D precisam avançar e que a capacidade industrial e tecnológica dos LFO ainda é limitada e carente de investimentos, o que dificulta suas estratégias em acumulação e difusão tecnológica.

Desse modo, mudanças de ordem governamental e institucional vislumbram-se prementes, a fim de que as estratégias de inovação para o SUS apresentem resultados mais efetivos e possam ser revertidos para o bem-estar da sociedade, podendo-se citar: mudança de cultura por parte do MS, que deve atuar não somente no monitoramento e cobrança de resultados, mas também como agente orientador e facilitador das atividades dos LFO em instituições como o Inpi, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e os Órgãos de controle; alterações no Marco Legal das PDP, conforme as sugestões apresentadas, visando ao aprimoramento; ampliação dos investimentos em infraestrutura de P&D por parte do MS e busca de novas fontes de recursos, investimentos e parcerias por parte dos LFO; ampliação do conhecimento e do uso das oportunidades trazidas pelo Marco Legal da Inovação por parte dos LFO; maior uso dos demais instrumentos estratégicos estabelecidos pela PNITS, além das PDP (encomenda tecnológica e Mecs), visando a acordos não apenas para TT já

dominadas, mas, sobretudo, para projetos de desenvolvimento local de tecnologias originais ou aquisições mais benéficas ao País; reestabelecimento das PDP, com a divulgação de uma nova lista de produtos estratégicos, na qual prevaleça o equilíbrio entre a questão sanitária e econômica; implementação de uma política voltada aos medicamentos negligenciados, visando à viabilidade da produção e do desenvolvimento de pesquisas nacionais para esse tipo de medicamento; maior interação da indústria com a área de serviços assistenciais, haja vista ser essa relação um importante balizador para indicar caminhos e prioridades do SUS para investimento, entre outras.

Por fim, compreende-se que o artigo trouxe respostas a algumas lacunas de conhecimento, dando visibilidade à temática e agregando contribuições importantes para os projetos voltados à inovação em medicamentos e vacinas para o SUS. Os resultados demonstram ainda a essencialidade da manutenção de políticas e programas estratégicos que privilegiem a saúde, a ciência, a tecnologia e inovação, diante da vulnerabilidade do País e das necessidades sanitárias da população brasileira.

Colaboradores

Fernandes DRA (0000-0002-0969-2707)* contribuiu para a concepção, planejamento, coleta de dados, interpretação dos resultados e redação do trabalho. Gadelha CAG (0000-0002-9148-8819)* contribuiu para a supervisão do estudo, análise e revisão crítica do manuscrito. Maldonado JMSV (0000-0002-0815-1765)* contribuiu para a análise e revisão crítica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Britto J, Vargas MA, Gadelha CGA, et al. Competências científico- tecnológicas e cooperação universidade-empresa na saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2022 jan 2]; (46):41-50. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102012000700007>.
2. Dutta S, Lanvin B, Wunsch-Vincent S. *The Global Innovation Index 2020: Who Will Finance Innovation?* 2020. 13. ed. Ithaca; Fontainebleau; Genebra: Johnson College of Business; The Business School for the World INSEAD; World Intellectual Property Organization. [acesso em 2022 jan 2]. Disponível em: https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/26/5d/265d9b4d-6bcf-4213-b714-5d7cd7671508/gii_2020_port.pdf.
3. Croitoru A. A review to a book that is 100 years old: Schumpeter JA. *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Credits, Interest, and the Business Cycle* 1934. *J. Comparat. Research in Anthropol. Sociol.* 2012 [acesso em 2022 jan 5]; 3(2):137-148. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/272398717_Schumpeter_JA_1934_2008_The_Theory_of_Economic_Development_An_Inquiry_into_Profits_Capital_Credit_Interest_and_the_Business_Cycle_New_Brunswick_USA_and_London_UK_Transaction_Publishers.
4. Fernandes DRA, Gadelha CAG, Maldonado JMSV. Vulnerabilidades das indústrias nacionais de medicamentos e produtos biotecnológicos no contexto da pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2022 jan 5]; 37(4):e00254720. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00254720>.
5. Chesbrough HW. *Open innovation: The new imperative for creating and profiting from technology*. Boston: Harvard Business School Press; 2003.
6. Ferreira CLD, Ghesti GF, Braga PRS. Desafios para o processo de transferência de tecnologia na Universidade de Brasília. *Cadernos De Prospecção*. 2017 [acesso em 2022 jan 5]; 10(3):341. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/22148>.
7. Prata WM. O papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na inovação: um estudo sobre transferência de tecnologia no Brasil. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. [acesso em 2022 jan 5]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-BB9KAX/1/tese_v75_rfinal.pdf.
8. Gadelha CAG. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2022 jan 5]; 40(esp):11-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400003>.
9. Furtado C. O subdesenvolvimento revisitado. *Econ. Soc.* 1992 [acesso em 2022 jan 5]; 1(1):5-19. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643307/10831>.
10. Gadelha CAG, Costa LS, Maldonado JMSV. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2022 jan 5]; 46(1):21-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000065>.
11. Diniz DM, Mendonça FM, Oliveira FB, et al. Mecanismos de transferência de conhecimento interorganizacional: um estudo na maior instituição brasileira de pesquisa agropecuária. *Cad. EBAPE.BR*. 2020 [acesso em 2022 jan 5]; 18(esp):713-728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395175538>.
12. Bertoni RB. *O Papel da Transferência de Tecnologia no Sistema Nacional de Inovação Brasileiro: uma perspectiva estruturalista e evolucionária*. [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020. [acesso em 2022 jan 5]. Disponível em: https://www.ie.ufrj.br/images/IE/PGE/teses/2020/TESE_RebecaBBL_Biblioteca.pdf.
13. Salvini JTS, Galina SVR. Análise configuracional das proximidades em alianças de inovação. *RAE-Rev Adm Empresas*. 2022 [acesso em 2022 set 5]; 62(3):1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020220306>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). 2023. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/deciis/pdp>.
15. Fernandes DRA, Gadelha CAG, Maldonado JMSV. O papel dos produtores públicos de medicamentos e ações estratégicas na pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2022 set 5]; 46(132):13-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213201>.
16. Dosi G. The Nature of the Innovation Process. In: Dosi G, Freeman C, Nelson R, et al., editores. *Technical Change and Economic Theory*. London: Pinter; 1988. p. 221-238.
17. Prata WM, Silvestre RG, Godman B, et al. A critical look at innovation profile and its relationship with pharmaceutical industry. *Inter. J. Scient. Research and Manag.* 2017 [acesso em 2022 set 5]; 5(7):5934-5948. Disponível em: <https://doi.org/10.18535/ijserm/v5i7.20>.
18. Stiglitz JE. A globalização e seus malefícios: a promessa não-cumprida de benefícios globais. São Paulo: Futura; 2002. 327 p.
19. Barbieri JC, Delazaro W. Nova regulamentação da transferência de tecnologia no Brasil. *Rev adm empres*. 1993 [acesso em 2022 set 5]; 33(3):6-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901993000300002>.
20. Cassiolato JE, Szapiro MHS. Os dilemas da política industrial e de inovação: os problemas da Região Sudeste são os do Brasil. In: Leal CFC, Linhares L, Lemos C, et al., organizadores. *Um olhar territorial para o desenvolvimento: Sudeste*. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; 2015. p. 284-317. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/526598>.
21. Chiarini T, Silva ALG. Os principais canais de transferência internacional de tecnologia em diferentes paradigmas tecnológicos: implicações para a superação do subdesenvolvimento. *Econ soc*. 2017 [acesso em 2022 set 5]; 26(3):691-719. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n3art6>.
22. Nelson R, Winter S. *Uma Teoria Evolucionária da Mudança Econômica*. Campinas: Editora Unicamp; 2005.
23. Freeman C, Soete L. *A economia da inovação Industrial*. São Paulo: Editora Unicamp; 2008.
24. Vargas M, Bueno I, Alves N, et al. CT&I em saúde: porta de entrada para Revolução 4.0 e caminho para o acesso universal. In: Gadelha CAG, Cassiolato J, Gimenez D. *Saúde é desenvolvimento: o complexo econômico-industrial da saúde como opção estratégica nacional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEE; 2022. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/sites/default/files/CEE%20Fiocruz%20-%20Saude%20e%20desenvolvimento.pdf>.
25. De Negri F. Políticas Públicas para Ciência e Tecnologia no Brasil: cenário e evolução recente. Nota Técnica 92. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2021. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10879/2/NT_92_Diset_Politicas_Publicas_Para_Ciencia.pdf.
26. Sundfeld CA, Souza RP. Parcerias para o desenvolvimento produtivo em medicamentos e a Lei de Licitações. *Rev Direito Adm*. 2013; 264(0):91-133.
27. Albareda A, Torres RL. Avaliação da economicidade e da vantajosidade nas Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(3):e00070320. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00070320>.
28. Bezerra AC, Arcuri R. Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde traz segurança jurídica, mas tem lacunas. *Rev Facto*. 2018 [acesso em 2022 set 5]; (57). Disponível em: https://www.abifina.org.br/revista_facto_materia.php?id=724.
29. Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regula o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Admi-

- nistração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Jun 1993.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 18 de abril de 2012. Define as diretrizes e os critérios para o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Diário Oficial da União. 18 Abr 2012.
 31. Brasil. Decreto nº 9.283, de 7 de fevereiro de 2018. Regulamenta a Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004, a Lei nº 13.243, de 11 de janeiro de 2016, o art. 24, § 3º, e o art. 32, § 7º, da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, o art. 1º da Lei nº 8.010, de 29 de março de 1990, e o art. 2º, caput, inciso I, alínea “g”, da Lei nº 8.032, de 12 de abril de 1990, e altera o Decreto nº 6.759, de 5 de fevereiro de 2009, para estabelecer medidas de incentivo à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo, com vistas à capacitação tecnológica, ao alcance da autonomia tecnológica e ao desenvolvimento do sistema produtivo nacional e regional. Diário Oficial da União. 8 Fev 2018.
 32. Bastos VD. Laboratórios farmacêuticos oficiais e doenças negligenciadas: perspectivas de política pública. *Rev BNDES*. 2006 [acesso em 2022 set 5]; 13(25):269-298. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/js-pui/handle/1408/11694>.
 33. Rezende KS. As parcerias para o desenvolvimento produtivo e estímulo à inovação em instituições farmacêuticas públicas e privadas. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013. 176 p.
 34. Ries E. *The lean startup: how today's entrepreneurs use continuous innovation to create radically successful businesses*. New York: Crown Business; 2011.
 35. Falcão RP, Machado MM, Cruz EP, et al. Trajetórias emergentes de startups brasileiras-canadenses à luz do modelo de uppsala, empreendedorismo de imigrantes e da effectuation. *READ Rev Eletron Adm*. 2021 [acesso em 2022 set 5]; 27(3):835-869. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.335.109038>.
 36. Silva GO, Elias FTS. Estudo de casos múltiplos das parcerias para o desenvolvimento produtivo: doenças negligenciadas versus doenças crônicas não transmissíveis. *Rev. Tempus: Actas de Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2022 set 5]; 11(4):147-169. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2330>.

Recebido em 06/11/2022

Aprovado em 03/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este artigo contou com apoio financeiro do projeto Fiocruz/Fiotec 'Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0' e do Projeto CNPq 'Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde para a sustentabilidade do SUS'

Estudo comparativo entre empresa farmacêutica global e instituição pública de produção e inovação em saúde

Comparative study between global pharmaceutical company and public institution of production and innovation in health

Kelly Cristina Rodrigues da Rocha¹, Carlos Augusto Grabois Gadelha²

DOI: 10.1590/0103-1104202313802

RESUMO O cenário tecnológico no campo da saúde é um fato alarmante, mormente no contexto provocado pela Covid-19. Nessa conjuntura, a Fundação Oswaldo Cruz, por meio da Unidade de Bio-Manguinhos, e o Butantan foram protagonistas para o acesso universal, dialogando com estratégias internacionais. No adensamento da discussão estratégica para Instituições Públicas de Produção e Inovação em Saúde (Ippis), o uso de diretrizes da Avaliação de Tecnologias em Saúde destaca-se como via de mudança paradigmática para a introdução de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) alinhada à visão de inovação de futuro em saúde consonante às demandas nacionais. Este artigo, desenvolvido metodologicamente mediante pesquisas descritiva qualitativa, bibliográfica, documental e trabalho de campo, buscou traçar simetrias e assimetrias baseado nas experiências coletadas em empresa farmacêutica global e instituição de referência nacional pública do campo de incorporação tecnológica em saúde. Como resultados, são explicitados pontos-chave para o fortalecimento técnico e político do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, por meio da revisão organizacional das Ippis quanto a aspectos de inovação e de gestão, culminando na promoção de melhorias na Política de ciência, tecnologia e inovação em resposta ao desafio da sustentabilidade, efetividade e acesso no SUS.

PALAVRAS-CHAVE Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias em saúde. Avaliação da tecnologia biomédica. Sistema Único de Saúde. Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

ABSTRACT *The technological scenario in the field of health is an alarming fact, especially in the context caused by COVID-19. In this context, the Oswaldo Cruz Foundation, through the Bio-Manguinhos Unit, and the Butantan Institute were protagonists for universal access, dialoguing with international strategies. In the strategic discussion for Public Institutions of Production and Innovation in Health (IPPIS), the use of guidelines of the Technological Assessment in Health stands out as a way of paradigmatic change for the introduction of technologies in the Unified Health System (SUS) in line with the vision of future innovation in health in accordance with national demands. This article, methodologically developed through qualitative descriptive research, bibliographical, documentary and field work, sought to trace symmetries and asymmetries based on the experiences collected in a global pharmaceutical company and a public national reference institution in the field of technological incorporation in health. As a result, key points are explained for the technical and political strengthening of the Health Economic-Industrial Complex, through the organizational review of the IPPIS regarding innovation and management aspects, culminating in the promotion of improvements in the science, technology and innovation policy in response to the challenge of sustainability, effectiveness and access in the SUS.*

KEYWORDS *Access to essential medicines and health technologies. Technology assessment, biomedical. Unified Health System. Health Economic-Industrial Complex.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Tecnologia em Imunobiológico (Bio-Manguinhos) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
kelly.cristina@bio.fiocruz.br

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



Introdução

A área da saúde é nitidamente percebida como área de grande dinamismo e absorção de conhecimento e ponto de equilíbrio entre desenvolvimento econômico e bem-estar social, tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos maiores consumidores de inovação. Assume-se, portanto, como o elo crítico que subordina a política industrial, de inovação e gestão em saúde. Para tal, no essencial papel do Estado, o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis) atua como articulador dos fatores essenciais (conhecimento tecnológico, indústria, produtos e serviços e incorporação tecnológica no SUS) em seus subsistemas, em prol da universalização do acesso à saúde no Brasil, fortalecimento da indústria e musculatura tecnológica, como contraponto à lógica capitalista que permeia a dinâmica do sistema nacional da saúde^{1,2}.

Por outro lado, a ampliação do acesso no sistema de saúde por meio da introdução de novas tecnologias estabelece um progressivo aumento dos gastos públicos em saúde, principalmente na base química e biotecnológica do Ceis, alimentado pela demanda de novos medicamentos. Dessa forma, a incorporação de tecnologia e a sustentabilidade tornam-se temas centrais em países que adotaram caminhos para universalização do sistema de saúde, como Brasil e Reino Unido. Com prejuízo à sustentabilidade desse sistema, o aumento de gastos públicos, potencializado pela judicialização da saúde, a perspectiva de *accountability* e a sistematização recente do fluxo de incorporação de tecnologia em saúde no Brasil impõem pressão aos gestores do setor da saúde³⁻⁵.

Como meio de organizar e amadurecer o processo de incorporação tecnológica no Brasil, a institucionalização da Política Nacional de Gestão Tecnológica em Saúde (PNGTS), em 2009, objetivou a sistematização dos processos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) como elemento de subsídio estratégico. Sob a responsabilidade da Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Único de Saúde (Conitec), inserida organizacionalmente no Ministério da Saúde, está a ampliação de um olhar estrito às questões econômicas para uma visão multidisciplinar quanto à avaliação das inovações para a saúde, pois, ao incluir aspectos territoriais, epidemiológicos, culturais, condições de vida e necessidades de saúde da população, imputam uma relação de custo-efetividade à incorporação de tecnologia⁴.

As diretrizes metodológicas de ATS auxiliam a sistematização e dão rigor metodológico na identificação de alternativas relevantes, propiciando ambiente à redução de incertezas. Assim, além de subsidiarem estudos e respostas a órgãos de controle, atuam como um meio de minimizar o questionamento se novas tecnologias são parte do problema, parte da solução ou as duas coisas⁶.

Dessa forma avaliar significa estabelecer um fluxo de análise e monitoramento, de forma a retroalimentar e influenciar todo o sistema e atores envolvidos. A busca por soluções custo-efetivas, principalmente por instituições estratégicas do Ceis, pode refletir na redução de assimetrias perante o mercado internacional, nos gastos públicos na aquisição de insumos e produtos importados e no fortalecimento da indústria nacional^{7,8}.

Países em desenvolvimento, apesar dos avanços observados no campo da ATS, enfrentam toda a sorte de desafios acerca da limitação de recursos, diversidade no padrão de morbidade, diversidade cultural, sistema político, estrutura do sistema de saúde, baixa disponibilidade de informação e dados e insuficiente capacidade tecnológica e produtiva⁹. Configura-se, portanto, um cenário no qual os principais atores no aprendizado tecnológico têm sido os grandes grupos econômicos capazes de internalizar competências para a seleção das tecnologias adquiridas no exterior, para seu uso e adaptação eficientes, acirrando o processo de cristalização de assimetrias tecnológicas e o hiato temporal entre inovadores e imitadores^{10,11}.

A emergência da avaliação entre a dinâmica tecnológica e o aumento de custos em saúde é reafirmada pela perspectiva do imperativo tecnológico daqueles que valorizam os novos lançamentos, o aumento da intensidade, a indicação e a expansão de uso de produtos de base tecnológica, como fatores geradores da alavancagem da competitividade no mercado sanitário¹². Esse cenário torna a avaliação tecnológica uma responsabilidade das instituições como instrumento de participação na construção e no aperfeiçoamento do SUS, na aprendizagem tecnológica e no controle social, implicando o estabelecimento de um fluxo de análise e monitoramento, retroalimentando e influenciando todo o sistema e suas partes envolvidas⁸.

Em razão de a estratégia de competitividade tecnológica ser sustentada pela produção de inovações em função da dependência do avanço científico, e de as descobertas tecnológicas conferirem especificidades setoriais, no setor da saúde, observam-se claramente as assimetrias ante o mercado internacional e seus impactos na indústria nacional capitaneada pelas Instituições Públicas de Produção e Inovação em Saúde (Ippis) que atuam diretamente no abastecimento e manutenção do SUS.

Metodologia

Imersa nesse contexto da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTI&S), a metodologia utilizada neste trabalho determinou-se por meio de pesquisa descritiva qualitativa documental (Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos da Fundação Oswaldo Cruz – Bio-Manguinhos/Fiocruz) e bibliográfica, a partir dos descritores “Avaliação Tecnológica em saúde” AND “Incorporação Tecnológica” AND “Sistema Único de Saúde” OR “Sistema Universal de Saúde” OR “SUS” AND “Complexo Econômico Industrial da Saúde”; em bases científicas (Scopus, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde

no Ministério da Saúde – BVSMS, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS), tendo o período de coleta compreendido os últimos dez anos (período atrelado à criação da Conitec em 2011), para compreensão da incorporação e avaliação tecnológica no SUS.

Somado a isso, realizou-se um trabalho de campo, por meio de *benchmarking*, a fim de observar e estabelecer comparação nas perspectivas estratégicas e estrutura organizacional entre Bio-Manguinhos/Fiocruz, maior Ippis da América Latina, e um empresa farmacêutica global líder de mercado, patentes e investimento em Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) com impacto direto no mercado brasileiro, haja vista o número de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e submissões de produtos à Conitec.

Tal escolha para análise comparativa objetiva promover elementos que dialoguem entre as estratégias e os desafios de uma agenda nacional com vistas à viabilização de acesso por meio da produção local, considerando as especificidades do SUS, tendo as Ippis com papel ímpar de agente de mudança e capilarização de conhecimento dentro do SUS e do Ceis.

A pesquisa foi devidamente apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), conforme parecer de número 4.230.033.

Avaliação de Tecnologias em Saúde

A ATS surgiu no contexto internacional, configurando-se como um importante instrumento no auxílio à tomada de decisão de todo o ecossistema da saúde, assim como no sistema judiciário¹³. Originária dos sistemas nacionais de saúde e da dinâmica das tecnologias sanitárias, a ATS é uma disciplina aplicada pautada metodologicamente na epidemiologia e, conceitualmente, na Medicina Baseada em Evidências (MBE)¹⁴.

A abrangência e o aumento da intensidade do avanço das tecnologias aplicadas à saúde, a partir do século XX, estão condicionados às mudanças do perfil epidemiológico e aos desafios observados na gestão pública e à articulação entre os setores responsáveis pela produção, incorporação e utilização das tecnologias nos sistemas de saúde¹³. Dessa forma, a ATS como ferramenta metodológica e de gestão ganhou força devido à sua característica multidisciplinar, colaborando para equidade e acesso aos serviços de saúde, eficiência na alocação de recursos, efetividade e qualidade dos serviços e sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

Sistematizada como fator estratégico em países com sistema universal de saúde, como o Reino Unido, no âmbito da administração pública, representou significativa transformação na forma de governança e formulação das políticas de gestão, por meio da coordenação de atividades técnicas com vista a mitigar as interferências das vicissitudes políticas¹⁵. No Brasil, a institucionalização a PNGTS, em 2009, e a criação da Conitec, em 2011, marcaram a institucionalização e o caminho de amadurecimento do conhecimento em ATS. Contudo, ainda, com baixa participação das instituições estratégicas no Ceis no fluxo de incorporação tecnológica no SUS, assim como uso por elas dos produtos da Conitec, requerendo um olhar mais amplo nas avaliações realizadas por essas instituições¹⁶.

Benchmarking: análise comparativa

O modelo de mercado célere e competitivo da indústria farmacêutica exige das empresas do setor largos investimentos com concentração nas multinacionais. Dado esse cenário, o enfoque do *benchmarking* e análise comparativa realizados, considerando as especificidades dos modelos jurídicos, concentrou-se nas informações sobre a organização interna e como oportunizam conhecimentos inerentes ao fluxo de incorporação e ATS, objetivo este considerado sensível e estratégico pela empresa consultada. Resguardado o sigilo, as respostas concedidas possibilitaram traçar paralelos estratégicos e organizacionais e as relações com os respectivos sistemas de saúde e agências de ATS. A indústria selecionada para pesquisa é uma das maiores empresas farmacêuticas de pesquisa e líderes de patentes no mundo (*quadro 1*). Essa companhia multinacional possui divisão de imunobiológicos que a posiciona entre as maiores pesquisadoras e fabricantes de vacinas do mundo. Globalmente, em 2019, essa indústria investiu £ 4.6 bilhões em P&D, com 6 estudos em andamento, sendo 3 em mieloma múltiplo, 2 de câncer de cabeça e pescoço e 1 de câncer de pulmão, envolvendo 59 centros de pesquisa e 144 participantes.

Quadro 1. *Ranking* dos principais grupos econômicos do setor farmacêutico (R\$)

Ranking	Grupo Econômico	Classificação
1	Grupo Sanofi/Medley/Genzyme	> = 3 bilhões
2	Grupo E.M.S	> = 3 bilhões
3	Grupo Sandoz/Novartis	> = 3 bilhões
4	Grupo Aché/Biosintética	> = 3 bilhões
5	Grupo Eurofarma/Momenta	> = 3 bilhões
6	Grupo Hypera	> = 3 bilhões
7	Grupo Johnson & Johnson	Entre 2 bilhões e 3 bilhões
8	Grupo Pfizer/Wyeth	Entre 2 bilhões e 3 bilhões
9	Grupo MSD/Schering Plough	Entre 2 bilhões e 3 bilhões
10	Grupo Glaxo/Stiefel	Entre 2 bilhões e 3 bilhões

Quadro 1. Ranking dos principais grupos econômicos do setor farmacêutico (R\$)

Ranking	Grupo Econômico	Classificação
11	Grupo Bayer/Schering do Brasil	Entre 2 bilhões e 3 bilhões
12	Grupo Takeda/Multilab	Entre 2 bilhões e 3 bilhões
13	Grupo Cristália	Entre 2 bilhões e 3 bilhões

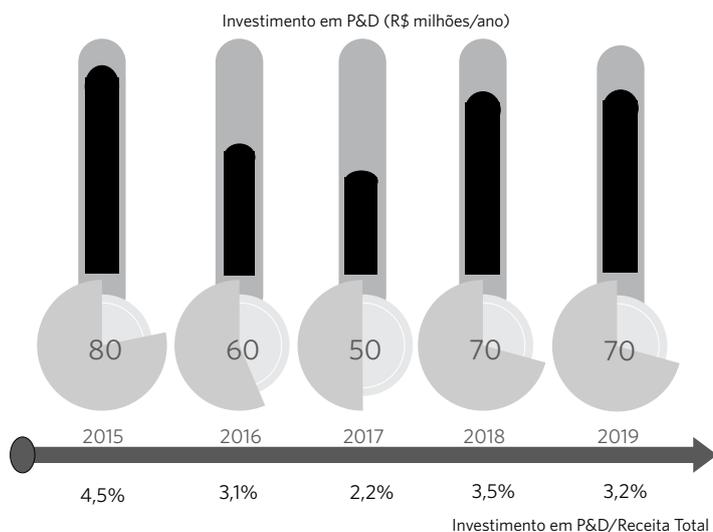
Fonte: adaptado do Anuário estatístico Anvisa 2019¹⁷.

Possui escritórios em mais de 115 países, além de centros de pesquisa importantes no Reino Unido, nos Estados Unidos da América, na Espanha, na Bélgica e na China; bem como uma rede de produção extensiva, em cerca de 70 locais em todo o mundo. Está presente no Brasil há mais de 100 anos, envolvendo-se em grandes projetos com o governo brasileiro por meio de parcerias com instituições estratégicas de Estado e do Ceis (Fiocruz desde 1985 e de Bio-Manguinhos desde 1998).

Comparativamente, no aspecto dimensão, Bio-Manguinhos conta com o Complexo Tecnológico de Vacinas (CTV), um dos maiores centros de produção da América Latina, instalado no *campus* da Fiocruz em Manguinhos e com previsão de expansão com a unidade de Pesquisa, Desenvolvimento e Produção Industrial, em Eusébio/CE, e o Complexo Industrial de

Biocologia em Saúde (Cibs), em Santa Cruz/RJ (terreno de 580 mil metros quadrados). Sua abrangência mundial possui atuação destacada no cenário internacional pela exportação do excedente de sua produção para mais de 70 países em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Ainda, desde 2001, atua no fornecimento da vacina contra a febre amarela como Instituto pré-qualificado na Organização Mundial da Saúde (OMS) e, desde 2008, na distribuição da vacina meningocócica AC para agências das Nações Unidas. Apesar de sua abrangência, os esforços realizados em Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) somam o investimento de 3,2% da receita total do Instituto entre 2015 e 2019, conforme *figura 1*, sendo ainda insuficientes para atender às inúmeras demandas da sociedade¹⁸.

Figura 1. Evolução de investimento em P&D de Bio-Manguinhos



Fonte: adaptado de Bio-Manguinhos, Relatório de Atividades 2020¹⁸.

No aspecto governamental, a empresa pesquisada possui relação consolidada com o sistema de saúde onde está sediada, por meio de projetos conjuntos sustentados pela crença de que a forte relação com seu governo estreita laços para melhor compreensão do sistema de saúde, proporcionando melhor qualidade de longevidade em seu país. Segundo eles, tais esforços são extensíveis ao Brasil para a promoção de eficiência tecnológica e redução de custos no SUS por meio de parcerias com o governo brasileiro. Tais parcerias são revisadas periodicamente por um Comitê Diretivo de forma a manter alinhamento com o escopo original e alertas em eventuais necessidades.

Tratando-se de Bio-Manguinhos, sua relação com o SUS é expressa em sua missão

e seus valores, contribuindo para a melhoria dos padrões da saúde pública brasileira por meio de inovação, desenvolvimento tecnológico, produção de imunobiológicos e prestação de serviços para atender prioritariamente às demandas de saúde do País, conforme observado em seu portfólio (figura 2) e PDP (quadro 2). Para acompanhamento dessas parcerias, Bio-Manguinhos conta com instâncias de decisão e áreas para acompanhamento da evolução das parcerias, como a Coordenação de Transferência Tecnológica (Cotec) – embora, ainda, em fase de consolidação de papéis e processos institucionais –, a área de Gestão de Projetos (Gepro) e a Assessoria Planejamento e Organização (Asspo), responsável pelo acompanhamento estratégico e orçamentário.

Figura 2. Portfólio de Bio-Manguinhos

Vacinas	Kit - Diagnóstico	Biofármacos
<ul style="list-style-type: none"> • Difteria, tétano, pertussis e <i>Haemophilus influenzae</i> d (conjugada) (DTP e Hib) – 5 doses; • Covid-19; • Febre Amarela – 5,10 e 50 doses; • Meningocócica AC (polissacarídica) – 10 doses; • Poliomelite Inativada (IPV) – 10 doses; • Poliomelite Oral (OPV) – 25 doses; • Sarampo, caxumba, rubéola (tríplice viral – TVV) – 10 doses; • Sarampo, caxumba, rubéola e varicela (tetra viral – MMRV) – 10 doses; • Rotavírus humano – 1 dose; • Pneumocócica 10-valente – 1 e 4 doses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Imunoblot rápido DPP HIV-1/2; • TR DPP Leishmaniose visceral canina; • Imunofluorescência indireta (IFI) Chagas; • Ensaio imunoenzimático (EIE) Leishmaniose visceral canina; • TR DPP Leptospirose; • TR DPP Esquistossomose; • Kit NAT Plus (HIV/HCV/HBV/Malária); • Kit NAT Plus (HIV/HCV/HBV); • TR DPP Sars-CoV; • TR DPP ZDC (Zika, Dengue, Chikungunya) IgM/IgG; • Kit Molecular Febre Amarela. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alfaliglicerases (200 UI); • Infliximabe (100mg); • Betainterferona 1ª (22 mcg e 44 mcg); • Etanercepte (50mg); • Rituximabe (100 e 500 mg); • Trastuzumabe (150 mg); • Golimumabe (50 mg); • Somatropina (4 e 12 UI).

Fonte: adaptado de Bio-Manguinhos, 2019¹⁹.

Quadro 2. PDP vigentes

Quadro Geral		PRODUTOS	FASES				Total
			I	II	III	IV	
PDP Vigentes	62	Biotecnológicos	1	6	7		14
Biotecnológicos	14	Hemoderivados			1		1
Hemoderivados	1	Sintéticos	6	14	10	14	44
Sintéticos	44	Vacinas			3		3
Vacinas	3	Total	7	20	21	14	62
Bio-Manguinhos	9						
Farmanguinhos	9						
Butantan	8						

Fonte: adaptado dos PDP vigentes do Ministério da Saúde²⁰.

No eixo relativo à estrutura organizacional, voltado à prospecção, incluindo o cenário brasileiro com submissão à Conitec, a pesquisa coletou na empresa multinacional estudada a existência de uma área de Farmacoeconomia responsável pela condução das propostas de ATS posicionada dentro do departamento médico. As discussões relativas a esse tema acontecem de forma conjunta com os departamentos de acesso, voltado às incorporações tecnológicas em sistemas de saúde e à área de relações governamentais e *marketing*. Como resultado dessa estrutura, observa-se a expansão no mercado brasileiro, a exemplo de sua atuação na área de onco-hematologia com portfólio formado por 15 opções terapêuticas em desenvolvimento clínico, além do investimento em diversas frentes, incluindo imun-oncologia, epigenética, letalidade sintética e terapia gênica. Iniciativa essa alicerçada no vasto mercado brasileiro cujo avanço da incidência de câncer em países emergentes possui a perspectiva de aumento em até 78%, alcançando aproximadamente 998 mil novos casos por ano no País até 2040²¹.

Sua estrutura, diretamente ligada à P&D, considera grupos menores, mais ágeis e com maior poder de decisão na busca por compostos de uma determinada doença, possibilitando um ambiente para criação de moléculas ou biofármacos que se tornarão novos medicamentos no futuro.

Aqui, acentuam-se as diferenças entre as duas instituições no que tange à consolidação institucional no uso das metodologias em ATS como ferramenta a suportar prospecções e diretrizes estratégicas para investimento em P&D. Bio-Manguinhos possui em sua estrutura formal o Núcleo de Análises Econômicas e Financeiras (Nafe), inserido no Departamento Administrativo (Depad), responsável por Estudos de Viabilidade Econômica (EVE) para novos produtos; e a Divisão de Novos Negócios (Dinne), no Departamento de Relações com o Mercado (Derem), responsável pela captação e avaliação de oportunidades de parcerias e transferências de tecnologia.

Soma-se a essa estrutura a atividade de prospecção, ainda em amadurecimento, com atuação recente no caso de sucesso para seleção e pactuação do contrato de encomenda de tecnologia assinado com a empresa AstraZeneca para a produção da vacina Covid-19, e a atividade utilizando a MBE inserida na assessoria clínica. Ainda que as atividades estejam estabelecidas, observa-se baixa coordenação entre os fluxos organizacionais com reflexo na estrutura formal, impossibilitando que o Instituto usufrua estrategicamente dos conhecimentos e dos benefícios das metodologias de ATS, a exemplo da empresa farmacêutica global pesquisada.

Por fim, quanto à relação da empresa com a agência de ATS do País, a empresa consultada afirma fazer uso dos produtos/estudos publicados pela agência em seu planejamento estratégico e atua como consultora participante do fluxo nacional de avaliações e incorporações tecnológicas. Afirmam, ainda, reconhecer a existência cada vez maior da conexão entre as principais agências reguladoras mundiais, a exemplo do National Institute for Clinical Excellence (NICE), balizadora mundial das diretrizes de ATS.

Neste ponto, pontua-se, novamente, relevante diferença entre as duas organizações da indústria farmacêutica. Na apresentação de seus processos, Bio-Manguinhos demonstra uso incipiente dos estudos publicados pela Conitec e atuação recente no fluxo institucional de avaliação e incorporação tecnológica na Comissão Nacional, por intermédio, até o presente momento, do envolvimento na consulta pública e submissão para ampliação de uso dos produtos Rituximabe e Betainterferona. Sua atuação no fluxo nacional de avaliações e incorporações tecnológicas é como produtor responsável pelo abastecimento do SUS a partir da divulgação da lista de produtos estratégicos publicitada pela Conitec.

Para melhor visualização, contidos no *quadro 3*, foram resumidos os aspectos gerais dos eixos da análise comparativa entre a empresa farmacêutica global e a Ippis observadas.

Quadro 3. Análise comparativa entre uma empresa farmacêutica global e uma Ippis

Ranking	Benchmarking	Bio-Manguinhos
Dimensão	<ul style="list-style-type: none"> • Possui escritórios em mais de 115 países, além de centros de pesquisa importantes; • Rede de produção extensiva em cerca de 70 locais em todo o mundo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possui o CTV, um dos maiores centros de produção da América Latina e a planta piloto instalados no <i>campus</i> da Fiocruz em Manguinhos. Previsão de novas unidades em Santa Cruz e Eusébio; • Vinculado ao MS, atende às necessidades do SUS, desde 1976, é agente estratégico das políticas públicas de saúde como um dos propulsores do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e exportação de produtos para mais de 70 países.
Modelo de Gestão e estrutura organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos menores, mais ágeis e com maior poder de decisão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grandes grupos, fluxo de decisão verticalizado, com estrutura tradicional e divisionalizada;
P&D	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento de £4.6 bilhões, em 2019; • Há 6 estudos planejados atualmente, no Brasil, sendo 3 em mieloma múltiplo, dois de câncer de cabeça e pescoço e um de câncer de pulmão, envolvendo 59 centros de pesquisa e 144 participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investimento de R\$70 milhões (3,2% da receita total), em 2019; • 14 projetos de desenvolvimento tecnológico em andamento e 13 PDP vigentes; • 16 iniciativas no Edital InovaBio e participação dos programas Inova Labs Fiocruz e Inova Fiocruz.
Parcerias	<ul style="list-style-type: none"> • Parceria junto a Fiocruz desde 1985 e Bio-Manguinhos desde 1998; • Parceria com outro órgão público no mercado de Onco-Hematologia no Brasil constituindo portfólio com mais de 15 opções terapêuticas em desenvolvimento clínico em diversas frentes, incluindo Imuno-Oncologia, Epigenética, Letalidade Sintética e Terapia Gênica (base prospectiva do cenário brasileiro em 2040). 	<ul style="list-style-type: none"> • Doze projetos de transferência de tecnologia geridos em 2019, sendo quatro de vacinas virais (tríplice viral, tetravalente viral, rotavírus e poliomielite inativada); um de vacina bacteriana (pneumocócica 10-valente); seis de biofármacos (alfaepoetina, alfainterferona, infliximabe, betainterferona 1a, alfataligicerase e etanercepte); e um de <i>kit</i> para diagnóstico nas plataformas DPPs® e DDPPs®.
ATS	<ul style="list-style-type: none"> • Uso das metodologias de ATS em seus processos e formalizados na estrutura organizacional; • Utiliza-se dos estudos produzidos pela agência de ATS do País; • Consultada para contribuição inserida no conjunto de atores do fluxo de incorporação e avaliação tecnológica em saúde do País. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possui institucionalizado o núcleo de análise econômica e financeira, responsável pela atividade de EVE de produtos, e possui atividades de Medicina Baseada em Evidências na Assessoria Clínica e atividade de Prospecção ligada diretamente a Diretoria; • A Unidade faz uso incipiente dos estudos publicitados pela Conitec; • Atuação pontual em uma consulta pública e na submissão para avaliação de ampliação de uso para um medicamento.

Fonte: elaboração própria.

Conclusões

O emprego dos conhecimentos em ATS nos modelos de gestão subsidiando estratégias torna cada vez mais evidente o descolamento entre os países líderes tecnológicos e os periféricos. O papel estratégico da inovação ganha

destaque como cerne das políticas industriais contemporâneas e fator endógeno da dinâmica econômica no modo de produção capitalista. Tais políticas criam ações e abrem espaços em prol à sustentabilidade e efetividade do SUS, assim como a consolidação do Ceis.

A formalização e a instrumentalização do

conhecimento metodológico da ATS visam à promoção do aprendizado, do crescimento e da interlocução com as instâncias inerentes ao fluxo de incorporação e ATS, que traduzir-se-á em independência e construção de novas redes de conhecimento e atuação. Portanto, o convite para a discussão do tema é de grande relevância para o Ceis e suas instituições estratégicas, vislumbrando a inovação.

Inegavelmente, a criação da Conitec constitui um amadurecimento da institucionalização da ATS no sistema de saúde brasileiro, representando um aspecto central no complexo processo de tomada de decisão que rege o financiamento e o acesso a produtos farmacêuticos no SUS.

No entanto, a falta de política e de clareza no modelo de atuação das Ippis no fluxo de incorporação e ATS, a vulnerabilidade industrial e tecnológica nacional, com predominância dos grandes conglomerados econômicos, baixo investimento em P&D e necessidade de melhor qualificação e uso adequado das metodologias de ATS, apresentam impacto direto na estratégia de atuação das instituições que compõem o Ceis. Tais impactos estão relacionados com monitoramento do ambiente externo tecnológico, político-governamental, capacidade instalada, aprendizagem orientada à inovação e estrutura colaborativa, que são importantes fatores de coordenação que podem levar ao sucesso de inovações sustentáveis.

Utilizada como Ippis de comparação, Bio-Manguinhos, apesar de muitos avanços, ainda busca consolidação de uma melhor estrutura organizacional e modelo institucional que propicie alavancar a incorporação

e o desenvolvimento tecnológico, bem como disseminação dos conhecimentos em ATS, vinculando-o à produção para ampliação do acesso universal. Enquanto líderes de mercado, a exemplo do *benchmarking* realizado, possui modelo de gestão ágil e flexível condizente com as necessidades impostas pela inovação, notório foco em P&D e um maduro conhecimento e atuação em ATS, como ferramenta de gestão, oportunizando o preenchimento de lacunas tecnológicas em outros países, como em sua atuação no Brasil.

A institucionalização da visão de incorporação assentada nas metodologias de ATS com vistas ao atendimento à estratégia de Estado para o SUS é observada nesta pesquisa como claro diferencial. Utilizada como ferramenta de gestão, propicia amplitude de conhecimento implicando a internalização de uma concepção não restritiva a fazer novos produtos, mas na promoção de estímulo a parceiros a apresentar caminhos tecnológicos mais vantajosos para o País e para o Ceis, com o relevante papel das Ippis, em atendimento às necessidades sociais, redução da vulnerabilidade do SUS e garantia da sustentabilidade estrutural do acesso universal à saúde.

Colaboradores

Rocha KCR (0000-0002-7002-8741)* contribuiu para a concepção, planejamento, coleta de dados, interpretação dos resultados e redação do trabalho. Gadelha CAG (0000-0002-9148-8819)* contribuiu para a supervisão do estudo, análise e revisão crítica do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Gadelha CAG, Barbosa P, Maldonado J, et al. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema Nacional de Inovação em saúde. *Rev Bras Inov*. 2013; 12(2):252-282.
- Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1891-1902.
- Guimarães R, Carvalheiro J, Elias F, et al. Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(3):881-886.
- Monteiro PHN, Alves OSF, Ianni AMZ. A gestão da incorporação tecnológica no SUS: desafios para a formação de gestores. *Bol Inst Saúde*. 2007; (42):29-31.
- Silva HP, Petramale CA, Elias FTS. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(supl1):83-90.
- Trindade E. Desenvolvimento da Avaliação de Tecnologias de Saúde no mundo. *Bol Inst Saúde*. 2013; 14(2):135-142.
- Silva Júnior JB, Ramalho WM. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015. (Textos para Discussão; n. 17). [acesso em 2022 fev 12]. Disponível em: https://saude-amanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha_Texto0017_A4_07-01-2016.pdf.
- Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(3):569-571.
- Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Cassiolato JE, Lastres HMM. Inovação e desenvolvimento: a força e permanência das contribuições de Eber. In: Monteiro Filha D, Prado LCD, Lastres HMM, organizadores. Estratégias de desenvolvimento, política industrial e inovação: ensaio em memória de Fábio Erber. Rio de Janeiro: BNDES; 2014. [acesso em 2022 fev 12]. Disponível em: <https://fabioerber.com.br/2019/08/05/livro-turquesa-inovacao-e-desenvolvimento-a-forca-e-permanencia-das-contribuicoes-de-erber/>.
- Cimoli M, Dosi G, Nelson R, et al. Instituições e políticas moldando o desenvolvimento industrial: uma nota introdutória. *Rev Bras Inov*. 2007; 6(01):55-85.
- Gelijns A, Rosenberg N. The dynamics of technological change in medicine. *Health Aff*. 1994; 13(3):28-46.
- Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006 [acesso em 2022 fev 12]; 40(4):743-747. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/H6x5qtwjYhGKPQcGPyL4Fgr/?lang=pt&format=pdf>.
- Guimarães R. Technological incorporation in the Unified Health System (SUS): the problem and ensuing challenges. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(12):4899-4908.
- Novaes HMD, Soárez PC. Health technology assessment (HTA) organizations: dimensions of the institutional and political framework. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(supl2):e00022315.
- Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Balanço Conitec: 2012-2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. [acesso em 2022 fev 11]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/BalançoCONITEC.pdfAgência.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anuário estatístico do mercado farmacêutico 2018. Brasília, DF: ANVISA; 2019. [acesso em 2022 fev 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centrais>

deconteudo/publicacoes/medicamentos/cmed/anuario-estatistico-do-mercado-farmaceutico-2018.pdf/view.

18. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Relatório de Atividades 2019. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos; 2020.

19. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos. Portfólio de produtos e serviços tecnológicos de Bio-Manguinhos/Fiocruz. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos; 2020.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP). Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2022 fev 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/cgcis/instrumentos-estrategicos/parcerias-para-o-desenvolvimento-produtivo-pdp-1/produtos-objeto-de-pdp/>

medicamentos-vacinas-e-hemoderivados/parcerias-vigentes.

21. Associação Nacional de Hospitais Privados. OMS divulga projeção de câncer mundial até 2040, dados não eram atualizados há 6 anos. São Paulo: ANAHAP; 2018. [acesso em 2022 fev 12]. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/noticias-do-mercado/oms-divulga-projecao-de-cancer-mundial-ate-2040-dados-nao-eram-atualizados-ha-6-anos/>.

Recebido em 15/03/2022

Aprovado em 19/04/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este artigo contou com apoio financeiro dos projetos Fiocruz/Fiotec 'Desafios para o Sistema Único de Saúde no contexto nacional e global de transformações sociais, econômicas e tecnológicas - CEIS 4.0' e 'Ciência, Tecnologia e Inovação em saúde para a sustentabilidade do SUS'

Deliberación pública en el marco de la respuesta a la pandemia por COVID-19: un análisis de la respuesta temprana en Colombia

Public deliberation in the context of the response to the COVID-19 pandemic: an analysis of the early response in Colombia

Karol Cotes Cantillo¹, Juan Carlos Eslava Castañeda², Carlos Castañeda Orjuela¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313803

RESUMEN La deliberación es deseable en el campo de la salud pública, incluso en escenarios de emergencia sanitaria, donde se deben tomar decisiones de manera rápida y con un alto grado de incertidumbre. Se realizó un análisis del proceso de toma de decisiones en los primeros meses de la llegada de la pandemia de COVID-19 a Colombia y en los meses alrededor del inicio de la vacunación, a la luz del concepto de deliberación pública y con énfasis en las decisiones del Gobierno Nacional relacionadas con el sector salud. Se llevó a cabo un estudio cualitativo de análisis de contenido, usando como fuente documentos de las páginas web de la Presidencia de la República de Colombia, del Ministerio de Salud y Protección Social y del Congreso de la República y páginas de organizaciones sociales, particularmente representativas de población vulnerable y organizaciones no gubernamentales. Los espacios deliberativos para la toma de decisiones relacionadas con el sector salud durante la pandemia en Colombia se limitaron a escenarios formales donde se privilegió la participación de expertos biomédicos y técnicos de entidades gubernamentales del nivel central. Es necesario incluir en los futuros planes de preparación para este tipo de emergencia escenarios con capacidad de deliberación pública.

PALABRAS-CLAVE Participación en las decisiones. Pandemias. Democracia. Toma de decisiones.

ABSTRACT *Deliberation is desirable in the public health field, even in emergency scenarios, where decisions must be made quickly and with a high uncertainty degree. An analysis of the decision-making process in the first months of the COVID-19 pandemic in Colombia and in the months around the start of vaccination was carried out, considering the concept of public deliberation and with emphasis on the decisions of the National Government related to the health sector. A qualitative study of content analysis was carried out, using as information source the documents from the web pages of the Presidency of the Republic of Colombia, the Ministry of Health, and the Congress of the Republic and pages of social organizations, particularly representative of the vulnerable population and non-governmental organizations (NGOs). The deliberative spaces for decision-making related to the health sector during the pandemic in Colombia were limited to formal settings where the participation of biomedical experts and technicians from central government entities was privileged. It is necessary to include scenarios with a greater capacity for public deliberation in future preparedness plans for this type of emergency.*

KEYWORDS *Management quality circles. Pandemics. Democracy. Decision making.*

¹Instituto Nacional de Salud (INS) - Bogotá, Colombia.
kcotes@ins.gov.co

²Universidad Nacional de Colombia (UNAL) - Bogotá, Colombia.



Introducción

La participación social tiene una importante, aunque polémica, tradición en el campo de la salud pública y los procesos deliberativos son cada vez de mayor interés en dicho campo. Ante el impacto que las diversas decisiones tienen en la población, con cargas y beneficios diferenciales, estudios y reflexiones recientes han llamado la atención sobre la necesidad de ampliar los espacios de debates y deliberación alrededor de las decisiones de los países sobre temas de salud pública en general¹⁻⁴, particularmente en contextos de pandemia⁵⁻⁸. Se señala que la deliberación pública puede contribuir a la generación de confianza y legitimidad de las decisiones y permite avanzar en procesos de inclusión, igualdad política, resolución de conflictos, aprendizaje mutuo entre expertos y ciudadanos^{2,4,5,7,9,10}.

Ole Norheim y colaboradores, a partir de una revisión de los procesos de toma de decisiones en 48 países de Europa en el marco de la pandemia por COVID-19, concluyeron que la toma de decisiones deliberativas de forma inclusiva y transparente puede contribuir a decisiones más confiables y legítimas sobre cuestiones éticas y sociales difíciles⁹.

Por su parte, Annete Braunack y colaboradores, en el contexto de la pandemia de influenza, realizaron un estudio empírico a través de foros y concluyeron que los tomadores de decisión y los ejecutores de políticas se enfrentan a múltiples desafíos para la distribución de recursos escasos y en la implementación de medidas adecuadas de cuarentena y aislamiento social, entre otros aspectos, debido a las condiciones particulares de cada entorno. En esta situación, es difícil desarrollar estrategias basadas en evidencia en las que apoyar la implementación de políticas. Por lo tanto, los foros deliberativos pueden proporcionar fuentes locales de evidencia en el marco de una pandemia y anticipar problemas que puedan apoyar o impedir la implementación exitosa de los planes⁷.

Asimismo, existe una amplia literatura sobre la importancia de la participación social

en salud en el desarrollo de los procesos de políticas. De hecho, la política sanitaria es considerada una de las más propicias para la participación y deliberación pública. Incluso en una situación de emergencia como la pandemia por COVID-19 donde las decisiones deben tomarse de manera rápida y con una gran incertidumbre, la deliberación pública es deseable^{2,5,6,8,11}.

Teniendo en cuenta lo anterior y partiendo del reconocimiento de la importancia de la deliberación pública en la toma de decisiones en el contexto de crisis sanitaria, así como en el fortalecimiento de la democracia, el objetivo de este estudio es realizar un análisis exploratorio del proceso de toma de decisiones en los primeros meses de la llegada de la pandemia a Colombia (marzo a septiembre de 2020) y en los meses alrededor del inicio de la vacunación (diciembre de 2020 a julio de 2021), a la luz del concepto de deliberación pública y con énfasis en las decisiones del Gobierno Nacional, particularmente las del sector salud. Esto con el propósito de estimular la reflexión sobre la necesidad de ampliar los mecanismos de deliberación pública para avanzar en procesos decisorios que generen mayor legitimidad, equidad y aceptación en el contexto de la actual y de futuras emergencias sanitarias.

Una aproximación al concepto de deliberación pública

Aunque autores como Monsiváis Carrillo han señalado la dificultad que conlleva la conceptualización de la noción de deliberación¹², dados sus presupuestos normativos, es posible encontrar cierto consenso en la literatura en torno al concepto de deliberación pública, a pesar de las discusiones que se dan sobre sus propósitos, mecanismos y productos¹³. En su uso más general, la deliberación pública se refiere a una forma de discusión pública que busca soluciones colectivas para desafiar los

problemas sociales. El término ‘público’ se refiere a la gente común con énfasis en la inclusión de grupos cuyas voces son marginadas en los procesos políticos y en la vida cotidiana. Esta característica de la deliberación refleja tanto la creencia en la capacidad de los ciudadanos para comprender y comunicarse sobre problemas sociales complejos, como una visión de los ciudadanos como participantes iguales en la vida cívica¹³.

‘Deliberación’ se refiere a una discusión informada, fundada en valores, que posibilita transformar condiciones y posturas. La deliberación pública se basa en valores porque, por un lado, busca determinar qué se debe hacer en respuesta a un tema o reto específico, por otro lado, requiere que los ciudadanos identifiquen, aclaren y sopesen las tensiones entre sus puntos de vista y los valores subyacentes¹³.

En este análisis se entiende el concepto de deliberación pública atado a los procesos de decisión en política pública. De acuerdo con Roth, los modelos de decisión reflejan dificultades teóricas y prácticas para tomar una decisión racional o razonable¹⁴. En este sentido, el mismo autor destaca las dificultades o la incapacidad en que se encuentra la comunidad científica para dar respuestas unívocas y certeras a problemas complejos. La deliberación pública es el mecanismo que permite persuadir al auditorio o al decisor de la credibilidad de una u otra alternativa. Adicionalmente, permite cuestionar el papel privilegiado de la experticia, ya que este modo de argumentación no es más que una posibilidad entre otras.

Roth recurre a los planteamientos de Jürgen Habermas y plantea tres tipos ideales de modelos de decisión: decisionista, tecnocrático y pragmático. El decisionista postula la subordinación del científico al decisor político. Es decir, se asume que el científico propone medios racionales (establecidos por el aparato técnico-burocrático) para alcanzar los objetivos elegidos por el político a partir de criterios no racionales (los valores). El

modelo tecnocrático invierte la relación anterior, subordinando al político a los criterios del experto. Aquí únicamente el experto, por medio de la razón científica, está en la capacidad de encontrar la mejor solución y el medio más eficiente para resolver problemas siempre más complejos.

Pero existe otra posición, que Habermas propone en contraste con las dos anteriores, la cual el mismo Roth resalta: el modelo pragmatista. Este busca reconciliar la posición que legitima la decisión tomada a partir de la razón científica y la justifica a partir de criterios y valores políticos, introduciendo al público como tercer actor. Habermas estima que es posible esta reconciliación por medio de la organización del diálogo entre partes y con la introducción del público, sin el cual no existiría la democracia. El modelo pretende conciliar el saber técnico y los valores mediante la institucionalización del diálogo público entre expertos científicos, políticos y la opinión pública. Se busca evitar los actos de autoritarismo científico, al postular decisiones que surgen de la confrontación de argumentos en un diálogo entre saberes. Esto, en la actualidad, se torna un reto fundamental^{15,16}.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio cualitativo a partir de información secundaria. Se seleccionaron documentos que pudieran dar cuenta de la ejecución de mecanismos de deliberación pública en el marco de los procesos de toma de decisiones de las principales medidas para afrontar la pandemia por COVID-19 en Colombia durante los primeros meses, desde el diagnóstico del primer caso (marzo-junio de 2020), particularmente la respuesta desde el sector salud, y en los meses alrededor del inicio de la vacunación contra COVID-19 (diciembre 2020 a julio 2021). Este periodo cubre la formulación del Plan Nacional de Vacunación y el inicio del proceso de vacunación.

Fuentes de información

Para cumplir con los objetivos y el alcance de este análisis se definieron como principales fuentes de información las páginas web oficiales de la Presidencia de la República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y del Congreso de la República y páginas de organizaciones sociales, particularmente representativas de población vulnerable o de grupos de interés de las principales medidas, y Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Selección de documentos

Los documentos fueron seleccionados de acuerdo con una valoración previa sobre su potencial para dar cuenta de los procesos decisorios y de posibles mecanismos de deliberación pública, sus productos y actores. De cada una de las fuentes inicialmente identificadas se definió el tipo de documentos que pudieran contribuir al propósito descripto, después de una revisión exhaustiva del tipo de información existente.

De la página de la Presidencia de la República se definieron los archivos del programa televisivo ‘prevención y acción’, como la fuente principal. Se seleccionó un programa semanal en cada uno de los periodos de tres meses. Los programas se observaron identificando actores participantes y menciones a posibles procesos deliberativos en torno a las decisiones informadas. Para las otras fuentes se realizó el mismo proceso de revisión. De la página del MSPS se seleccionó normatividad (resoluciones, decretos y lineamientos) cuyo título hiciera referencia al establecimiento formal de mecanismos para tomar decisiones, normatividad orientada a poblaciones especiales, normatividad relacionada con temas que han generado polémicas de acuerdo con el conocimiento de los investigadores, boletines de prensa que señalaran interacciones entre distintos actores o procesos de toma de decisión. Con respecto a la página del Congreso

de la República, se observaron las plenarias del Senado que se encuentran disponibles en el canal del Congreso.

Análisis e interpretación de la información

Para el análisis de la información se acudió a la identificación, en los documentos, de mecanismos y actores participantes en los procesos de decisión, así como propósitos y efectos sobre las decisiones. Esto con base en los elementos teóricos expuestos. Se establecieron categorías de análisis a través de la combinación de la categorización deductiva e inductiva con el apoyo del programa Nvivo, versión 12.

Resultados

Se revisaron 156 documentos, entre material audiovisual, documentos de normatividad, boletines de prensa, comunicados a la opinión pública, debates del Congreso y otros materiales. Los documentos en general permiten identificar el enfoque general de toma de decisiones, el tipo de actores que han tenido incidencia, las relaciones entre autoridades nacionales y autoridades locales y las demandas de determinados grupos de ciudadanos, y los escenarios posibles de deliberación.

Escenarios formales de decisión en el sector salud: la primacía del concepto de expertos y la decisión del gobierno central

Mediante la resolución 779 del MSPS, se formalizó la estrategia de respuesta sanitaria adoptada para enfrentar la pandemia por SARS-CoV-2 en Colombia y se creó un comité asesor para orientar las decisiones de política pública en relación con la pandemia. Se estableció así un escenario formal de discusión compuesto por ‘técnicos’ (el ministro de Salud y Protección Social; el viceministro de Protección Social; el viceministro de Salud Pública y Prestación de

Servicios; la directora del Instituto Nacional de Salud) y ‘expertos’ (mínimo tres miembros de universidades y centros de investigación o de evaluación de tecnologías, nacionales e internacionales). Además, se convocó, en calidad de invitados, a otros funcionarios de entidades públicas o privadas, nacionales e internacionales, así como a expertos en la materia, con funciones de análisis de indicadores y elaboración de recomendaciones¹⁷.

Es esta la única normatividad que, de manera formal, estableció un proceso para toma de decisiones en el sector salud donde se consideraba, en el inicio de la pandemia, algún nivel de deliberación con actores distintos a los miembros del Gobierno Nacional y local. Esta normatividad indica la priorización que hizo el gobierno del concepto de ‘expertos’, los cuales pertenecen al campo de conocimiento de áreas de la salud, epidemiología y algunas áreas clínicas. La prominencia de este tipo de actores en el proceso de toma de decisiones en los primeros meses de la pandemia se reflejó también en la participación en el programa televisivo, prevención y acción, de manera frecuente, de expertos epidemiólogos, médicos especialistas, decanos de facultades de salud, representantes de academias de medicina y de algunas agremiaciones de personal de salud, en su mayoría, personal médico.

Como parte de las declaraciones formales sobre el proceso de toma de decisiones en diversas intervenciones, el ministro de salud reiteró los mecanismos definidos para este proceso, haciendo énfasis en los análisis epidemiológicos y en el concepto de expertos y los criterios técnicos. En este sentido, a principios de junio de 2020 se señaló la existencia de cinco pasos para la toma de decisiones, afirmando sobre estos pasos que “llevan a una toma de decisión con información, discusión, concertación y toda la especialización requerida para apoyar a los territorios”¹⁸.

Los pasos hacían referencia, esencialmente, al trabajo de instancias técnicas. El primer paso era el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) en el cual

Se determinan los valores de riesgo y se recoge la información de vigilancia epidemiológica, que es analizada por el Observatorio Nacional de Salud y la Dirección de Epidemiología del Ministerio¹⁸⁽²⁾.

Del segundo paso hacía parte un Comité Estratégico, el cual “se reúne dos veces a la semana para exponer los datos y hacer seguimiento de los temas clave”¹⁸⁽²⁾. El tercer paso eran los Puestos de Mando Unificado (PMU). Estos se organizan en las ciudades y en ellos participan gobernador, alcalde, secretarios de salud, personal técnico del MSPS y otras entidades del Gobierno Nacional, hasta 40 o 50 entidades diferentes. Allí “Se analiza la situación particular y con las autoridades se toman decisiones sobre las acciones a nivel regional”¹⁸⁽²⁾. Se concebía como un cuarto paso el Comité Asesor, y un quinto paso que hace referencia a las decisiones del propio ministro ante situaciones particulares de los territorios en “ejercicio de la autoridad sanitaria”¹⁸⁽²⁾.

Es claro que se privilegió el concepto técnico proveniente de una línea de expertos vinculada a las ciencias de la salud. En este proceso, no se evidenció la inclusión de expertos de otras áreas, por ejemplo, de las ciencias sociales, fundamentales para comprender el comportamiento de la ciudadanía y contextos culturales y sociales que, incluso, pudieran contribuir a la explicación de la dinámica epidemiológica del contagio.

De manera similar en lo referente a las decisiones relacionadas con el proceso de vacunación, bajo el liderazgo del MSPS se creó, mediante la resolución 1270 del 29 de julio de 2020, el Comité Asesor del MSPS para el proceso estratégico de inmunización de la población colombiana frente a la COVID-19. Dicho comité estaba conformado por seis altos funcionarios del MSPS y los directores de dos entidades adscriptas a este, estos con voz y voto, algunos invitados permanentes como directores de otras áreas del MSPS y otros invitados no permanentes como miembros de organismos de cooperación internacional

u otros ciudadanos que certificaran conocimiento especializado, cualificación técnica o experiencia en la materia¹⁹. Es decir, aquí el concepto del técnico y del experto externo prevaleció, pero además circunscripto a profesionales relacionados con el sector salud.

En respuesta a la pregunta sobre los mecanismos dispuestos por el gobierno para ampliar el debate sobre el proceso de vacunación por parte de miembros del Congreso de la República, el MSPS señaló, que mediante el Decreto 1258 de 2020 y la Resolución 1628 de 2020, se creó la ‘Instancia de Coordinación y Asesoría para el acceso a vacunas seguras y eficaces contra el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)’. Esta instancia quedó integrada principalmente por funcionarios de alto rango del gobierno nacional, representantes de asociaciones médicas, solo un representante de las autoridades locales designado por el ministro de salud, y funcionarios de entidades de control²⁰. Pese a la presencia de funcionarios de otros sectores y representantes de sociedades científicas, el mayor peso lo seguía teniendo el gobierno nacional.

El decreto estableció que entre las funciones de esta instancia estaban las de brindar recomendaciones en todo el proceso de vacunación, desde las etapas de selección y negociación de vacunas hasta la implementación del plan de vacunación; sobre las estrategias de comunicaciones, logística y distribución; y el establecimiento de criterios técnicos para la priorización y caracterización de la población que sería beneficiaria de las vacunas, entre otras²¹.

No existe evidencia de la existencia de una discusión amplia con agremiaciones o asociaciones de trabajadores de salud y mucho menos con miembros de organizaciones sociales o representantes de comunidades étnicas. En cuanto al proceso de vacunación, el Congreso de la República tomó parte en las discusiones a través de citaciones para debates de control político. No obstante, hubo desde antes del inicio del proceso de vacunación, una serie de críticas y cuestionamientos relacionadas con distintos temas. Entre los

más destacados se encuentran: el inicio tardío de las negociaciones para la adquisición de vacunas, la confidencialidad de los contratos, la transparencia en la priorización, el exceso de exposición pública por parte de miembros del gobierno al inicio de la vacunación y problemas relacionados con el proceso de vacunación en la población indígena.

La interacción con las autoridades locales

Posterior a la primera declaratoria del Estado de Emergencia y ante las tensiones con las autoridades sobre las primeras medidas tomadas por algunos alcaldes, como los simulacros de cuarentenas, se definieron las reglas para la toma de decisiones, donde se instauró una especie de jerarquía en la cual el Gobierno Nacional determinaría o aprobaría las iniciativas de medidas restrictivas por parte de los alcaldes y los gobernadores. Sin embargo, dado el avance diferencial del contagio en los territorios, se establecieron canales de comunicación en el marco de los pasos o escenarios antes mencionados y la interacción, de acuerdo con los documentos consultados, se fue desarrollando de manera más horizontal. Pero continuó prevaleciendo el concepto de los expertos y los técnicos del nivel nacional. En distintas intervenciones de autoridades locales en el programa televisivo del gobierno nacional se manifestó acuerdo con las medidas tomadas por este y satisfacción con la interacción y el apoyo de las acciones a los distintos territorios. Pero dicho espacio no se constituye en un escenario para la expresión de disensos.

Varios boletines de prensa exponen acuerdos sobre decisiones en ciudades y departamentos que, según la dinámica del contagio, fueron objeto de especial atención. La presencia del ministro en estos territorios, en diálogo con autoridades locales, pone de manifiesto la importancia del liderazgo del MSPS en las acciones en el territorio. A pesar de la apertura a la escucha y el diálogo con

las autoridades locales, actores distintos a los institucionales, con excepción de representantes de entidades del sistema de salud (de Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- y Empresas Promotoras de Salud -EPS-), no estuvieron presentes en las discusiones.

En el discurso sobresale el mensaje de unión y la corresponsabilidad, haciendo especial alusión al trabajo articulado entre el gobierno nacional y los mandatarios locales: “al trabajo del Ministerio se le debe sumar el esfuerzo de los territorios”²²⁽¹⁾; “...en Cartagena hay que actuar rápidamente con un plan en el que trabajemos juntos”²³⁽¹⁾; “en el Valle hay una coordinación e integración para ejecutar el plan de contingencia”²⁴⁽¹⁾; “estamos trabajando sincrónicamente y no cada quien por su lado”²⁵⁽¹⁾; “todos somos corresponsables para que Cartagena no tenga una situación extrema”²⁶⁽¹⁾, son algunas de las expresiones que revelan la intencionalidad de las interacciones.

Representantes de organismos multilaterales: aprobación de las decisiones gubernamentales

Otro actor que aparece, de manera importante, en los documentos analizados es el político o experto internacional, en el cual se incluyen los representantes de algunos organismos multilaterales y mandatarios de otros países. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) jugó un papel de apoyo y reconocimiento a las medidas gubernamentales, a través de su representante en el país. Este organismo parece haberse constituido en una especie de legitimador de las medidas tomadas por el gobierno. Si bien es cierto que, en el transcurso de los primeros meses de la pandemia, los resultados en cuanto al nivel de contagio, la letalidad y la gravedad de los síntomas en comparación con otros países, mostraban en general un buen comportamiento para el país, en la agenda política estaban presentes diversas preocupaciones, como el aumento de las capacidades del sector salud; las condiciones

de empleo y trabajo de los trabajadores del sector salud; el aumento preocupante del contagio en algunos municipios, unos de estos con servicios de salud históricamente precarios y población vulnerable como Quibdó, Leticia y Tumaco; y la preocupación por la subsistencia de miles de familias. Sin embargo, en la documentación revisada no se evidenciaron posturas o recomendaciones específicas de este organismo en este contexto.

El Congreso, un espacio con cierta capacidad de diálogo, pero limitado control sobre las decisiones

El Congreso de la República, como escenario de expresión de diferentes fuerzas políticas y sociales, es un espacio de deliberación en el marco de la democracia representativa. En el contexto de la actual pandemia, a pesar de los Decretos de Emergencia y las decisiones en cabeza del ejecutivo y la poca capacidad señalada del Congreso para legislar y ejercer el control político, se escucharon distintas voces sobre la valoración de las medidas tomadas, así como propuestas dirigidas a distintos sectores, para afrontar diferentes problemáticas. Estas propuestas no solo provinieron de los legisladores, sino que también fueron escuchados representantes de distintas organizaciones sociales y agremiaciones, en sesiones informales o audiencias públicas. No obstante, fue poca la capacidad de influir en las decisiones.

En las sesiones revisadas, se solicitaban explicaciones a los ministros de algunas carteras, sobre las acciones en el marco de la pandemia y estas autoridades argumentaron acerca de su gestión. Ante ello, los miembros del Congreso, en cortas intervenciones, daban su opinión acerca de las medidas tomadas por el gobierno y exponían algunas propuestas. Se presentaban posturas de apoyo desde los integrantes de los partidos del gobierno, así como algunas propuestas y miradas críticas de partidos de la oposición y algunos independientes con propuestas que implicaban, en muchos casos, enfoques de política en pleno contraste con las

orientaciones gubernamentales o demandas de transformaciones profundas.

En una de las sesiones plenarias, con presencia del ministro de Salud y Protección Social, se expresaron opiniones de algunos representantes de agremiaciones del sector salud, quienes manifestaron preocupación frente a las condiciones laborales de trabajadores de la salud, el papel de las ARL y EPS. En dicha sesión, el ministro mostró apertura para el diálogo y afirmó haber tenido encuentros con distintos profesionales del sector, ante el reclamo de omitir la opinión de los profesionales no médicos.

Si bien el escenario del Congreso de la República fue el canal de expresión de distintos intereses, valores, puntos de vista sobre las decisiones tomadas y las propuestas de acción, su alcance fue limitado, toda vez que allí no logró expresarse, con la amplitud suficiente, la diversidad de actores sociales con intereses diversos. Por otro lado, no parece que el Congreso haya ejercido el control político adecuado frente a las medidas tomadas por el Gobierno en el marco de la declaratoria de emergencia. Como lo señala la Misión de Observación Electoral (MOE), que afirma que esta instancia no tuvo una adaptación resuelta a las circunstancias generadas por la pandemia, lo que no permitió la discusión de propuestas dirigidas a enfrentar la emergencia y debilitó aún más las posibilidades de deliberación en torno a las decisiones²⁷.

Ante la ausencia de escenarios deliberativos: las demandas y vías de participación de la ciudadanía

Entre los documentos revisados de normatividad, la participación de la propia comunidad involucrada solo se plasmó, de manera directa, en los

Lineamientos para la implementación del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19²⁸.

Aunque cabe decir que esta es una disposición que tiene un desarrollo previo, en el contexto del manejo del conflicto armado. Y, aunque intenta ajustar el PAPSIVI a la situación pandémica, la esencia del programa se construyó en el contexto prepandémico.

En el país, el tema de la participación ha sido muy discutido, pero la puesta en práctica de procesos realmente participativos ha sido muy difícil. El discurso reiterado de la disciplina social, el autocuidado, la corresponsabilidad o responsabilidad individual, suele asumir al ciudadano como un sujeto pasivo, que solo requiere acatar las disposiciones de las autoridades. Sin embargo, son múltiples las necesidades y demandas que no encuentran espacios de expresión.

En el lineamiento de medidas para la prevención del COVID-19 en grupos étnicos se les asigna a los líderes de las comunidades un rol en la vigilancia comunitaria y como agentes socializadores de las recomendaciones, pero no como agentes activos en la construcción de propuestas y el documento no refleja la participación de comunidades o líderes en su elaboración²⁹.

Pero las comunidades y los ciudadanos han encontrado en los mecanismos de participación y de exigibilidad de derechos consagrados en la Constitución Política, vías para canalizar sus demandas. Si bien estas no necesariamente se conciben como mecanismos de deliberación pública, si expresan distintos intereses y demandas de actores sociales y reflejan también la necesidad de escucha reclamada por distintos grupos de ciudadanos y comunidades. Entre los mecanismos se encuentran el derecho de petición y de la tutela. El derecho de petición como opción para la obtención de información y de la tutela para exigir la garantía de derechos.

Una de las tutelas emblemáticas en este periodo fue la interpuesta contra la Presidencia de la República, la Vicepresidencia y varios ministerios, en la cual se exigen medidas especiales urgentes para el departamento del Amazonas. Esto pese a las manifestaciones de

trabajo conjunto con las autoridades del departamento y del municipio de Leticia. Una de las tutelas exigía que las comunidades indígenas fueran involucradas en la toma de decisiones. y expresó que se debe

trabajar mancomunadamente en pro de elaborar un plan Provisional Urgente de Reacción y Contingencia con enfoque diferencial que cobije a la región amazónica especialmente a sus pueblos indígenas en aras de evitar la propagación del virus COVID-19, advirtiendo que deberá contarse con la participación de los líderes y/o representantes de tal agrupación³⁰.

Otra tutela que marcó un importante antecedente fue la de la llamada ‘rebelión de las canas’, nombre con el que se conoció un movimiento de ciudadanos con especial reconocimiento en la vida pública del país y quienes promovieron una acción de tutela en contra de las medidas dirigidas a los adultos mayores de 70 años, tomadas por el Gobierno Nacional a través del MSPS, que imponía restricciones a su movilidad a través del aislamiento obligatorio. Los accionantes solicitaban que se reversara la medida por considerar que afectaba sus derechos a la igualdad, libertad de locomoción y libre desarrollo de la personalidad. Adujeron que recibían un trato discriminatorio, dado que, sin justificación legítima, se estaban limitando sus derechos de forma más drástica que para otros adultos menores de 70 años.

La instancia judicial encargada, falló a favor del grupo de ciudadanos, pero el Gobierno Nacional impugnó la decisión, negándose además a generar algún proceso de acercamiento con los accionantes. Un Tribunal superior ratificó, en segunda instancia, el fallo a favor del grupo de adultos mayores de 70 años³¹. El fallo explica que, en efecto, esta población puede tomar decisiones sobre su propia vida, como la de salir a la calle. Por eso, el tribunal encontró que permitirles menos salidas que a los demás resultaba discriminatorio.

Discusión

Los hallazgos de este estudio indican que, en el proceso de toma de decisiones en el sector salud, durante los primeros meses de la pandemia en Colombia, se privilegiaron los conceptos técnicos de expertos del área de la salud y los técnicos de las entidades territoriales y del Gobierno Nacional, con primacía de los conceptos de estos últimos. De acuerdo con los tipos ideales de modelos de decisión, lo ocurrido se aproxima a una combinación entre el tipo decisionista y tecnocrático¹⁴. Ante la crisis generada por COVID-19, la mayoría de los Estados han tomado decisiones rápidamente, con poca participación de todas las partes interesadas, por lo cual la deliberación sobre qué políticas seguir ha sido escasa o nula⁹.

En varios países, al igual que Colombia, el uso de poderes de emergencia por parte de los gobiernos como respuesta al COVID-19 ha dejado de lado o debilitado los procesos democráticos. Ello ha favorecido que la confianza en las autoridades políticas y científicas se haya erosionado. Pero como se ha reconocido recientemente, la confianza en las autoridades y entre los miembros de la comunidad es un factor decisivo en la capacidad de muchos países para asegurar el cumplimiento de las regulaciones y medidas pandémicas^{9,32}.

Distintas organizaciones sociales, de Derechos Humanos, académicos y organismos multilaterales, manifestaron su preocupación por lo que consideraron como una riesgosa concentración de poder en el ejecutivo en el marco de las actuaciones y decisiones tomadas con motivo de la crisis generada por la pandemia por la COVID-19 en Colombia y en otros países del mundo²⁸. En Colombia, esta preocupación tiene como sustento los más de 800 documentos de normatividad, que fueron expedidos por el Gobierno Nacional, en el contexto de las declaratorias del ‘Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional’, la limitada actividad legislativa y de control político del Congreso y del escrutinio ciudadano de las

medidas, la debilidad en la comunicación de la información que cuestiona la transparencia de las decisiones, así como las pocas posibilidades del ejercicio del derecho a la protesta, por lo menos en los primeros meses de la pandemia, y del funcionamiento de los mecanismos de participación consagrados por la Constitución³³⁻³⁵.

De acuerdo con Gargarella y Roa, en América Latina se presentó un exceso de normatividad (hipernormatividad) y una excesiva concentración de poder en el Ejecutivo que implicó una elusión constitucional que derivó, a su vez, en violación a la deliberación y al control político de las decisiones. Estos autores también señalan que la elusión constitucional no se soluciona con un control judicial de las medidas de restricción. Así, tanto en Colombia como en el resto de América Latina se presentó un déficit de información, una ausencia deliberativa y la hipernormatividad, además de una excesiva concentración de poder en el presidente de la República³⁶.

De manera similar, un análisis comparativo sobre la respuesta a la pandemia en países de la región de Euroasia, concluyó que la mayoría de los países transfirieron la autoridad de toma de decisiones gubernamentales a un grupo concentrado de funcionarios políticos, con mayor frecuencia asesorados directamente por expertos biomédicos, y más de la mitad también centralizó la toma de decisiones en una autoridad de nivel superior; e introdujo nuevas regulaciones³⁷.

En Colombia, las disposiciones normativas tuvieron el examen de constitucionalidad por parte de la Corte Constitucional, la cual solicitó conceptos a diversos actores sociales. Sin embargo, los debates en torno a los asuntos definidos en la normatividad en el Congreso de la República fueron limitados, así como fue limitada la deliberación con mayor diversidad de actores en otros escenarios. Por otro lado, la ciudadanía, tanto de grupos organizados como de individuos, ha sido concebida, en general, como simple receptor de las medidas a los que se les exige su cumplimiento. Su participación

se limita, en gran medida, a discutir y aprobar lo que ya ha sido pactado. Este tipo de participación se concibe como subordinada, en la cual se pretende llenar el vacío de legitimidad del Estado y de las fuerzas políticas en crisis o reforzar el reconocimiento público de ellas³⁸. A pesar de las manifestaciones de apertura al diálogo por parte del Gobierno Nacional, las discusiones parecen darse en el marco de las propuestas o decisiones ya tomadas por este.

Así mismo, los expertos cuyas propuestas y críticas han tenido alguna oportunidad de ser escuchadas, son ciudadanos con un nivel educativo alto, la mayoría son profesionales de la salud, lo que, si bien puede ser un avance, también es una limitación. Esta participación de los ‘expertos’ resulta ser una característica general de procesos participativos donde el acceso a los escenarios depende de la posibilidad de acceder a información especializada y ciertos recursos. Así, se aumenta el desequilibrio entre los grupos de ciudadanos, y se limita las posibilidades de deliberación. Esta tendencia ha sido documentada y se constituyó en una desventaja para grupos poblacionales con menores recursos que resultaron ser los más afectados por las medidas para el control de la pandemia, pero además limita la posibilidad de reflexionar más ampliamente y discutir libremente en medio de la diversidad y de visiones en conflicto³⁹.

La democracia deliberativa, pese a su complejidad y a sus dificultades, ofrece ventajas que algunos autores han reconocido. Permite compartir puntos de vista, ampliar la gama de opciones a considerar, superar una visión demasiado individual, dar legitimidad a los procesos, cualificar la discusión frente a los dilemas éticos de las acciones y brinda la posibilidad de construir fuertes acuerdos, entre algunas otras⁴⁰. Sin embargo, la implementación de dicha democracia no es fácil ni lo es tampoco el estudio y la evaluación de impacto de la deliberación pública.

Nuestro estudio tiene limitaciones. Por restricciones de tiempo y acceso no se realizaron entrevistas con los informantes clave, aunque

se consultaron las declaraciones públicas de los principales involucrados, los escenarios posibles de deliberación y las principales directrices de normatividad que orientaron la toma de decisiones durante los primeros meses de la pandemia y en relación con el proceso de vacunación.

Conclusiones

En conclusión, es necesario ampliar los espacios de deliberación pública en escenarios de emergencia sanitaria, como la pandemia por COVID-19, que permitan mayor inclusión, decisiones menos centralizadas con atención a las realidades locales y reconociendo las

afectaciones de las poblaciones más vulnerables. Esto implica la participación de diferentes públicos junto con expertos y políticos en la vía del modelo pragmatista, según el esquema de Habermas, o en la vía de la profundización de una verdadera democracia, como lo han señalado muchos otros autores y lo han reclamado, con insistencia, nuestras poblaciones.

Colaboradores

Cotes K (0000-0002-9389-0676)*, Eslava JC (0000-0002-1811-5004)* y Castañeda C (0000-0002-8735-6223)* contribuyeron igualmente para la elaboración del manuscrito. ■

Referencias

1. Carman KL, Mallery C, Maurer M, et al. Effectiveness of public deliberation methods for gathering input on issues in healthcare: Results from a randomized trial. *Soc Sci Med.* 2015; (133):11-20.
2. Degeling C, Carter SM, Rychetnik L. Which public and why deliberate? - A scoping review of public deliberation in public health and health policy research. *Soc Sci Med.* 2015; (131):114-21.
3. Abelson J, Eyles J, McLeod CB, et. Does deliberation make a difference? Results from a citizen's panel study of health goals priority setting. *Health. Pollic.* 2003; 66(1):95-106.
4. Abelson J. Opportunities and challenges in the use of public deliberation to inform public health policies. *Am J Bioeth.* 2009; 9(11):24-5.
5. Pearse H. Deliberation, Citizen Science and Covid-19. *Polit Q.* 2020; 91(3):571-7.
6. Baum NM, Goold SD, Jacobson PD. Listen to the people: Public deliberation about social distancing measures in a pandemic. *Am J Bioeth.* 2009; 9(11):4-14.
7. Braunack AJ, Street JM, Rogers WA, et al. Including the public in pandemic planning: A deliberative approach. *BMC public health.* 2010; (10).
8. Cubillo J, García D, Benede B, et al. Participación comunitaria: aprendizajes de la COVID-19 para nuevas crisis. *Informe SESPAS 2022. Gac Sanit* 2022; 36(S1):22-25.
9. Norheim OF, Abi-Rached JM, Bright LK, et al. Difficult trade-offs in response to COVID-19: the case for

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- open and inclusive decision making. *Nat Med.* 2020; (27):10-13.
10. Shao W, Hao F. Confidence in political leaders can slant risk perceptions of COVID-19 in a highly polarized environment. *Soc Sci Med.* 2020; 261(July):113235.
 11. Abelson J, Warren ME, Forest PG. The future of public deliberation on health issues. *Hastings Cent. Rep.* 2012; 42(2):27-9.
 12. Monsiváis A. La deliberación como mecanismo de control democrático: Precisiones analíticas y cuestiones emergentes. *Rev Mex Sociol.* 2014; 76(3):471-99.
 13. Blacksher E, Diebel A, Forest PG, et al. What is public deliberation? *Hastings Cent Rep.* 2012; 42(2):14-6.
 14. Roth Deubel A-N. Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación. 11. ed. Ediciones Aurora; 2015.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Tomar decisiones en salud pública. Metodologías de la OPS/OMS para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud 9. 2018. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52952/Decisionespublicas_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 16. Marín GM, Gómez AR, Gutiérrez AMR. Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso & Letra editores; 2014. 498 p.
 17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 779 de 2020. “Por la cual se formaliza la respuesta sanitaria adoptada para enfrentar la pandemia por SARS Cov 2 (COVID-19) en Colombia y se crea un comité asesor para orientar las decisiones de política en relación con la pandemia”. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20779%20de%202020.pdf.
 18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Los cinco pasos para la toma de decisiones de MinSalud. 2020. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-cinco-pasos-para-la-toma-de-decisiones-de-MinSalud.aspx>.
 19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1270 de 2020. Por la cual se crea el Comité Asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para el proceso estratégico de inmunización de la población colombiana frente a la Covid-19. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1270-de-2020.pdf>.
 20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1628 de 2020. Por la cual se determina la integración y el reglamento operativo para el funcionamiento de la Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars-cov-2 (COVID-19). [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201628%20de%202020.pdf.
 21. Colombia. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1258 de 2020 “Por el cual se crea una Instancia de Coordinación y Asesoría para el Acceso a Vacunas Seguras y Eficaces contra el Coronavirus Sars-cov-2 (Covid-19)”. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=142058.
 22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. “Boletín de prensa No. 417 de 2020. Al trabajo del Ministerio se le debe sumar el esfuerzo de los territorios”. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Al-trabajo-del-Ministerio-se-le-debe-sumar-el-esfuerzo-de-los-territorios.aspx>.
 23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de prensa No. 258 de 2020: “En Cartagena hay que actuar rápidamente con un plan en el que trabajemos juntos”. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/>

En-Cartagena-hay-que-actuar-rapidamente-con-un-plan-en-el-que-trabajemos-juntos.aspx.

24. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de prensa No. 328 de 2020 “En el Valle hay una coordinación e integración para ejecutar el plan de contingencia”. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-el-Valle-hay-una-coordinacion-e-integración-para-ejecutar-el-plan-de-contingencia.aspx>.
25. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. “Boletín de prensa no. 122 de 2020. Estamos trabajando sincrónicamente y no cada quien por su lado”. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Estamos-trabajando-sincrónicamente-y-no-cada-quien-por-su-lado.aspx>.
26. Blél V, Dau W. Boletín de prensa No. 308 de 2020 “Todos somos corresponsables para que Cartagena no tenga una situación extrema”. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Todos-somos-corresponsables-para-que-Cartagena-no-tenga-una-situacion-extrema.aspx>.
27. Colombia. Observatorio de Justicia Electoral. El congreso de la república bajo pandemia. Informe de seguimiento legislativo político electoral al Congreso de la República Legislatura 2019 - 2020. Bogotá: OJE; 2020. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: https://www.moe.org.co/wp-content/uploads/2020/07/20201707_Informe-VF-Congreso-de-la-Repu%CC%81blica.pdf.
28. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto armado (PAPSIVI) en el marco de la emergencia sanitaria por coronavirus (covid-19). Bogotá; 2020 (junio). [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS08.pdf>.
29. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para la prevención, detección y manejo de casos de covid-19 para población étnica en Colombia. Bogotá: MSP; 2020 (junio). [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/TEDS04.pdf>.
30. Colombia. Rama Judicial Juzgado Treinta y Seis Civil Del Circuito De Bogotá. ACCION DE TUTELA 2020-159. 2020. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://acimvip.org/wp-content/uploads/2020/11/2020-0159-TUTELA-PUEBLO-INDIGENA-AMAZONIA.pdf>.
31. Colombia. Acción de Tutela por discriminación contra adultos mayores de 70 años con ocasión de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional para el control del Covid-19. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://img.lalr.co/cms/2020/06/16095009/Accio%CC%81n-de-tutela-versio%CC%81n-final-15-de-Junio-de-2020-sdi.pdf>.
32. Sachs JD, Abdool S, Aknin L, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2022 [consultado el 2023 mar 23]; (400):1224-80. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2822%2901585-9>.
33. Colombia. Comisión Colombiana de Juristas. Once organizaciones sociales alertamos sobre el riesgo en el que se encuentra la democracia debido a la pandemia por Covid 19. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.coljuristas.org/nuestro-que-hacer/item.php?id=351>.
34. Centro de Investigación y Educación Popular. La emergencia por el covid-19 no suspende el derecho a la participación ciudadana. 2021. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.cinep.org.co/Home2/component/k2/833-comunicado-la-emergencia-por-el-covid-19-no-suspende-el-derecho-a-la-participacion-ciudadana.html>.
35. Due M. Por un debate más saludable sobre COVID-19. *Dejusticia*, 2020 abr 26. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://www.dejusticia.org/column/por-un-debate-mas-saludable-sobre-covid-19/>.

36. Gargarella R, Roa J. Diálogo democrático y emergencia en América Latina (Democratic Dialogue and Emergency in Latin America). MPIL Research Paper Series. 2021 [consultado el 2023 mar 23]; (2020-21):1-30. Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3623812.
37. Bekker M, Ivankovic D, Biermann O. Early lessons from COVID-19 response and shifts in authority: public trust, policy legitimacy and political inclusion. *Eur J Public Health*. 2020 [consultado el 2023 mar 23]; 30(5):854-5. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurpub/article/30/5/854/5918171>.
38. Múnica Ruiz L. Los estudios sobre la participación en Colombia. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales. (IEPRI), Universidad Nacional de Colombia; 1999. [consultado el 2023 mar 23]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75374>.
39. Degeling C, Rychetnik L, Street J, et al. Influencing health policy through public deliberation: Lessons learned from two decades of Citizens'/community juries. *Soc Sci Med*. 2017 [consultado el 2023 mar 23]; (179):166-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.003>.
40. Gómez LF. Democracia deliberativa y salud pública. Bogotá: Editorial Javeriana; 2017. 147 p.

Recibido en 04/02/2023

Aprobado en 22/05/2023

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo

Gestão regional no enfrentamento à pandemia da Covid-19: estudo de casos em São Paulo

Regional management in the face of the COVID-19 pandemic: case study in São Paulo

Ana Lígia Passos Meira¹, Lídia Pereira da Silva Godoi¹, Nelson Ibañez², Ana Luiza D'Ávila Viana³, Marília Cristina Prado Louvison¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313804

RESUMO Ao final do ano de 2019 o mundo foi surpreendido pela Covid-19, que chegou ao Brasil no início de 2020, fazendo com que o Sistema Único de Saúde (SUS) adotasse estratégias imediatas para atender as necessidades de saúde da população, colocando em evidência todos os obstáculos que o sistema de saúde vinha enfrentando nos últimos anos. O estado de São Paulo não foi diferente do restante do País em relação ao enfrentamento. Este estudo objetivou identificar as principais estratégias adotadas em 5 regiões de saúde de São Paulo, com foco na gestão regional, analisando os processos e práticas adotados para o enfrentamento à pandemia da Covid-19. Tratou-se de um estudo qualitativo, realizado através de estudo de casos múltiplos, com abordagem exploratória, a partir de pesquisa de campo e realização de oficinas regionais. As regiões de saúde deste estudo puderam comprovar a importância da intersectorialidade nas ações de saúde como um todo. Notou-se o grande papel dos municípios nestas ações e a união destes, fortalecendo o papel da regionalização e ampliando a importância da governança em saúde. Ademais, as regiões de saúde saíram fortalecidas porque exerceram seu papel de liderança e organizaram ações junto aos municípios.

PALAVRAS-CHAVE Organização e administração. Regionalização da saúde. Covid-19. Pandemia. Regiões de saúde.

ABSTRACT At the end of 2019 the world was surprised by COVID-19, which arrived in Brazil at the beginning of 2020, causing the Unified Health System (SUS) to adopt immediate strategies to meet health needs, as well as putting in check all the obstacles that the health system has been facing in recent years. In the state of São Paulo it was not different from the rest of the country in relation to the confrontation. This study aimed to identify the main strategies adopted in 5 health regions of São Paulo, focusing on regional management, analyzing the processes and practices adopted to face the COVID-19 pandemic. It was a qualitative study, carried out through a multiple case study, with an exploratory approach, based on field research and regional workshops. In this study, the health regions were able to prove the importance of intersectoral actions in the health system. It was noted the great role of municipalities in these actions and their union, strengthening the role of regionalization and expanding the importance of governance in health. In addition, the health regions were strengthened because they exercised their leadership role and organized actions with the municipalities.

KEYWORDS Organization and administration. Regionalization. COVID-19. Pandemic. Health regions.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) - São Paulo (SP), Brasil.
analigiapassos@hotmail.com

²Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) - São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

No final do ano de 2019 o mundo foi surpreendido por um novo vírus – Sars-CoV-2 (Covid-19). Em poucos meses, o vírus atingiu todos os continentes, criando importantes desafios aos sistemas de saúde, devido a sua rápida transmissão e a gravidade de seus sintomas¹.

Os sistemas de saúde tiveram que se reorganizar para dar uma rápida resposta à população, cada vez mais exposta ao novo vírus e com o número de hospitalizações e óbitos em crescimento. O primeiro caso da Covid-19 no Brasil aconteceu no final do mês de fevereiro de 2020. No entanto, somente no mês de março, quando se iniciou a transmissão comunitária, medidas e ações foram tomadas nos estados. Consequentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) adotou estratégias imediatas para atender as necessidades de saúde que surgiam e se avolumavam².

As primeiras medidas que foram adotadas no enfrentamento à pandemia estão listadas na Lei nº 13.979³, sancionada em fevereiro de 2020. A lei elencou as Intervenções Não Farmacológicas Comunitárias (INF). Assim, os estados passaram a adotar as medidas a partir da segunda semana de março de 2020 e, posteriormente, lançaram seus próprios decretos, muitas vezes adotando medidas mais rigorosas com base em seus dados epidemiológicos⁴.

Nesse contexto, os estados e regiões de saúde, em seus diferentes modelos de organização, responderam de forma relativamente rápida e efetiva às necessidades de saúde. Estados e regiões ficaram em risco de esgotamento dos recursos disponíveis, tanto pelo aumento abrupto da demanda, como pela perda progressiva da autossuficiência de insumos e profissionais de saúde, ou por conflitos entre autoridades políticas e governamentais².

Ao atingir o Brasil, a pandemia da Covid-19 evidenciou todos os obstáculos que o sistema de saúde do País vinha enfrentando nos últimos anos. Desafios estes devidos às limitações políticas e econômicas, agravados pelo subfinanciamento histórico do sistema, além

do contingenciamento de gastos públicos por meio da Emenda Constitucional 95 (EC 95) de 15 de dezembro de 2016⁵. Como consequência, a pandemia salientou o afastamento do SUS do seu compromisso da garantia do acesso universal, igualitário e integral. Os entraves se agravaram devido ao cenário de barreiras na articulação intergovernamental, indefinição e sobreposição de atribuições e funções, e a desarticulação federal, que se impôs como um grande desafio^{6,7}.

Importante destacar ainda que, como aponta uma revisão sistemática sobre o processo de regionalização do SUS, a ausência do nível estadual é percebida no processo de resolução de demandas complexas⁸ e isso ficou evidente ao longo da pandemia. A esfera federal se mostrou distante dos estados e municípios, com ações contraditórias em relação ao enfrentamento à Covid-19, incluindo: a disseminação de *fake news* e o negacionismo em relação ao vírus⁹. Fatos como esses, vistos antes e durante a pandemia, tornaram ainda mais desafiador o papel dos estados, regiões de saúde e, consequentemente, dos municípios, no enfrentamento à pandemia.

A pandemia da Covid-19 evidenciou importantes impasses para o sistema de saúde brasileiro, a maioria de natureza estrutural, que ganharam contornos mais graves frente ao tamanho da crise política e sanitária vigente. Em suma, a Covid-19 transformou as cidades e os serviços de saúde, agravando problemas complexos e persistentes, como as desigualdades sociais¹⁰. Assim, é preciso e essencial compreender o papel desses serviços, pois os usuários não podem prescindir da garantia do direito ao cuidado e a vida.

Em São Paulo, um estado de grandes dimensões e com algumas características bem diferenciadas entre as regiões, o governo estadual tomou a decisão de caracterizar as regiões de saúde por cores (sendo cinco fases: vermelha, laranja, amarela, verde e azul) de acordo com a gravidade e número de casos, contando também, com a ocupação hospitalar. A partir disto, foram estabelecidas as orientações e

medidas a serem adotadas em cada fase, seja no sentido ampliar ou diminuir as medidas não farmacológicas previstas na época.

Além disto, para avaliação e classificação das regiões de saúde nas fases acima descritas, o Plano São Paulo estabeleceu 5 indicadores categorizados em dois eixos: Eixo 1 – Capacidade do Sistema de Saúde e Eixo 2 – Evolução da Epidemia¹¹.

As regiões de saúde, vivenciando o imprevisto, tiveram que se reorganizar e adotar medidas emergentes de saúde, buscando minimizar os casos da Covid-19 em seus municípios, seus agravamentos, óbitos e exposição da população. Além disso, os municípios precisaram enfrentar a consolidação da agenda da austeridade fiscal do governo federal, comprovando a resiliência dos municípios ao choque da pandemia no cenário do federalismo cooperativo^{12,13}.

Diante da diferença entre as regiões de saúde do estado de São Paulo que, certamente, se refletem nos indicadores de composição da capacidade instalada de enfrentamento à pandemia e na prestação de serviços e podem impactar em estratégias distintas para o fortalecimento das regiões e redes, este estudo objetivou identificar as principais estratégias adotadas nas 5 regiões estudadas, com foco na gestão regional, analisando os processos e práticas adotados para o enfrentamento à pandemia da Covid-19.

Material e métodos

O presente estudo objetivou identificar as principais estratégias adotadas em 5 regiões de saúde de São Paulo, a saber, Região Metropolitana de Campinas, o Vale do Ribeira, o Litoral Norte, Itapeva e o Vale do Jurumirim, frente à então situação pandêmica da Covid-19, analisando as respostas implementadas como objeto de intervenção realizada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP). Essa iniciativa foi desenhada e planejada para contribuir com a melhoria das condições de saúde da população, por meio da

estruturação da assistência segundo o modelo de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e visando ainda ampliar o acesso de qualidade e a integralidade dos serviços, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2021. Fez linha de base deste estudo o material produzido e publicado no livro ‘Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo’¹⁴.

O presente estudo apresenta uma abordagem qualitativa, para melhor entendimento dos dados, análise e interpretação da hipótese da pesquisa. Foi adotado o método de estudo de caso, abordado por Yin¹⁵, que afirma que o estudo de caso permite uma investigação e compreensão de fenômenos organizacionais, sociais e políticos complexos, preservando as características holísticas e significativas dos eventos.

Para o desenvolvimento do estudo, foi feita coleta dos dados primários através de oficinas realizadas nas cinco regiões de saúde mencionadas, com gestores e profissionais da saúde que tiveram envolvimento nas ações e estratégias adotadas neste período. Ao todo, participaram das oficinas 131 pessoas, entre secretários de saúde, coordenadores regionais e municipais de setores de saúde, além de profissionais da assistência primária e hospitalar das regiões estudadas (o detalhamento dos participantes está apresentado no início do capítulo Resultados).

No questionário adotado constavam quatro perguntas norteadoras: 1. Quais as principais INICIATIVAS INTERSETORIAIS da esfera estadual/regional/municipal na Pandemia? 2. Quais as principais INICIATIVAS SETORIAIS da esfera estadual/regional/municipal na Pandemia? 3. Em sua opinião qual foi o maior EMPECILHO no formato de organização do SUS para o enfrentamento da pandemia? 4. Houve alguma grande lição (legado) a ser extraída no enfrentamento da Pandemia que possa ser utilizada para melhoria da Gestão da Regionalização do Sistema? Qual?

Para dar conta dessa tarefa, foram definidas três dimensões que poderiam explicar, se não o todo, pelo menos parte do processo de respostas ao enfrentamento da pandemia nas regiões estudadas: política, estrutura e

organização. Na dimensão política, o processo político propriamente dito, as negociações, processos e fluxos decisórios. Na dimensão da estrutura, a disponibilidade e a suficiência de Recursos Humanos (RH) físicos e financeiros, formas de contratação de RH e de serviços. Na dimensão de organização, identificar os critérios de conformação das regiões, o planejamento, a gestão, regulação e acesso da população^{14,16-18}.

Para a análise dos dados foi feita a construção de uma matriz analítica (*quadro 1*) com base no material publicado por Viana¹⁹. A partir das três dimensões escolhidas, foram acrescentados componentes de análise do tipo temática com o objetivo de identificar núcleos de sentido para as respostas referentes objetivo do estudo, além da construção de um banco de dados coletado de modo primário¹⁹.

Quadro 1. Descrições das dimensões de análise

DIMENSÃO	COMPONENTES	DESCRIÇÃO
POLÍTICA	Protagonismo da Região	Relevância de prestadores públicos e privados de serviços de saúde, órgãos públicos de organização do sistema de saúde, conselhos participativos e Poder Legislativo
	Importância da instância regional	Papel estratégico das Comissões nas decisões, coordenação da política de saúde no âmbito regional
	Fomentador da regionalização	Relevância, para a região, dos incentivos do Governo Federal e Estadual, bem como diretrizes e apoio da MS, CIT, Conass, Conasems, SES, CIB, CIR
ESTRUTURA	Participação no custeio	Participação das esferas municipal, estadual e federal no custeio do enfrentamento da pandemia de Covid-19
	Suficiência de recursos físicos	Leitos de UTI e Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
	Suficiência de força de trabalho	Profissionais de saúde direcionados ao enfrentamento da pandemia de Covid-19
ORGANIZAÇÃO	Redes	Condição de acesso da população aos serviços de saúde, disponibilidade de serviços de saúde
	Intersetorialidade	Integração com outras políticas públicas, organizações do comércio, justiça, entre outras

Fonte: elaboração própria, adaptada¹⁴.

O estudo adotou as medidas éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96, tendo sido submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. CAAE: 56745422.0.0000.5421, parecer nº 5.424.957.

O campo da pesquisa se comportou de forma semelhante ao que este grupo de pesquisa fez em estudo anterior, realizado em 2016, a partir de um financiamento de projeto para se estudar as facilidades e desafios no processo de regionalização e redes de atenção, nestas mesmas cinco regiões de saúde do estado de São Paulo¹⁶.

Resultados

As oficinas nas cinco regiões de saúde no estado de São Paulo se deram entre os meses de janeiro a maio de 2022, tendo participação do nível regional, representado pelo Departamento Regional de Saúde (DRS), pelos municípios em avaliação no estudo e por representantes de hospitais e/ou unidades especializadas em saúde. Desta forma, foram estudados os municípios apresentados na *tabela 1*, que também descreve as características dos informantes-chave participantes da pesquisa.

Tabela 1. Participações nas oficinas regionais, 2022

REGIÃO	Nº DE PARTICIPANTES SES / DRS	Nº DE PARTICIPANTES MUNICIPAIS	Nº DE PARTICIPANTES AME / CONSÓRCIO / HOSPITAIS	Nº DE PARTICIPANTES CEALAG	TOTAL
VALE DO JURUMIRIM	2	17	6	5	30
SOROCABA	4	15	3	4	26
TAUBATÉ	6	7	2	7	22
VALE DO RIBEIRA	12	4	7	6	29
RM CAMPINAS	4	8	2	10	24
TOTAL	28	51	20	32	131

Fonte: elaboração própria.

A partir do *quadro 2*, podemos identificar os principais pontos levantados pelos entrevistados durante as oficinas regionais nas cinco regiões de saúde.

Quadro 2. Principais achados nas cinco regiões de saúde de SP

AÇÕES INTERSETORIAIS	AÇÕES SETORIAIS	PRINCIPAIS EMPECILHOS	LIÇÕES EXTRAÍDAS
Pactuações entre saúde, educação, social e justiça; com comércio, rede hoteleira, segurança - Sala de situação	Reorganização de estruturas de saúde e dos leitos, dos fluxos e dos serviços da RUE	Dificuldade para aquisição de medicamentos, equipamentos, EPI e compras	Aprimoramento do uso das tecnologias de informação e digitais; Resgate das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias
Espaços de governança e movimentos políticos	Atuação conjunta com a Vigilância; Planos de Contingência (regional e municipal)	Déficit de RH por adoecimento /afastamento e óbito; Mão de obra e as estruturas físicas no limite operacional	Trabalho intersetorial e em rede
Comitês para enfrentamento à pandemia entre setores	Criação de grupos de mensagens para conversação e tratativas	Dificuldade de acesso aos leitos de UTI ou mesmo a falta destes	Avaliação da permanência dos leitos de UTI; Importância da revisão da assistência
Apoio da promotoria nas ações de fiscalização, lançamento de decretos e ações de judicialização da saúde	Treinamentos diversos e contratação de novos funcionários (por OS)	Fragilidade na governança: CIT; articulação de Conass e Conasems; Fragilidade em relação ao financiamento	Reforço nas diretrizes da regionalização e descentralização
Transparências entre secretarias	DRS presente (exceto, Vale do Jurumirim) e parceria entre todos os municípios - CIR fortalecida	Planos de governo diferentes nas tomadas de decisão, além das políticas divergentes	Identidade enquanto região

Fonte: elaboração própria.

Política

No enfrentamento a pandemia houve a participação dos municípios nos espaços de

governança e no desenvolvimento de movimentos políticos para disponibilização de vacinas e garantia da aplicação, além da disponibilização de Equipamentos de Proteção

Individual (EPI). Todas as cinco regionais de saúde entrevistadas citaram ações conjuntas entre os municípios da região e alguma ligação com o Departamento Regional de Saúde (DRS), exceto pelo Vale do Jurumirim (VJ).

As cinco regiões citaram a formação de comitê de enfrentamento à pandemia, tanto para tomada de decisões como para o planejamento de ações. A região de Itapeva citou que as reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR) se mantiveram durante a pandemia e isso foi importante para atuação do DRS junto aos municípios. O estado teve papel de apoio no fornecimento de EPI, insumos e medicamentos para enfrentamento à Covid-19. Sentiu-se uma ausência no papel do Ministério da Saúde (MS) junto aos municípios. O Vale do Ribeira citou que no espaço da CIR ocorreu a articulação de recursos físicos e força de trabalho entre os municípios e a DRS. Assim, DRS, municípios e prestadores permaneceram em diálogo constante.

Chama a atenção a atuação da justiça junto à Itapeva, onde as tensões com a Santa Casa em relação ao fornecimento de leitos exclusivamente para pacientes com Covid-19, levaram à judicialização desta instituição até que, por fim, fez cumprir a entrega dos leitos em oferta para a região.

O Litoral Norte (LN) citou fragilidade de governança, entre elas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), articulação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), além da dificuldade de interlocução com a gestão federal. A Região Metropolitana de Campinas (RMC) citou a falta de comando por parte da União, além de informações desencontradas entre esferas de governo.

Houve também a fragilidade em relação ao financiamento, movimento de muito estresse do ponto de vista individual e institucional. A RMC citou a questão da Lei de Responsabilidade Fiscal e o impacto do teto dos gastos na saúde.

Estrutura

Os municípios das regiões estudadas citaram diversas estratégias para o enfrentamento da pandemia, desde a abertura de novos leitos e/ou reorganização dos já existentes, como também, utilização de unidades de saúde para atendimento à Covid-19, acordos e parcerias com instituições, organizações, comércio, justiça, rede hoteleira, entre outros.

O Hospital Regional do LN, construído através dos recursos do Programa Recurso-Ação, estava pronto no início da pandemia e seus leitos foram necessários para os municípios estudados e toda região do DRS XVII (abrindo 100 leitos, sendo 60 de enfermaria e 40 de Unidades de Terapia Intensiva – UTI).

Ilhabela transformou um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) em hospital para as demais enfermidades, enquanto o Hospital Municipal foi referência na atenção à Covid-19, com 22 leitos de enfermaria e 6 leitos de UTI. São Sebastião contou com ampliações em sua estrutura: (1) transformação de leitos pós-cirúrgicos em leitos de UTI; (2) treinamentos em parceria com o Núcleo de Educação Permanente Humanizado (NEPH); (3) contratação de profissionais. Neste município, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF) atendiam pacientes com coronavírus. Um hospital de campanha foi montado, mas não precisou ser utilizado.

O município de Caraguatatuba contou com uma UPA referência para casos de Covid-19 (com 20 leitos UTI e 80 de enfermaria) e um convênio com a Santa Casa para as demais necessidades. Também houve a ampliação do tempo de trabalho das vigilâncias e o município recebeu um tomógrafo.

A Região do LN, no papel do DRS, teve grandes dificuldades na obtenção de oxigênio e precisaram contar com auxílio das secretarias municipais e da Associação de Municípios do Vale do Paraíba (Codivap) para atendimento desta necessidade.

Na Região do VJ, o município de Avaré citou que fez muitos contratos temporários através de Organização Social (OS), para sanar as necessidades de profissionais. Os demais municípios também citaram as contratações em caráter emergencial.

Ainda nesta região, os municípios relataram ainda que houve repasse financeiro da União e do estado para os mesmos, como forma de suprir o custeio da assistência, incluindo a aquisição, manutenção ou uso de respiradores e concentradores de oxigênio. Já o recurso para aquisição de medicamentos foi estadual e municipal. Houve também a criação de novos leitos de UTI e de enfermaria para Covid-19 e, conseqüentemente, a reestruturação dos equipamentos médicos. Foi desenvolvida uma sistematização através de critérios para as transferências para os serviços de referências.

Os municípios do VJ citaram as dificuldades na compra de insumos, como: EPI, medicamentos e materiais de consumo. Relataram que o preço desses insumos estava muito acima do valor comum. Na regulação dos leitos via Cross (O Sistema Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde), havia leitos insuficientes. E, por fim, relataram barreiras na contratação de profissionais capacitados para atuar com a Covid-19, além da permanência desses trabalhadores. Este último fator foi também citado pela RMC, acrescido pelo teto de gastos com RH e a alternativa de terceirização desta mão-de-obra para atendimento à Covid-19.

No município de Avaré criou-se um setor específico para atendimento de suspeitos e confirmados da Covid-19. Os demais municípios também citaram que manejaram Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atendimento exclusivo de pacientes suspeitos ou contaminados, como forma de separar os estes e proteger a população não infectada. Avaré, que é referência para as cidades circunvizinhas, teve suas maiores dificuldades em: adequar a transferência de pacientes das cidades ao redor para Avaré e conseguir atender a toda a demanda solicitada. Sendo assim, o VJ foi muito penalizado no processo de solicitação

de vaga, região com poucos leitos hospitalares. O VJ recebia pacientes da macrorregião e penalizava os municípios da região de Avaré.

O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Itapeva foi transformado em Hospital de Campanha (HC). Com a transformação física na unidade, também foram instalados 10 leitos de UTI. Com o aumento do número de leitos, houve a necessidade de abrir um processo seletivo. Atualmente, o HC foi mantido como Hospital-Dia, o que vem gerando mais cirurgias e, também, ocorreu a implantação do serviço de tomografia.

A região de Itapeva citou que a ausência, o cansaço e a exaustão dos profissionais, levaram os trabalhadores e as estruturas físicas a trabalharem no seu limite operacional. Houve afastamento de profissionais por adoecimento e as UBS não possuíam estruturas suficientes para atender a demanda aumentada. Os profissionais que atuavam na linha de frente recebiam incentivo financeiro, além de alimentação para ações extras. Como forma de ampliar o atendimento, houve contratação de OS para suprir a demanda. O município de Itapeva cita esta contratação como um facilitador, por ser um processo mais rápido em relação à legislação, evitando abertura de processo seletivo e/ou concurso, sendo mais oneroso e mais demorado.

Os municípios das cinco regiões relataram valores abusivos nos processos de licitação em compras de insumos e medicamentos para o enfrentamento à pandemia, o que foi uma barreira na compra desses. Apesar dos processos seletivos, houve dificuldade na contratação de profissionais especializados, além do fato de que alguns profissionais médicos não queriam atender na linha de frente. Devido à urgência na contratação, muitos profissionais da saúde da linha de frente não tinham treinamento suficiente para os atendimentos.

A UBS construída pelo Projeto BID no município de Barra do Chapéu foi transformada em unidade para atendimento da Covid-19. O município de Itararé montou uma unidade sentinela para atendimento inicial da Covid-19, com quase 7 mil pessoas atendidas. O município de Apiaí

criou uma central de atendimento à Covid-19, com atendimentos físicos e por telefone.

Cajati, na Região do Vale do Ribeira, não conta com unidades hospitalares somente com Pronto Atendimento. Logo, durante a pandemia, transformou a UBS em setor de Covid-19 com atendimento 24 horas. Nela realizou testes e atendimentos de casos leves e, quando o quadro do paciente se agravava, o enviavam para os hospitais de referência da região, via Cross. O município chegou a comprar leitos e adequar o Ginásio de Esporte para atendimento, mas este não precisou ser usado.

O único hospital porta aberta da Região do Vale do Ribeira era o Hospital Regional de Pariquera-Açú, que ficou responsável pela triagem, diagnóstico e regulação de todos os casos de Covid-19 da Região. Os casos, depois de avaliados, eram encaminhados para outras unidades via Cross. Este foi um pacto aprovado na CIR. Num segundo momento, os municípios conseguiram fazer os testes no próprio município, sendo a maioria dos testes comprados com recursos próprios.

A RMC citou a dificuldade com a estrutura física pequena de suas unidades de saúde para fluxos separados, déficit anterior de leitos de UTI e agravado durante a pandemia nos municípios com poucos recursos entrevistados, especialmente de alta complexidade (exceto por Campinas).

Em relação à vacinação, os municípios relataram a demora da aprovação da vacina pela Agência Nacional de Vigilância em Sanitária (Anvisa) e a resposta tardia do Programa Nacional de Imunização (PNI) para o início da vacinação. No início, a vacina disponibilizada era insuficiente para os grupos prioritários, pois a população queria se vacinar. A cobertura da terceira dose caiu bastante e para conseguir a cobertura da segunda dose foi necessário um esforço maior dos municípios.

Organização

Os municípios das cinco regiões estudadas citaram a criação de Comitês de Contingência da Covid-19, de onde saíam os decretos

municipais sobre a restrição e sanção de casos positivos que não cumprissem as medidas de isolamento, e onde acontecia a discussão de todas as ações e necessidades para enfrentamento da pandemia. Também houve a criação das Salas de Situação Regional com o mesmo objetivo. Através de reuniões semanais do Comitê Regional Covid-19, a Vigilância Sanitária (Visa) passava orientações de segurança e fiscalização. Além disso, os municípios lançaram mão de diversas estratégias de enfrentamento, como a criação de uma sala de situação, integração de ações com as demais secretarias municipais e também o empréstimo de insumos e medicamentos entre os municípios.

Na formação desses comitês havia a tomada de decisões, que eram então informadas à população através da mídia. Eram lançados boletins diários nas redes sociais. Com a diminuição dos casos, estes boletins passaram a ser semanais. A Assistência Social auxiliou na busca pela população vulnerável com o objetivo de garantir seus direitos em relação à obtenção do auxílio emergencial e as necessidades básicas.

No início, houve grande espera para os resultados dos exames de Covid-19, falha na comunicação entre hospital e unidades básicas, sobrecarga dos serviços de urgência. Em todas as regiões foi citada a saturação da rede de apoio, rede de urgência e emergência incipiente, esgotamento dos trabalhadores da saúde e pedidos de licenças e atestados. Além do desinteresse por parte de alguns setores públicos com o enfrentamento à Covid-19.

Os municípios relataram a instabilidade dos sistemas de informação, do Vacivida (VacinaJá), e-SUS (Prontuário Eletrônico do SUS), Sivep-Gripe (Sistema para síndromes respiratórias), o que levou morosidade aos serviços e ações, além da lentidão para divulgação de dados estatísticos.

O enfrentamento à pandemia trouxe uma maior união e comunicação entre os municípios, e isso se mantém nos dias atuais. Lições importantes relatadas foram em relação ao

papel da intersetorialidade e o resgate das vigilâncias epidemiológicas e sanitárias, que estavam desvalorizadas antes, e começaram a ter protagonismo, fortalecendo assim suas ações.

Faz-se pertinente citar o relato sobre a importância das ações de promoção e prevenção em saúde, a disseminação de informações científicas, a humanização, acolhimento e união dos profissionais.

Destaca-se entre os municípios o papel da Promotoria, principalmente em relação ao lançamento de leis e decretos. Além dessa parceria, o Sindicato do Comércio, Agências Bancárias, Rede Hoteleira e líderes religiosos também foram importantes no atendimento às medidas sanitárias.

Em alguns municípios, secretarias de educação e assistência social cederam seus prédios para a coleta de exames e para a vacinação. Nas campanhas de vacinação também ocorreu a arrecadação de alimentos e absorventes para a população em vulnerabilidade.

A Vigilância Epidemiológica e a Sanitária trabalharam durante a pandemia, em conjunto com os municípios, tanto a nível hospitalar como no apoio à Atenção Primária à Saúde (APS), criando protocolos não farmacológicos, orientação técnica em relação aos atendimentos, procedimentos em relação à infecção hospitalar e distribuição do remanescente de vacinas. Nas regiões, aplicativos de mensagem ajudaram muito como ferramenta de comunicação pessoal e também para reuniões online. Ganhou destaque como facilitador entre os municípios a criação de grupos em aplicativos de mensagens para conversas e tratativas, pois as respostas eram rápidas.

Discussão

No contexto da pandemia, os sistemas de saúde, em seus diferentes modelos de organização, responderam de forma mais ou menos rápida e efetiva às necessidades de saúde^{20,21}.

No caso de países emergentes, as respostas são mais difíceis, tanto pela imaturidade ou

limitações de seus sistemas de proteção social – incluindo saúde – quanto pela debilidade de suas economias e pelas imensas desigualdades de renda e condições de vida entre seus habitantes – que são evidenciadas no contexto de crise, tanto no que tange a oferta de serviços, quanto no próprio espalhamento da doença²². O caso brasileiro não foge à regra geral, mas, ao contrário da maioria desses países, apresenta um modelo universal de proteção social, instituído na Constituição Federal de 1988²³.

A intersetorialidade surgiu com um dos pontos citados pelas cinco regiões estudadas para a relação da saúde com outras secretarias, como educação, assistência social e cultura. Além dessas outras secretarias, também houve relação com o comércio, rede hoteleira e mídia. Isso facilitou a construção de Comitês Intersetoriais, onde as decisões para o enfrentamento à pandemia eram tomadas, bem como a elaboração de protocolos, decretos e medidas de isolamento social. Também foi citado o papel da Polícia Militar (PM), especialmente, nos trabalhos de fiscalização e garantia das decisões que eram impostas à sociedade civil e ao comércio. Situações semelhantes apresentadas em estudos de Conceição²⁴, que mostrou que o envolvimento das diferentes secretarias teve como principal objetivo o planejamento e a execução das ações de enfrentamento, considerando a complexidade do impacto sanitário, social e econômico e a diversidade das ações/medidas de mitigação da Covid-19²⁴. Além do estudo de Ferreira²⁵ que mostrou a importância da intersetorialidade nas ações da vigilância sanitária no combate a pandemia no município de Sobral (CE)²⁵.

Quando o estudo levanta a dimensão política, as regiões citam o estrangulamento dos gastos em saúde, agravado pelo seu teto e o apoio incipiente da União junto aos municípios, além da frágil governança encontrada entre Conselhos representativos das secretarias estaduais e municipais de saúde, sendo eles Conass e Conasems. Abrucio²⁶ em seu estudo mostrou que a prolongada crise política impediu a construção de um mínimo de

convergência para enfrentar, entre outros, os problemas sanitários do País²⁶. Ainda nesse contexto, Servo⁵ mostrou em seu estudo que por mais que o País tivesse aprovado o orçamento emergencial de combate à pandemia, faltou efetividade na execução e alocação deste por parte do governo federal, prejudicando as ações de combate à pandemia nas três esferas de governo⁵.

Os municípios citaram um fortalecimento das regiões em relação à DRS, exceto pelo Vale do Jurumirim, onde eles podiam tomar decisões conjuntamente, adotando medidas e ações necessárias ao enfrentamento à pandemia. Enfrentar a pandemia evidenciou a distribuição desigual dos serviços de saúde e para isso se fez necessária a construção de redes assistenciais regionalizadas, além do fortalecimento das instâncias de decisões regionais, como a CIR, o que pode vir a ser um legado positivo para o SUS²⁷.

Quando se tratou da estrutura, alguns fatores foram mais citados entre todos os municípios estudados. Dificuldade da oferta imediata de leitos hospitalares (especialmente, leitos de UTI), possibilitando o acesso à saúde, além da dificuldade em contratação de profissionais de saúde preparados para o enfrentamento à pandemia. Em estudo de Vieira e Servo²⁸, os autores apresentam que mesmo em estados com maior oferta de serviços de saúde, o acesso a eles é desigual e isso foi um dos fatores cruciais para o agravamento dos casos da Covid-19²⁸.

Todas as regiões de saúde citaram readequação de serviços de saúde preexistentes para atendimento exclusivo à Covid-19, além da contratação de mão-de-obra através de OS. Não obstante, por muitas vezes insuficientes, muito devido às suas sobrecargas. Mesmo tendo ampliado a quantidade de profissionais desde a implementação do SUS, a sua má distribuição em relação às regiões de saúde provoca a insuficiência de profissionais especializados em várias áreas do sistema²⁹. Em estudo realizado por Seixas et al, que analisou a circularidade médica nestas mesmas

cinco regiões deste estudo, foi observado que a circularidade interregional é mais intensa nas regiões menos desenvolvidas, sinalizando sua relação com situações de menor oferta médica, sendo possível uma maior dinamicidade dos não exclusivos entre regiões com menor desenvolvimento³⁰.

Para além disso, a pandemia revelou uma precária preparação dos profissionais de saúde para atuar em emergências sanitárias³¹. Massuda et al.³¹ afirmam que a pandemia expôs as fragilidades e desafios para o SUS, e isto reconhecido de uma maneira inédita no Brasil, reafirmando que sistemas de saúde resilientes são essenciais não só para efetivação do direito à saúde, mas também para a manutenção de atividades sociais e econômicas³¹.

Em síntese, os dados empíricos retratados mostram que, para além das diferenças em termos de vulnerabilidade social, a evolução da pandemia da Covid-19 pode ser determinada por um conjunto variado de fatores que incluem, mas não se limitam, a medidas relacionadas ao sistema de saúde, como a expansão da oferta de leitos, elaboração de ações e medidas sanitárias. Claramente, existem outras variáveis de contexto que interferem no processo e podem levar a distintos desfechos.

Um ponto que ficou claro neste estudo foi a ascensão da participação dos estados e municípios na organização do sistema de saúde, mostrando a importância de uma coordenação tripartite²⁸. Porém, as insuficiências levantadas até aqui e o comprometimento da efetividade das ações de vigilância em saúde e de assistência à saúde podem resultar do desencontro interferido destas esferas com o governo federal, cobrando um alto preço à população brasileira e que pode ser, no extremo, um número intangível de vidas perdidas.

Considerações finais

O enfrentamento à pandemia trouxe diversos desafios aos sistemas de saúde, muitas estratégias e ações foram desenvolvidas para o

controle do número de casos e de seus agravos. As regiões de saúde deste estudo puderam comprovar a importância da intersetorialidade nas ações de saúde como um todo. Notou-se o grande papel dos municípios nestas ações e a união destes, fortalecendo o papel da regionalização e ampliando a importância da governança em saúde. Além disso, foi notório o ganho na identidade regional que o combate à pandemia propiciou, visto que o investimento realizado nestas regiões em anos recentes antes da pandemia, colocou essas regiões com alguma vantagem nas ações de combate à Covid-19, pois foram contempladas com a construção de serviços de saúde (AME, Hospital, UBS), o que garantiu ações imediatas. Esse momento vivido reforçou, também, o ganho de legitimidade das direções regionais, isto é, saíram fortalecidas porque exerceram seu papel de liderança e organizaram ações junto aos municípios, exercendo a função de coordenação regional de fato.

Porém, não se pode deixar de citar que a Covid-19 desafiou e transformou as cidades, os serviços e os sistemas de saúde, estes últimos responsáveis por salvar vidas e produz inovações, mas que, ao mesmo tempo, tiveram expostas as fragilidades em sua organização, particularmente nos processos de articulação federativa e coordenação do SUS, que deveriam ter sido capazes de garantir um enfrentamento equânime de uma emergência de saúde pública como a que vivemos.

Colaboradores

Meira ALP (0000-0003-0776-5543)*, Godoi LPS (0000-0002-0213-1616)*, Ibañez N (0000-0002-8459-4736)*, Viana ALD (0000-0003-4498-899X)* e Louvison MCP (0000-0003-1630-3463)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Vasques JR, Peres AM, Straub M, et al. Organização dos sistemas de saúde no enfrentamento à covid-19: uma revisão de escopo. *Rev. panam. salud pública*. 2023 [acesso em 2023 maio 5]; 47(38). Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.38>.
2. Salino AV, Ribeiro GMA. Análise da oferta de hospitais e leitos hospitalares no estado do Amazonas ante a pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2023; 47(136):200-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313613>.
3. Brasil. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*. 6 Feb 2020. [acesso em 2022 abr 24]. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.
4. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(2):e2020222.
5. Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde debate*. 2020

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [acesso em 2022 jul 4]; 44(esp4):114-129. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3WbqYLWqnc8MSJ7LpnBY5SK/?lang=pt&format=html>.
6. Vieira FS Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):100-113.
 7. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 36(7):e00185220.
 8. Melo GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 maio 28]; 22(4):1291-1310. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/05/Governan--aX.pdf>.
 9. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. *Saúde debate*. 2020; 44(126):895-901.
 10. Lucca SR. Iniquidades das mortes violentas e de COVID-19 negligenciadas pelo Estado brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2023 [acesso 2023 maio 5]; 39(2):e00001923. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT001923>.
 11. Campinas. Plano Municipal de Contingência para o enfrentamento da pandemia de infecção humana pelo novo vírus: Fase II – plano de ação para o enfrentamento da intensificação da 1ª onda de covid-19 em Campinas. Campinas: SSC; 2020.
 12. Rossi P, Dweck E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(12):1-5.
 13. Costa NR. Resiliência das grandes cidades brasileiras e a pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2021; 45(esp2):10-20.
 14. Ibañez N, Viana ALD, Tardelli R, et al. Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. Barueri: Manole; 2020.
 15. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e método. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
 16. Viana ALD, Bousquat A, Ferreira MP, et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2017; 17(supl1):S7-S16.
 17. Viana ALD, Ferreira MP, Cutrim MAB, et al. Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. Rio de Janeiro: [sem editora]; 2017. (Série novos caminhos15). [acesso em 2022 maio 9]. Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_15.pdf.
 18. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(4):1055-1064.
 19. Viana ALD, Ferreira MP, Cutrim MAB, et al. Índice de influência das dimensões Política, Estrutura e Organização no processo de regionalização da saúde e desempenho das regiões de saúde. In: Ibañez N, Viana ALD, Tardelli R, et al., organizadores. *Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo*. Barueri: Manole; 2020. p. 361-382.
 20. Pecoraro F, Luzi D, Clemente F. Analysis of the Different Approaches Adopted in the Italian Regions to Care for Patients Affected by COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(3):848.
 21. Nocchi M, Dannaoui B, Corte FD, et al. Real-Time Coordination of the Regional Health System During the Pandemic. *Disaster Med Public Health Prep*. 2022; 16(4):1296-1299.
 22. Dweck E, Moretti, B, Melo MFGC. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. *Cad. Desenv*. 2021; 16(28):239-265.
 23. Viana ALD, Silva HP, Iozzi FL. Arranjos Institucionais na prestação de serviços de saúde, trabalho em

- saúde e tecnologias digitais em diferentes cenários prospectivos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
24. Conceição MR, Freire RP, Macario FC, et al. Covid-19 – um exercício de coordenação e articulação municipal efetiva: a experiência de Niterói. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):281-292.
 25. Ferreira VES, Mesquita JMC, Parente PD, et al. O agir da vigilância sanitária frente à Covid-19 e o necessário exercício da intersectorialidade. *SANARE (Sobral)*. 2021; 20(supl1):58-70.
 26. Abrucio FL, Grin EJ, Franzese C, et al. Combate à Covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. *Rev. Adm. Pública*. 2020; 54(4):663-677.
 27. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):161-176.
 28. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde debate*. 2020; 44(esp4):100-113.
 29. Scheffer M, coordenador. *Demografia médica no Brasil*. São Paulo: FMUSP; CFM; 2018.
 30. Seixas P, Ibañez N, Silva JA, et al. A circularidade dos médicos em cinco regiões de São Paulo, Brasil: padrões e fatores intervenientes. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(supl2):e00135018.
 31. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad. EBAPE.BR*. 2021; 19(esp):735-744.

Recebido em 25/07/2022

Aprovado em 08/06/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) por meio da estratégia PPSUS. Processo Fapesp: 2020/12140-5

Índice de Dependência Regional e Macrorregional: uma contribuição ao processo de regionalização do SUS

Regional and Macrorregional Dependency Index: A contribution to the SUS regionalization process

Daniele Marie Guerra¹, Marília Cristina Prado Louvison¹, Arthur Chioro², Ana Luiza D'Ávila Viana³

DOI: 10.1590/0103-1104202313805

RESUMO O estudo aborda a interdependência das regiões e macrorregiões de saúde no Brasil nas internações de média e alta complexidade, no ano de 2019. Foi realizada a análise dos fluxos estabelecidos, utilizando o Índice de Dependência Regional e Macrorregional, a partir de dados secundários do Sistema Único de Saúde (SUS) obtidos no Sistema de Informação Hospitalar. Os resultados demonstram que grande parte das regiões e macrorregiões de saúde absorvem em seus territórios as internações de média complexidade, com variações entre as especialidades. Nas internações de alta complexidade, a maioria das regiões de saúde apresenta grande dependência, sendo que a assistência está concentrada em 15% delas. Entre as macrorregiões de saúde, o cenário é significativamente heterogêneo, com dependência expressiva nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e alta resolutividade na região Sul. Em todas as análises, o porte populacional das regiões e macrorregiões de saúde apresenta relação inversa à dependência regional e macrorregional. O aprimoramento da regionalização pressupõe a organização de uma rede de atenção à saúde que considere as desigualdades e as diversidades territoriais, a interdependência e a autonomia entre os territórios e os atores implicados, e a coordenação entre as unidades federativas, de modo a garantir cuidado integral e equânime.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Regionalização da saúde. Assistência integral à saúde. Governança em saúde.

ABSTRACT *The study addresses the interdependency between health regions and macro-regions in Brazil in 2019, concerning both medium and high complexity hospitalizations. The analysis of the flows established was carried out using the Regional and Macro-regional Dependency Index, based on secondary data provided by the Hospital Information System of the Unified Health System (SUS). The results show that a significant number of health regions and macro-regions absorb medium-complexity hospitalizations in their territories, varying according to specialties. In high-complexity hospitalizations, most health regions are highly dependent, assistance concentrated in 15% of these. Among health macro-regions, the scenario is significantly heterogeneous: highly dependent on the North, Northeast and Midwest Regions, and highly resolute in the South Region. Analyses show that the population size of health regions and macro-regions is inversely related to the regional and macro-regional dependency. The improvement of regionalization requires an organized health care network, one that takes into account territorial inequalities and diversities, interdependency and autonomy among the territories and actors involved, and inter-federative coordination, so as to provide care that is both comprehensive and equitable.*

KEYWORDS *Unified Health System. Regionalization of health. Comprehensive health care. Health governance.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) - São Paulo (SP), Brasil.
mdaniguerra18@gmail.com

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

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

A Constituição Federal de 1988 assegurou a saúde como um direito universal e fundamental, definindo que as ações e os serviços de saúde compõem um sistema conformado em uma estrutura descentralizada e regionalizada, com o envolvimento e a corresponsabilidade de todas as esferas de governo no Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

No modelo federativo tripartite brasileiro, a complexidade da gestão das políticas públicas, em especial na área da saúde, traz a necessidade de conjugar a interdependência e a autonomia dos três entes federativos, de tal forma que a ação coletiva ganhe relevância na construção de condições que propiciem a cooperação e minimizem a competição entre as esferas de governo²⁻⁵.

Os primeiros 20 anos da criação do SUS efetivaram avanços atribuídos ao processo de descentralização da assistência à saúde, que estabeleceu novas bases para o pacto federativo, transferindo responsabilidades e recursos da esfera federal para estados e municípios. Foi um processo rápido, induzido por recursos financeiros, e que trouxe inúmeros avanços relacionados à capacidade de gestão, à participação da sociedade civil na gestão do SUS, à criação dos colegiados intergestores, às mudanças nos critérios de financiamento e aos modelos e práticas de cuidado em saúde^{4,6,7}.

No entanto, o avanço na descentralização acentuou a fragmentação e o isolamento das ações e dos serviços de saúde, gerando ineficiência sistêmica, além de dificuldades na obtenção da integralidade do cuidado. Neste sentido, destacam-se problemas relacionados à desigualdade entre os municípios em aspectos populacionais, e de condições técnicas, políticas e financeiras. Além disso, a forte presença dos estados na assistência, e a insuficiência de instrumentos e mecanismos de coordenação federativa que pudessem fortalecer os na organização de redes assistenciais, acentuaram ainda mais a competição entre os entes federados⁸⁻¹¹.

Diante deste cenário, a regionalização ganhou destaque, tendo em vista a necessidade de construir um sistema baseado na cooperação e na solidariedade nas relações interfederativas, de modo a organizar redes regionalizadas que pudessem efetivar o cuidado integral à saúde, em tempo oportuno. A integralidade da atenção à saúde no Brasil pressupõe um sistema integrado de ações e serviços de saúde que envolve múltiplas dimensões, e arranjos de governança, considerando a interdependência dos atores e organizações implicados no cuidado que, isoladamente, não conseguem solucionar os problemas de saúde de uma população¹².

A regionalização é um processo de pactuação política, como resultado da articulação entre distintos atores acerca da responsabilidade sanitária e da gestão do sistema e dos serviços no enfrentamento dos problemas de saúde da população, em um determinado território. É um processo que tem como objetivo a melhor disponibilidade de serviços e ações de saúde que inibam a desigualdade de acesso no atendimento integral, condicionado pela interrelação de diferentes atores sociais, distribuição de poder, capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde no território¹³⁻¹⁵.

Embora haja nos estados experiências anteriores ao SUS, foi somente em 2001 que a regionalização no País ganhou uma estrutura centralizada, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) 2001/2002, que propôs a conformação de sistemas funcionais de saúde a partir de territórios sanitários, com centralização da oferta, em detrimento da necessidade de saúde^{16,17}.

A partir do Pacto pela Saúde, a regionalização afirmou a importância da garantia de acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, e ampliou a definição das regiões de saúde, considerando as diversidades e realidades de cada região do País. Propôs também a definição de responsabilidades e compromissos entre os gestores da saúde, pactuados nos Colegiados de Gestão Regional

como espaços permanentes de cogestão solidária e cooperativa entre os entes federativos¹⁸. Posteriormente, novas orientações foram formuladas com o estabelecimento de diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada pela relação horizontal dos pontos de atenção de um sistema de saúde, com centro de comunicação e coordenação do cuidado exercidos pela atenção primária à saúde, no sentido de promover a integração sistêmica das ações e dos serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integração e de qualidade¹⁹. Em sistemas universais com centralidade na atenção primária em saúde, é fundamental que a atenção de média e alta complexidade estejam organizadas em rede de atenção, de modo a garantir a integralidade do sistema e o acesso equânime aos serviços de saúde.

Na busca pela integralidade da assistência, o Decreto nº 7.508/2011 orienta a constituição de redes regionalizadas, e define as regiões de saúde como espaços privilegiados para a integração dos serviços de saúde, orientada por um processo de planejamento regional integrado e pela definição das responsabilidades dos entes federados, e formalizada pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap). Define, ainda, as Comissões Intergestores Regionais (anteriormente denominadas Colegiados de Gestão Regional) como instâncias formais de cogestão no espaço regional^{20,21}.

Mais recentemente, as Deliberações da Tripartite nº 23/2017 e 37/2018, traduzidas na Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, detalham o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), a partir da identificação de necessidades de saúde e da rede assistencial em um espaço regional ampliado, definido a partir de uma ou mais regiões de saúde, sob a denominação de macrorregiões de saúde. Neste território ampliado, devem ser estabelecidas prioridades sanitárias, organização dos pontos de atenção à saúde, e responsabilidades sanitárias entre

os entes federados, e um financiamento tripartite deve ser viabilizado. As Deliberações propõem também o estabelecimento de um Comitê Executivo de Governança da RAS, de caráter técnico e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e nos resultados – incluindo os prestadores de serviços – e o controle social, trazendo subsídios para a tomada de decisões nas Comissões Intergestores Bipartite e Regional²²⁻²⁴.

O SUS foi criado em um país com heterogeneidades na extensão e na diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas, e diversidades nas necessidades epidemiológicas, na oferta de serviços e na disponibilidade de recursos humanos. A Constituição de 1988 define que cada ente federativo tem a responsabilidade de organizar seu sistema SUS de forma compartilhada, de modo a assegurar universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde¹³.

A organização da RAS requer arranjos de integração sistêmica, com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade, o que demanda a concentração de alguns serviços e a dispersão de outros para a organização da assistência especializada em redes regionalizadas de maneira eficiente e sustentável⁹. Neste sentido, a construção de indicadores que demonstrem os vazios assistenciais e a autosuficiência regional e macrorregional permite a realização de planejamentos integrados e equânimes que respondam às necessidades dos territórios brasileiros.

O presente estudo tem como objetivo analisar a interdependência das regiões de saúde e macrorregiões de saúde nas grandes regiões do Brasil, em busca da integralidade da assistência, redirecionando o olhar para a suficiência de cada território, utilizando o Índice de Dependência Regional e Macrorregional (IDR/IDMR) nas interações de média e alta complexidade, no ano de 2019.

Material e métodos

O Índice de Dependência (ID) foi criado pela Organização Mundial da Saúde, vinculado ao Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, no intuito de realizar estudos de áreas de influência²⁵, traduzido pela “porcentagem de atendimentos da população em cada sistema, ou unidade, em relação ao total de atendimentos”²⁶⁽³³⁾. Em síntese, o ID é utilizado para ponderar a participação de distintos grupos populacionais no sistema de saúde, e auxiliar o processo de dimensionamento da oferta de serviços em relação às necessidades de saúde, especialmente na elaboração de planos de desenvolvimento regionais²⁶. Em investigações mais recentes, o ID foi utilizado para analisar a interdependência das regiões de saúde no estado de São Paulo^{27,28}. No presente estudo, busca-se medir a suficiência e a relação entre as regiões e macrorregiões de saúde, sendo denominado de Índice de Dependência Regional (IDR) e Índice de Dependência Macrorregional

(IDMR). Nesse sentido, o IDR e IDMR foram calculados, respectivamente, pela porcentagem de internações de média e alta complexidade no atendimento à população residente nas 450 regiões de saúde e 116 macrorregiões de saúde do Brasil, realizadas fora de seus próprios territórios, em relação ao total de internações realizadas para a mesma população, no ano de 2019 (atualmente são 456 regiões e 117 macrorregiões). A análise do IDR e IDMR foi realizada conforme nível de complexidade, especialidade (clínica pediátrica, clínica obstétrica, clínica médica, clínica cirúrgica) e porte populacional. Os dados foram plotados em mapas para melhor visualização espacial. Os valores do IDR e IDMR foram agrupados em faixas: abaixo de 20%, entre 20,01% e 40%, entre 40,01% e 60%, entre 60,01 e 80%, e acima de 80%. Os mapas mostram todas as regiões e macrorregiões analisadas, mas a análise considerou Regiões BR, conforme *tabela 1*. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) do Ministério da Saúde.

Tabela 1. Número de regiões de saúde e macrorregiões de saúde, segundo Regiões BR, 2019

Região BR	Regiões de saúde	Macrorregiões de saúde
Centro-Oeste	39	15
Norte	45	14
Nordeste	133	33
Sudeste	165	36
Sul	68	18
Total	450	116

Fonte: elaboração própria, com base no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)²⁹.

Resultados e discussão

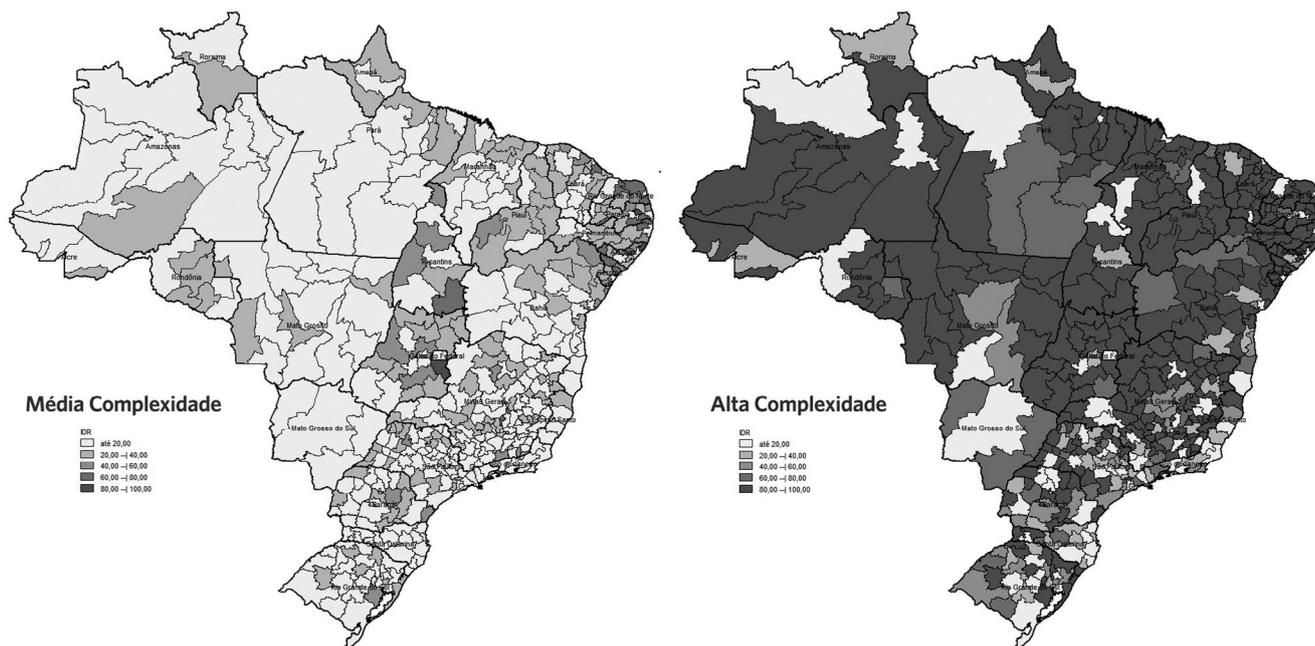
Ao analisar as internações de média complexidade, grande parte das regiões de saúde (59%) apresentou IDR abaixo de 20%; em 32% das regiões de saúde, o IDR ficou entre 20% e 40%, e em apenas 43 regiões de saúde (10%) o IDR observado ficou acima de 60%. Considerando todo o território brasileiro, foram observadas

diferenças importantes. Na região Nordeste, apenas 40% das regiões de saúde apresentaram IDR abaixo de 20% na média complexidade hospitalar, enquanto nas demais regiões o percentual de regiões de saúde com IDR abaixo de 20% varia entre 61%, na região Centro-Oeste, e 75%, na região Sul (*figura 1*). Este cenário reflete diretamente as desigualdades regionais no Brasil, revelando que, apesar dos avanços

das políticas regionais nos últimos anos, a equidade territorial ainda é um importante

desafio a ser enfrentado para a concretização da integralidade no SUS^{30,31}.

Figura 1. Índice de Dependência Regional (IDR) nas internações de média e alta complexidade. Regiões de saúde do Brasil, 2019



Fonte: elaboração própria, com base no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)²⁹.

Nas internações de média complexidade, a especialidade de clínica cirúrgica foi a que apresentou maior percentual de regiões de saúde dependentes, sendo que somente 42% apresentaram IDR abaixo de 20%. Nas especialidades de clínica obstétrica, médica e pediátrica, mais de 70% das regiões de saúde apresentaram IDR acima de 20%. Em 2019, as internações de média complexidade representaram cerca de 92% do total das internações no SUS e, em grande parte, foram realizadas na região de saúde para seus próprios municípios, o que demonstra a importância do espaço regional na organização e na governança da atenção à saúde.

O cenário das internações de alta complexidade (8% do total das internações) nas regiões de saúde é completamente o inverso. A maioria das regiões de saúde (62%) apresentou IDR

acima de 80%, muitas delas chegando a 100% de dependência. Cerca de 24% das regiões de saúde registram IDR entre 40% e 80%, e somente em 15% das regiões de saúde (67) essa dependência fica abaixo de 20%. São estas as regiões de saúde onde estão localizados os grandes polos tecnológicos e universitários da saúde, e onde se concentram os atendimentos de alta complexidade no País, em grande parte, nas regiões de saúde das regiões Sul e Sudeste, além das regiões de saúde nas quais se encontram as capitais de todos os estados (figura 1).

As regiões com alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços compreendem as regiões metropolitanas e demais áreas de grande dinamismo econômico, e refletem o alto peso do setor privado, com crescimento desigual e significativamente concentrado nas regiões Sudeste e Sul³².

O percentual de regiões de saúde com IDR acima de 60% variou nas especialidades da alta complexidade hospitalar, ficando entre 66%, nas internações de clínica cirúrgica, e 73%, na clínica pediátrica.

Aparentemente, o porte populacional das regiões de saúde tem relação direta com a dependência nas internações de média complexidade nas regiões de saúde, e relação inversa

com o IDR, que diminui à medida que se eleva o porte populacional nessas regiões. Nas internações de média complexidade, o IDR das regiões de saúde com menos de 100 mil habitantes é cinco vezes mais alto que o IDR de regiões de saúde com mais de um milhão de habitantes, e oito vezes mais alto quando se avaliam as internações de alta complexidade (*tabela 2*).

Tabela 2. Índice de Dependência Regional, nas internações de média e alta complexidade, segundo porte populacional. Regiões de saúde do Brasil, 2019

Porte populacional	Média complexidade	Alta complexidade
Até 100 mil habitantes	26.17	99.26
Entre 100 mil e 299,9 mil habitantes	20.85	77.70
Entre 300 mil e 499,9 mil habitantes	16.54	47.77
Entre 500 mil e 1 milhão de habitantes	15.47	37.33
Mais de 1 milhão de habitantes	4.69	11.87

Fonte: elaboração própria, com base no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)²⁹; IBGE (Estimativas TCU, 2019)³³.

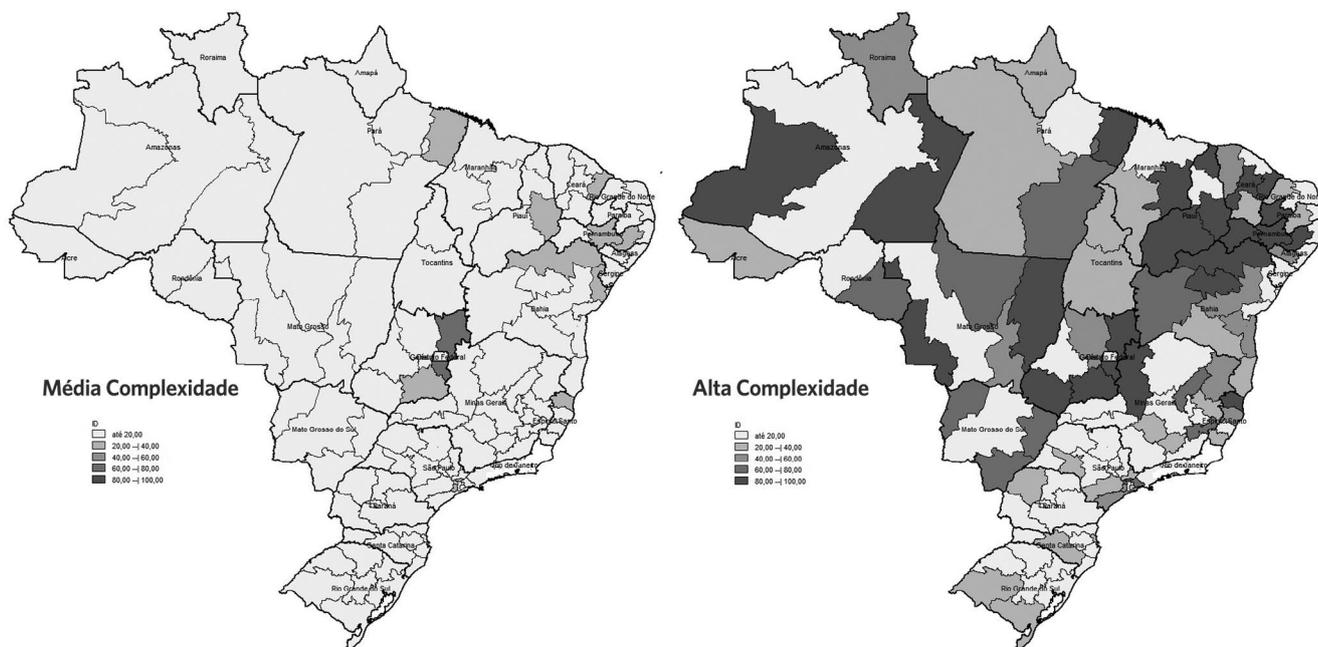
No entanto, há que se considerar que algumas regiões de saúde talvez sejam mais dependentes do ponto de vista da oferta de serviços, e sendo estabelecidas a partir de características geográficas, culturais, econômicas, sociais e políticas, se justificam com base na dinâmica do território. Neste sentido, é inegável a premência de estabelecer pactuações institucionalizadas, além de um plano de investimentos, de modo a garantir o acesso integral a sua população.

Nas internações de média complexidade, a análise do IDMR nas macrorregiões do País revela um cenário nacional mais homogêneo: 92% delas apresentam IDMR abaixo de 20%,

sendo que em apenas uma macrorregião esse índice ficou acima de 60%.

Nas internações de alta complexidade, apenas 41% das macrorregiões de saúde apresentam IDMR abaixo de 20%, e em cerca de 30% das macrorregiões de saúde esse índice ficou acima de 60%. A região Sul se destaca com 72% de suas macrorregiões com IDMR abaixo de 20%, enquanto a região Norte apresenta apenas 21% das macrorregiões nessa faixa percentual. Cenários ainda complexos estão na região Centro-Oeste e Nordeste, onde 67% e 39% das macrorregiões de saúde apresentaram, respectivamente, mais de 60% de dependência (*figura 2*).

Figura 2. Índice de Dependência Macrorregional (IDMR), nas internações de média e alta complexidade. Macrorregiões de saúde do Brasil, 2019



Fonte: elaboração própria, com base no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)²⁹.

A concentração da alta complexidade ambulatorial e hospitalar em territórios onde se localizam as Capitais, especialmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, resulta em elevado grau de dependência, que pode ter impacto sobre as relações de poder, bem como sobre os arranjos regionais de governança no SUS^{34,35}.

Na região Norte, há que se considerar ainda que alguns estados, como Roraima, Amapá e Acre, constituíram uma única macrorregião, e apresentam mais de 30% de dependência nas internações de alta complexidade. E a relação interestadual nem sempre é de contiguidade, uma vez que o deslocamento dos pacientes

enfrenta grandes barreiras territoriais, muitas vezes por acesso fluvial e aéreo. Neste sentido, o uso dos serviços de saúde é facilitado por vias de transporte que, em geral, têm conexão com os grandes polos tecnológicos do País³⁶.

Assim como observado nas internações de média e alta complexidade, o porte populacional das regiões de saúde também parece influenciar o IDMR, pois quanto maior o porte populacional, menor o IDMR observado. Nas internações de alta complexidade, nas macrorregiões com menos de 500 mil habitantes, o IDMR é 40 vezes mais alto do que nas macrorregiões com mais de quatro milhões de habitantes (*tabela 3*).

Tabela 3. Índice de Dependência Macrorregional, nas internações de média e alta complexidade, segundo porte populacional. Macrorregiões de saúde do Brasil, 2019

Porte Populacional Macrorregiões	Média complexidade	Alta complexidade
Até 500 mil habitantes	11.31	85.59
Entre 500 mil e 1 milhão de habitantes	9.74	40.03
Entre 1 milhão e 2 milhões de habitantes	9.18	27.11
Entre 2 milhões e 4 milhões de habitantes	4.61	18.01
Mais de 4 milhões de habitantes	1.54	2.40

Fonte: elaboração própria, com base no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)²⁹; IBGE (Estimativas TCU, 2019)³³.

Há que ponderar que as características geográficas e políticas, bem como a configuração da RAS, são determinantes na configuração do território macrorregional, e torna-se imprescindível entender sua dinâmica na provisão do acesso e no deslocamento dos pacientes até os serviços de saúde, para que possam garantir o cuidado integral.

O estabelecimento das macrorregiões no Brasil é recente, passando por algumas alterações ao longo do tempo e, em geral, essa configuração foi feita a partir de diferentes critérios estabelecidos pelas Comissões Intergestores Bipartites nos estados. Atualmente, alguns estados ainda se constituem em uma única macrorregião, como é caso de Rio de Janeiro, Sergipe, Roraima, Amapá e Acre.

Em territórios muito dependentes, o acesso oportuno e a continuidade do cuidado da saúde demandam pactuações institucionalizadas entre municípios, regiões e macrorregiões, além de investimentos em capacidade instalada e estruturas regulatórias e de governança, de modo a garantir a integralidade da atenção à saúde. Cabe salientar que, em territórios regionais e/ou macrorregionais, a dependência pode estar concentrada em um ou mais municípios e ou regiões de saúde; e em algumas especialidades, procedimentos ou mesmo nas internações que agregam diárias de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde a dependência pode ser ainda mais elevada. Além disso, a baixa dependência pode significar barreiras de acesso entre as regiões de saúde, sejam estas geográficas, financeiras ou de regulação do acesso, entre outras.

No provimento das ações e dos serviços de saúde à população, a organização do território pode estar articulada com a complexidade da rede urbana. Os determinantes da utilização dos serviços de saúde estão relacionados com a oferta e as necessidades de saúde, bem como a organização do sistema de saúde, e implicam padrões de fluxos de usuários nos territórios para acesso a uma rede integral³⁶. As escalas espaciais definidas nos territórios sanitários trazem acordos técnico-políticos nem sempre institucionalizados e convergentes, e capacidades governativas desiguais entre os atores implicados³⁶. A necessidade de negociação e acordos entre esferas de governo é tensionada não só pelo grande número de entes envolvidos, mas também pelas baixas condições institucionais de municípios e estados que são igualmente responsabilizados pela atenção à saúde¹³.

Os deslocamentos pendulares onde que usuários são obrigados a deslocar-se periodicamente para trabalhar ou estudar em municípios diferentes de sua residência fazem parte da estratégia de sobrevivência de um contingente da população brasileira, e não se limitam às grandes aglomerações urbanas. A investigação de fluxos que não se destinam diretamente aos serviços de assistência à saúde pode contribuir para reflexões que contribuam para a identificação de territórios mais coerentes com a lógica social e econômica da região, contribuindo assim para a constituição de territórios com maior integração municipal na gestão das ações e serviços de saúde^{36,37}.

A regionalização é um processo complexo no Brasil, um país de dimensões continentais e grande população, com desigualdades e peculiaridades regionais. Esse processo envolve diversos agentes – governamentais e não-governamentais, públicos e privados –, incumbidos da condução e da prestação da atenção à saúde, porém nem sempre submetidos ao planejamento regional do sistema negociado nas Comissões Intergestores para a integração das redes de atenção. Muitas vezes, esses agentes ultrapassam os limites das regiões de saúde, e até de estados^{13,21}. Essa regionalização pressupõe a existência de mecanismos institucionais que desestimulem a concorrência predatória e promovam o planejamento, a integração, a gestão e o financiamento de uma rede de ações e de serviços de saúde. Esses mecanismos envolvem um sistema de governança e mudanças na distribuição do poder, do modelo assistencial e do financiamento^{5,13,15,38,39}.

A governança na saúde é expressa nas relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre os agentes, que se relacionam nas questões de financiamento e na provisão de insumos e serviços, com protagonismo dos atores com maior capacidade de influência e atuação na condução e na organização do sistema de saúde¹⁴. Neste sentido, a instauração de relações intergovernamentais solidárias no SUS requer medidas que aprofundem o controle e o disciplinamento do exercício dos poderes; e a concepção de pactos regionais pressupõe a integração entre os governantes, que muitas vezes atuam em posições assimétricas e sob interesses potencialmente conflitantes no contexto federativo⁴⁰.

O processo de regionalização pode interferir de modo positivo na universalidade do acesso à saúde, pois permite o planejamento e a organização dos serviços de forma ampla, de acordo com as necessidades do território, estabelecendo uma integração racional e equitativa de ações e serviços, de acordo com a oferta e as necessidades encontradas em um determinado contexto sócio sanitário, otimizando recursos humanos e tecnológicos

no complexo sistema regional de saúde, e catalisando compartilhamentos políticos e de responsabilidades entre os atores⁴¹.

Considerações finais

A busca pela integralidade do cuidado requer o aprimoramento da organização de ações e serviços de saúde no território, centrados na atenção primária e no reordenamento do sistema de saúde, de modo a prover a atenção à saúde de forma contínua, equânime, tão próximo quanto possível da moradia da população, e em tempo oportuno.

Mais do que apenas prover uma medida, o Índice de Dependência Regional e ou Macrorregional busca ampliar o olhar para a organização de um sistema de saúde voltado às necessidades de saúde da população, de seus elementos determinantes e condicionantes, e para a complexidade da continuidade do cuidado. Esse índice contribui para o mapeamento da oferta e da utilização dos serviços de saúde, com a reorganização da assistência, bem como para o aprimoramento das ferramentas institucionais necessárias à efetivação da regionalização no Brasil, em face da complexidade da autonomia e interdependência interfederativa, na provisão da atenção à saúde.

Nas regiões de saúde, a especialidade da clínica cirúrgica apresentou maiores índices de dependência nas internações de média complexidade, com atenção à maior dependência das regiões de saúde da região Nordeste. Em princípio, a organização em macrorregiões garante suficiência em todo o Brasil para a média complexidade. Por outro lado, nas internações de alta complexidade grandes dependências foram encontradas nas regiões e macrorregiões de saúde, com destaque para as internações na clínica pediátrica e cirúrgica. A concentração da alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste reforça o desafio das desigualdades regionais no enfrentamento dos vazios assistenciais.

Como esperado, a dependência é inversamente proporcional ao porte populacional das regiões e macrorregiões de saúde, tanto nas internações de média, quanto de alta complexidade, o que reforça a importância de uma programação e uma pactuação assistencial contínua entre os territórios, de modo a estabelecer acesso à saúde em tempo oportuno em todas as localidades brasileiras. Nesse sentido, ressalta-se a importância de um olhar mais detalhado para regiões e/ou macrorregiões com áreas de grande abrangência territorial e menos populosas, como a região Norte do País, que demandam estratégias diferenciadas na organização da assistência para o enfrentamento dos problemas de saúde. Uma análise mais abrangente, a partir de fluxos e relações interestaduais na assistência à saúde, também pode contribuir para a construção de pactos interfederativos que dialoguem de forma mais sensível com a realidade local.

A diversidade de desenhos de rede, a partir de cada agravo e ou especialidade, remete a mapeamentos mais detalhados de fluxos temáticos que possam orientar o melhor planejamento das ações de saúde e dos mecanismos de governança em rede nos territórios do País. O aprofundamento das análises do ponto de vista de cada estado poderá ser de grande valia para estudos futuros, subsidiados pela presente análise. Mesmo as regiões e macrorregiões de saúde que apresentam baixa dependência podem apresentar desigualdades no acesso entre os municípios que as compõem, muitas vezes induzidas pela centralidade da assistência em municípios que exerçam o papel de polos regionais e macrorregionais, o que ressalta a necessidade de se estabelecer pactos institucionalizados, advindos de um processo de planejamento ascendente e contínuo entre os entes federados, além de arranjos regulatórios efetivos e cuidadores, integrados a um sistema de transporte eletivo e/ou de urgência, de modo a garantir o acesso integral e equânime.

A dinâmica expressa nas relações de interdependência na assistência à saúde coloca em evidência a relevância da configuração de territórios

ampliados, no planejamento e organização de uma rede de cuidados integrais, sem, contudo, desconfigurar os territórios já consolidados das regiões de saúde, que absorvem grande parte da assistência ambulatorial e hospitalar, destinada à sua população. Esses territórios organizam-se em processo de cogestão nas Comissões Intergestores Regionais, como espaços de governança regional formalizados, inclusivos e, em grande parte, já institucionalizados no País. Neste sentido, há que se considerar a importância da concepção de arranjos de governança assistencial que possam incorporar a diversidade de atores implicados na organização do cuidado em saúde, reconhecendo as características e peculiaridades do País. Tais arranjos devem apoiar as instâncias deliberativas do SUS, superando a competição interfederativa, e muitas vezes partidária, sobretudo em cenários de restrição de recursos, em prol do desenvolvimento de uma cultura cooperativa e sustentável na atenção integral à saúde.

Apesar das limitações, particularmente no SIH, a utilização de dados secundários provenientes dos sistemas de informação de produção do SUS revela riqueza de detalhes, e a sistematização dessas informações é fundamental para que possamos produzir conhecimento e avançar na capacidade analítica de sistematizá-las.

A regionalização é primordial para a consolidação do SUS, pois os municípios, as regiões de saúde, as macrorregiões de saúde e até mesmo alguns estados não são autossuficientes para garantir a integralidade do cuidado em saúde. Diante de tantas heterogeneidades e desigualdades no território brasileiro, a identificação de cada necessidade é fundamental para orientar o planejamento e políticas de investimentos que possam produzir mais equidade na alocação de recursos, na distribuição da oferta e nos mecanismos institucionais necessários para uma atenção à saúde que seja de fato universal, integral e equânime, e com ampla participação social, de modo a concretizar os princípios delineados na Constituição Brasileira.

Agradecimentos

Agradecimentos especiais ao Professor Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida.

Colaboradores

Guerra DM (0000-0002-3207-2389)* contribuiu para concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e final do

texto. Louvison MCP (0000-0003-1630-3463)* contribuiu para proposta de estruturação do texto, construção da matriz metodológica, análise e interpretação dos dados, complementação da pesquisa bibliográfica e revisão final do texto. Chioro A (0000-0001-7184-2342)* contribuiu para redação do artigo, revisão do conteúdo e revisão final do texto. Viana ALD (0000-0003-4498-899X)* contribuiu para revisão final do texto. ■

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Abrucio FL. Os laços federativos brasileiros: avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação intergovernamental. [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas; 2000. 282 p.
3. Abrucio FL. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury S, organizadora. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2006. p. 77-125.
4. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. São Paulo: Revista de Saúde Pública. 2011; 45(1):204-211.
5. Menicucci TMG, Marques AMF, Oliveira BR, et al. Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção. Relatório Final. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2008.
6. Costa NRA. Descentralização do sistema público no Brasil: balanço e perspectiva. In Negri B, Giovanni G. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP; 2001. p. 307-321.
7. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
8. Guimarães L, Giovanella L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização no Brasil. Rev. Rev. Panam. Salud pública. 2004; 16(4):283-288.
9. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. (Tomo II).
10. Souza RR. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2001; 6(2):451-455.
11. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva. 2001; 6(2):269-291.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(2):331-336.
13. Viana ALD, Lima LD, organizadoras. *Regionalização e relações interfederativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa; 2011.
14. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n. 8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. [acesso em 2023 jan 1]. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Novos-Caminhos-8.pdf>.
15. Lima DL, Viana ALD, Machado CV, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: dinâmica e condicionantes históricos e político institucionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(11):1903-1914.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM nº 373 de 28 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS. *Diário Oficial da União*. 29 Fev 2002.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NO-ASSUS 01/01. *Diário Oficial da União*. 27 Jan 2001.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF: Secretaria Executiva; Departamento de Apoio à Descentralização; 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2010.
20. Brasil. Decreto nº 7508, de 26 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*. 27 Jun 2011.
21. Albuquerque MV. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. 289 p.
22. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2019. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. *Diário Oficial da União*. 22 Mar 2017. [acesso em 2023 jan 1]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html.
23. Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 18 Ago 2017. [acesso em 2023 jan 1]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução de Consolidação CIT Nº 1, DE 30 de Março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2 Abr 2021.
25. Organização Mundial da Saúde. Delineamentos metodológicos para realização de análises funcionais da rede de serviços de saúde. *Organização e Gestão de Sistemas de Saúde*. Washington: OMS; 1998. (Série 3).
26. Rezende CAP, Peixoto MPB, organizadores. *Metodologia para análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil*. Série Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços

- de Saúde (7). Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde; 2003. p. 33.
27. Guerra DM. Descentralização e regionalização da assistência no Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2015. 209 p.
 28. Guerra DM. Integração Regional e Extrarregional da saúde no Estado de São Paulo. In: Ibañez N, Tardelli R, Viana ALD'A, et al. Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. Barueri: Editora Manole; 2020.
 29. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2022 fevereiro 19]. Disponível em: <https://data-sus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>.
 30. Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(4):1055-1064.
 31. Louvison MCP. Regionalização dos sistemas de saúde como respostas às desigualdades territoriais: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(2):e001160.
 32. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24(2).
 33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População; 2019. [acesso em 2022 fevereiro 15]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>.
 34. Lima LD, Scatena JHG, Albuquerque MV, et al. Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2017; 17(1):107-119.
 35. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2019; (35):1-17.
 36. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo interações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(2):e00076118
 37. Mendes Á, Louvison MCP, Ianni AMZ, et al. O processo de construção regional da saúde no Estado de São Paulo: subsídios para análise. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):423-437.
 38. Viana ALD. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva. 2008; 22(1):92-106.
 39. Mello GA, Demarzo M, Viana ALD. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. *Hist. Ciênc. Saúde*. 2019; 26(4):1139-1150.
 40. Machado JA. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma 'regionalização solidária e cooperativa'? In: Hochman G, Faria CAP, organizadores. *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2013. p. 279-300.
 41. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(7):2881-2892.

Recebido em 31/07/2022

Aprovado em 22/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS

Changes in Primary Health Care Policy: consensus and disputes in deliberative spaces of the SUS

Verônica Maria da Silva Mitros¹, Rômulo do Nascimento Rocha¹, Nicolas Gustavo Souza Costa¹, Maria Rocineide Ferreira da Silva², Maria Vaudelice Mota¹, Carmem Emmanuely Leitão Araújo¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313806

RESUMO A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), quando estabelecida em 2006, corroborou o direcionamento do modelo assistencial em conformidade com a universalização do sistema de saúde brasileiro. Contudo, alterações recentes na sua organização e financiamento demonstram inflexões. O objetivo do artigo foi analisar processos decisórios relacionados com a PNAB, em distintos espaços de deliberação do Sistema Único de Saúde (SUS), que incidiram em mudanças nessa política, no período de 2016 a 2020. Trata-se de um estudo de caso exploratório e retrospectivo, que adotou o *process tracing*. Foram analisadas as atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2016 a 2020. As gravações de Reuniões Ordinárias da CIT, entre 2019 e 2020, também foram fontes de informações. Alterações na política deram-se sob a baixa interlocução e desaprovação da instância nacional de participação e controle social do SUS. O CNS atuou como um espaço de denúncia e resistência às mudanças, porém, com baixa capacidade de influenciar as decisões políticas. Por sua vez, o espaço intergovernamental do SUS revelou cooperação entre representantes de gestores subnacionais, com poucas tensões, no que diz respeito à agenda de mudança proposta pela União.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Atenção Primária à Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Participação social. Tomada de decisões.

ABSTRACT *The National Primary Care Policy (PNAB), when established in 2006, corroborated the direction of the care model in accordance with the universalization of the Brazilian health system. However, recent changes in its organization and funding demonstrate inflexions. The aim of the study is to analyze decision-making processes related to the PNAB, in different deliberation spaces of the SUS, which influenced changes in such policy, in the period between 2016 and 2020. This is an exploratory and retrospective case study, which adopted process tracing. Meeting minutes of the National Health Council (CNS) and Tripartite Inter-managers Commission (CIT) from 2016 to 2020 were analyzed. Recordings of Ordinary CIT Meetings, between 2019 and 2020, were also sources of information. Changes in the policy took place under the low dialogue and disapproval of the national instance of participation and social control of the SUS. The CNS acted as a space for denunciation and resistance to changes, but with a low capacity to influence political decisions. In turn, the intergovernmental space of the SUS revealed cooperation between representatives of subnational managers, with few tensions, with regard to the change agenda proposed by the Union.*

KEYWORDS *Health policy. Primary Health Care. Healthcare financing. Social participation. Decision making.*

¹Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina (Famed) – Fortaleza (CE), Brasil. carmemleitao@ufc.br

²Universidade Estadual do Ceará (Uece), Centro de Ciências da Saúde (CCS) – Fortaleza (CE), Brasil.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) suporta mudanças ao longo do tempo. Quando estabelecida em 2006, ela assinalou escolhas políticas e técnicas para a reorientação do modelo assistencial em conformidade com a universalização do sistema de saúde brasileiro^{1,2}. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi ratificada como estruturante da Atenção Básica à Saúde³. A responsabilização de cada nível de governo, a garantia de transferências intergovernamentais e o papel dos Conselhos de Saúde foram reafirmados, conforme pactuações definidas desde os anos 1990^{4,5}. A PNAB 2006 especificou a composição e a quantidade de profissionais por equipe, aspectos relacionados com processo e carga horária de trabalho, infraestrutura e recursos para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no País⁶.

Após cinco anos, a política foi reformulada com a justificativa de ser necessário reforçar a prioridade do modelo da ESF, bem como corrigir fragilidades percebidas na expansão territorial da proposta original⁷. Entre as disposições, a PNAB 2011 ampliou as modalidades de equipe de Atenção Básica (eAB), com a criação das equipes para populações específicas (ribeirinhas, fluviais e Consultórios de Rua); especificou as regras para a implantação e o funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criados em 2008. Além disso, carga horária de trabalho foi flexibilizada para, em associação com o Programa Mais Médicos, prover e fixar profissionais em áreas desassistidas e remotas. Outrossim, novos mecanismos federais de indução foram estabelecidos, com recursos complementares para compensação de especificidades regionais, repasses para estruturação das unidades pelo Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e vinculação dos recursos a resultados e avaliações de componentes com Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)⁴.

Por sua vez, a PNAB 2017 e o Programa Previnde Brasil, aprovado em 2019, demarcaram inflexões relevantes. Entre outras alterações, a PNAB 2017 redefiniu critérios de cobertura populacional e encurtou a indução dos arranjos de equipe da Saúde da Família (eSF) por meio de financiamento federal, inclusive permitindo a implantação de equipes sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁵. Em seguida, o Programa Previnde Brasil estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS). O financiamento passou a ser por capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, alterando a lógica de pagamento do Piso de Atenção Básica (PAB) por um valor fixo per capita (PAB fixo) e por adesão a programas e ações estratégicas (PAB variável)⁸.

Há estudos que analisam os resultados da implementação da PNAB. Em que pesem os desafios, avanços relevantes são identificados⁹⁻¹¹. Quando as alterações iniciadas em 2017 são analisadas, entretanto, observa-se o enfraquecimento do enfoque comunitário da atuação das eSF¹¹. Verifica-se, ainda, segmentação do cuidado em razão da diferenciação entre serviços ‘essenciais’ e ‘ampliados’¹², redução na quantidade de ACS¹³, ameaças à multiprofissionalidade das equipes, aumento das práticas de pronto atendimento, centralidade no cuidado individual¹⁴ e desinvestimento nos Nasf¹⁵.

Embora as pesquisas sobre o tema considerem os contextos políticos, elas abordam pouco os processos de tomada de decisão relacionados com a AB no Brasil. Isso gera questões: existem diferenças na apreciação e nas definições sobre esse tema nos espaços político-institucionais de definição das políticas de saúde? Como atores se posicionam em espaços deliberativos do Sistema Único de Saúde (SUS)? De forma mais específica, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) se posicionam em relação às propostas de alteração do Ministério da Saúde (MS) no decorrer do tempo?

Essas questões consideram a importância que o desenho da política de saúde brasileira oferece à participação e ao controle social, bem como à pactuação intergovernamental nas principais decisões do sistema de saúde^{16,17}. A singularidade da proposta se delinea em conferir, simultaneamente, a apreciação e os encaminhamentos de uma mesma agenda em distintos espaços deliberativos do SUS. O artigo analisa, portanto, processos decisórios relacionados com a PNAB, em distintos espaços de deliberação do SUS, que incidiram em mudanças nessa política no Brasil, no período de 2016 a 2020.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso, de caráter exploratório e retrospectivo, que adotou o *process tracing*. Esse método parte da análise de evidências empíricas encadeadas em processos, sequências e conjunturas de eventos, com finalidade de rastrear e capturar mecanismos causais em ação, bem como as maneiras pelas quais estes se correlacionam para explicar um determinado caso. O rastreamento de processo, enquanto método robusto elaborado a partir de relatos internos de mudanças de políticas confere possibilidade de inferências, compreendendo de que forma determinados fatores contribuem para um resultado em direção à modificação ou à permanência de um fenômeno¹⁸. Possibilita ainda olhar para os estímulos que geram as ações dos atores em processos de decisão, além dos impactos dos arranjos institucionais e das variáveis de interesse em aspectos de atenção, processamento e comportamento¹⁹.

Para rastrear processos decisórios relacionados com as mudanças na AB brasileira, foram consideradas arenas de pactuação intergovernamental e participação e controle social do SUS, particularmente a CIT e o CNS. A CIT é uma instância que atua na esfera federal, com a finalidade de estabelecer diretrizes, estratégias, programas, além da alocação de

recursos do SUS. É composta por membros indicados do MS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)²⁰. O CNS é um organismo colegiado permanente com função fiscalizadora e deliberativa, composto por 48 conselheiros representantes dos segmentos de usuários (24), trabalhadores (12), gestores do SUS (8) e prestadores de serviços em saúde (4). Assim, apesar de em quantidade reduzida, a composição do CNS inclui atores governamentais participantes da CIT²¹.

O recorte temporal julgou a existência de uma conjuntura crítica, favorável a mudanças nas políticas públicas. O ano de partida foi 2016, em que se registra uma crise político-institucional seguida por uma nova agenda governamental, na qual se pautam mudanças na PNAB. A análise de processos simultâneos na CIT e no CNS também considera a inserção da proposta do Previde Brasil, em 2019, primeiro ano do governo Bolsonaro (2019-2022). Apesar da aprovação de mudanças nas regras de financiamento serem definidas ainda em 2019, optou-se por verificar o ano de 2020, que coincide com o início da pandemia da Covid-19, quando se previa a implantação do novo financiamento dessa política.

Para a análise documental, verificaram-se: 1) pautas, documentos e vídeos das Reuniões Ordinárias (RO) da CIT; 2) atas das RO do CNS; e 3) documentos diversos produzidos pela CIT e pelo CNS, entre os anos de 2016 e 2020, que abordaram AB e/ou o seu financiamento. Foram analisados as pautas e os resumos executivos da CIT disponibilizados no *link*: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit>; bem como os vídeos disponíveis no Canal do YouTube: DATASUS AO VIVO. As atas e os resumos executivos do CNS foram acessados pelo *link*: <https://conselho.saude.gov.br/atas-cns>. À medida que moções, resoluções, recomendações e atos dos executivos, e mesmo outros documentos,

eram citados, seus arquivos foram buscados na íntegra para análise. As informações foram inseridas no *software* ATLAS.ti 8, de forma a ser construída uma cadeia de evidências conforme o período analisado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com o parecer de número 4.790.275.

Resultados

Uma nova revisão da PNAB em pauta

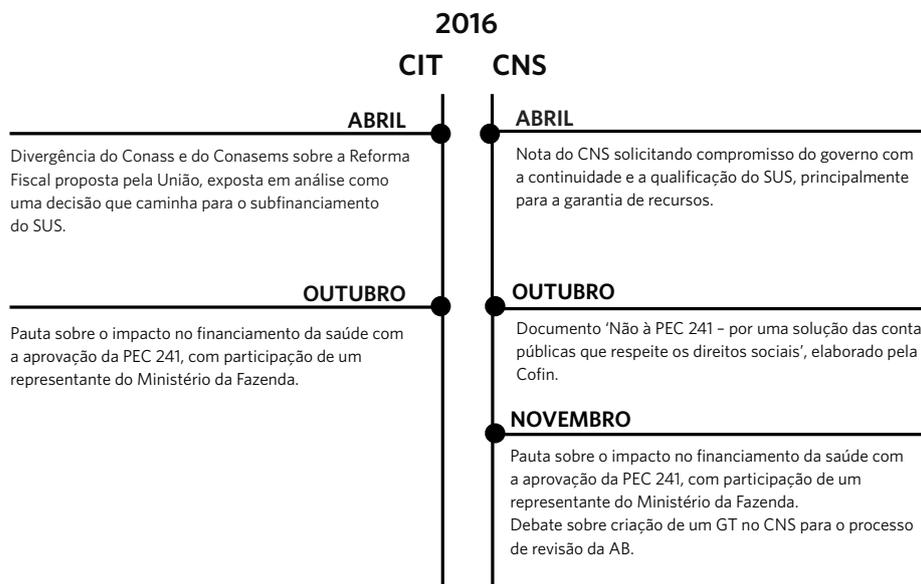
Nos primeiros meses de 2016, os conselheiros nacionais de saúde avaliaram que diversos setores estavam sob riscos de desestruturação dos avanços democráticos já conquistados. Isso tornaria o SUS desprotegido^{22,23}. Uma nota da época pede o compromisso do governo com a continuidade e qualificação do SUS: “Direito garantido não se compra e nem se vende, o SUS é nosso e ninguém tira da gente”. Defendem-se mais recursos para a saúde ao considerar ser necessário empregar qualidade e eficiência por meio da apresentação de critérios renegociados de rateio²⁴.

Na CIT, o Conasems expôs uma análise do subfinanciamento do SUS acompanhada de ‘estratégias que considera relevantes para a solução dos problemas’. Conass e Conasems

se manifestaram contra as medidas que tratam da repartição das receitas de impostos entre os entes, assim como do ressarcimento de planos privados ao SUS²⁵. Baseados em estudo do Conass, gestores municipais e estaduais divergiram da União em relação à reforma fiscal. No CNS, o governo federal foi acusado de aprofundar a austeridade, reduzir direitos e reprimir as minorias e os movimentos sociais. Tanto a CIT quanto o CNS divergiram da proposta da PEC 241/2016 (Novo Regime Fiscal) apresentada por um assessor do Ministério da Fazenda. Alternativas para associar responsabilidade fiscal com justiça social foram discutidas nas duas arenas analisadas²⁶.

Foi nesse cenário de agravamento do subfinanciamento do SUS que mudanças na PNAB foram inseridas na agenda governamental, com processos decisórios nos espaços deliberativos representados nas *figuras 1 e 2*. Em sua primeira reunião na CIT, o Ministro Ricardo Barros apresentou as ‘ações prioritárias para o Ministério da Saúde’. No mesmo dia, um ‘Cronograma de Revisão da PNAB’ foi submetido para apreciação. A proposta compreendeu duas ações: 1) criação de Grupo de Trabalho especial da CIT com duração de quatro meses; e 2) Mesa de Negociação com entidades de representação dos ACS. O Conasems vetou essa última ação, considerando que a contratação da categoria ACS é realizada pelos municípios.

Figura 1. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2016



Fonte: elaboração própria.

Não há controvérsias sobre a necessidade de revisar a PNAB. Alguns argumentos dos representantes de gestores do SUS foram: 1) mudança do perfil epidemiológico da população gerou a necessidade de revisar a composição das eSF; 2) experiências de Planificação da Atenção Primária à Saúde, apoiada pelo Conass, indicam a pertinência de alterações nas estratégias de trabalho; 3) necessidade de acordar uma proposta tripartite²⁷.

A revisão da PNAB retornou à plenária apenas em fevereiro, como informe, e em julho de 2017, com a apresentação de uma proposta consolidada na 7ª RO da CIT. O Conass apoiou a “redação proposta para a nova PNAB, destacando a integração entre AB e [Vigilância à Saúde]”²⁸. O Conasems reiterou que

[...] a nova PNAB se apresenta sensível às necessidades municipais, levando em consideração todos os arranjos necessários para garantir atendimento adequado à população no âmbito da AB²⁸.

Na perspectiva de ambos os conselhos de secretários de saúde (Conass e Conasems), a ESF foi mantida como principal estratégia de

implementação da AB. Apesar das anuências declaradas, deliberou-se pela disponibilização do documento de revisão da PNAB para Consulta Pública, de modo a atender solicitação do CNS.

Na 1ª Reunião Extraordinária da CIT, apresentaram-se os resultados da Consulta Pública, considerando o recebimento de mais de 6 mil proposições de diferentes atores do SUS²⁹. Ao agradecer a submissão da proposta à opinião pública, o CNS requereu que o tema fosse deliberado em seu pleno. O MS respondeu que “a Política Nacional de Atenção Básica sempre foi pactuada sem deliberação pelo CNS”.

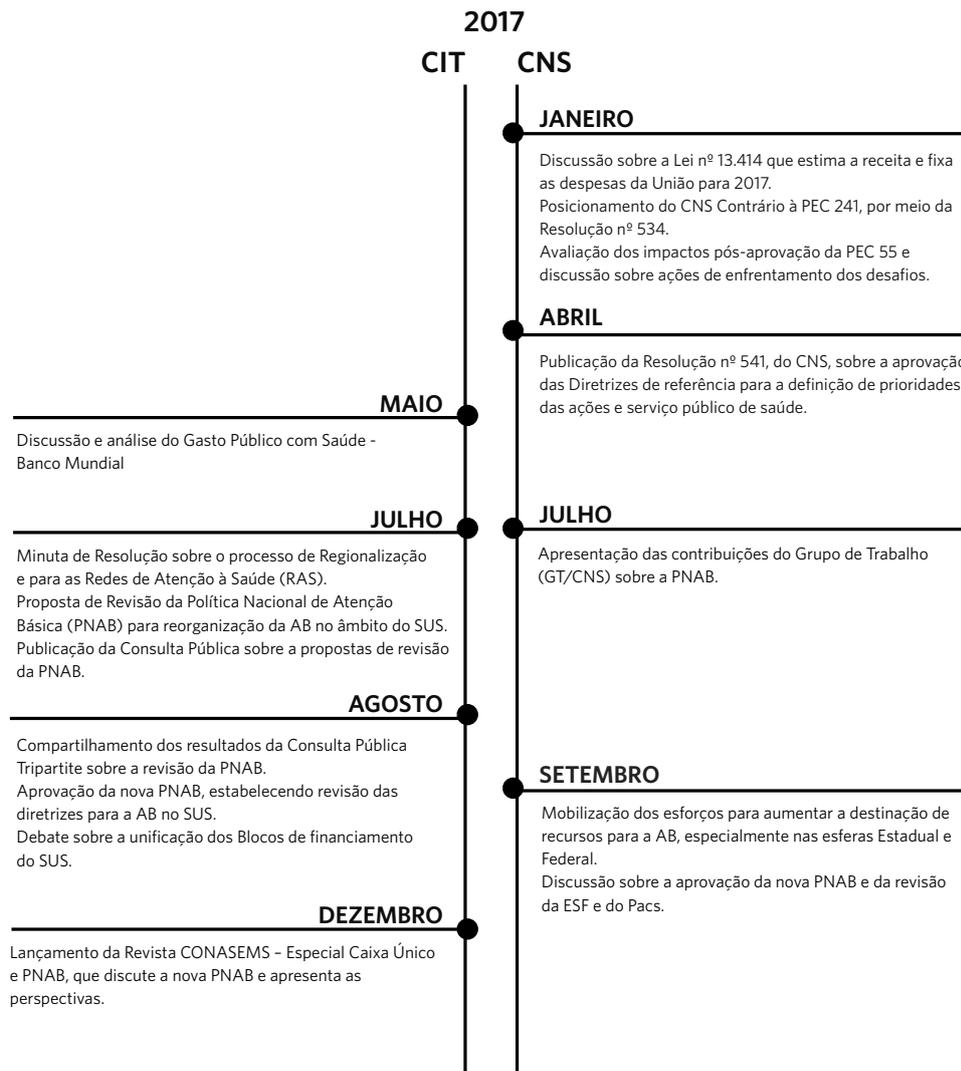
Por sua parte, o CNS se moveu contrário às mudanças na organização e no financiamento da PNAB. Pelo ângulo dos conselheiros, a mudança na distribuição de recursos substituiria o modelo da eSF por uma configuração seletiva. Em outras palavras, “o cenário de modificações político-institucionais expressa um protótipo de Modelo Médico-Hospitalar Neoliberal Privatista”³⁰. Reprovou-se o não envolvimento do CNS no processo de revisão da PNAB, bem como a não incorporação de 28% das sugestões realizadas em consulta pública.

O CNS recomendou a revogação da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a nova PNAB, entendida como retrocesso^{31,32}. Houve consenso entre os conselheiros sobre a necessidade de mobilização e acompanhamento assíduo dos aspectos subsequentes da AB após aprovação da nova PNAB³².

Aqui é importante recordar que o apoio ir-restrito do Conasems à mudança na PNAB está declarado na edição especial de sua revista, publicada no último trimestre de 2017³³. O editorial da edição afirma que aquele foi um

dos principais desafios assumidos pela instituição naquele ano. Explicita que a mudança faz parte do processo de descentralização da saúde, bem como que a coexistência de diferentes modelos para qualificar a AB é uma necessidade. Na mesma revista, em entrevista, o presidente do Conasems confronta a tese discutida de que a aprovação do novo modelo seria responsável por colocar em risco a AB, localizando a fonte da proposta nos municípios, explicando ter sido resultado de intenso diálogo.

Figura 2. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2017

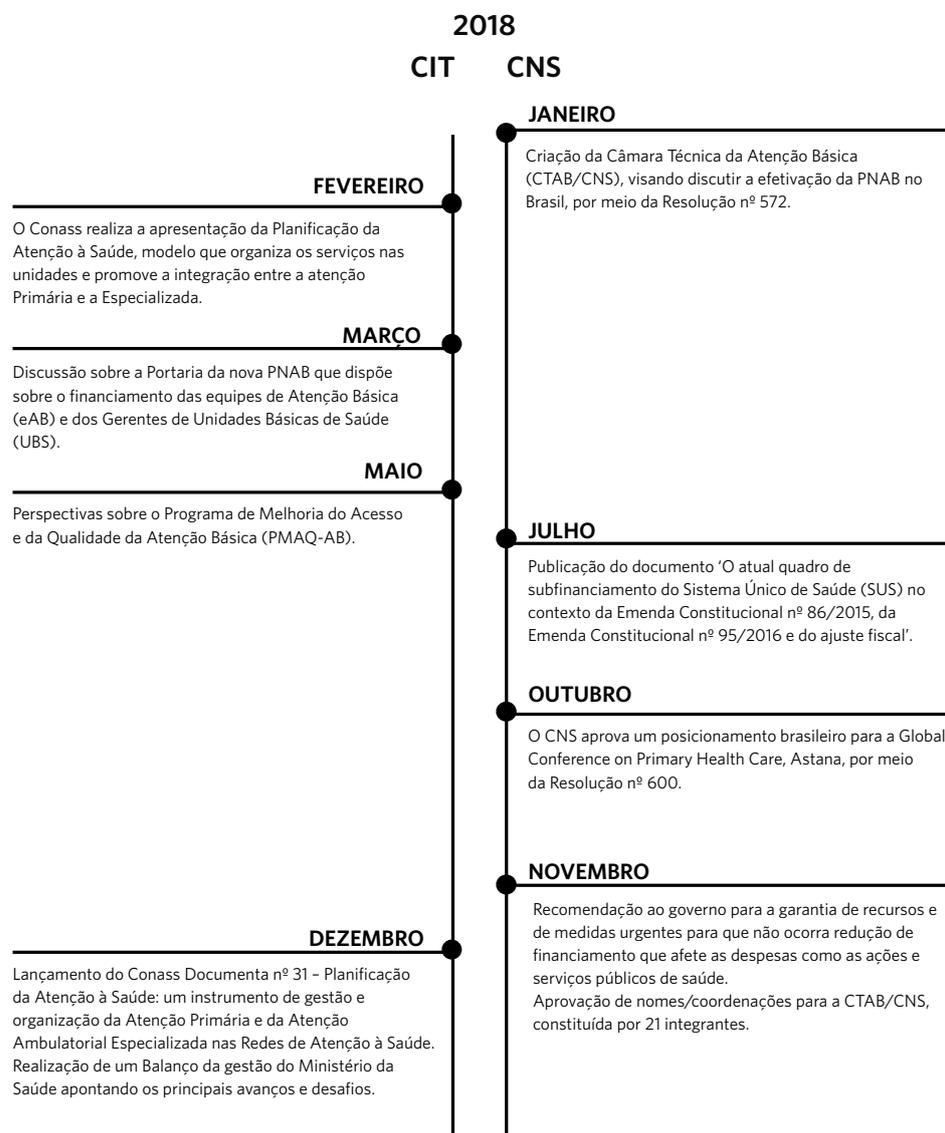


Fonte: elaboração própria.

Em 2018, seguiram-se repercussões quanto à aprovação da PNAB 2017, como mostra a *figura 3*. No âmbito do CNS, destaca-se a criação da Câmara Técnica da Atenção Básica (CTAB/CNS), com o objetivo de acompanhar as mudanças com a efetivação da nova PNAB.

Além disso, o CNS continuou se posicionando contrário às modificações da PNAB, principalmente no contexto de subfinanciamento após aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016.

Figura 3. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2018



Fonte: elaboração própria.

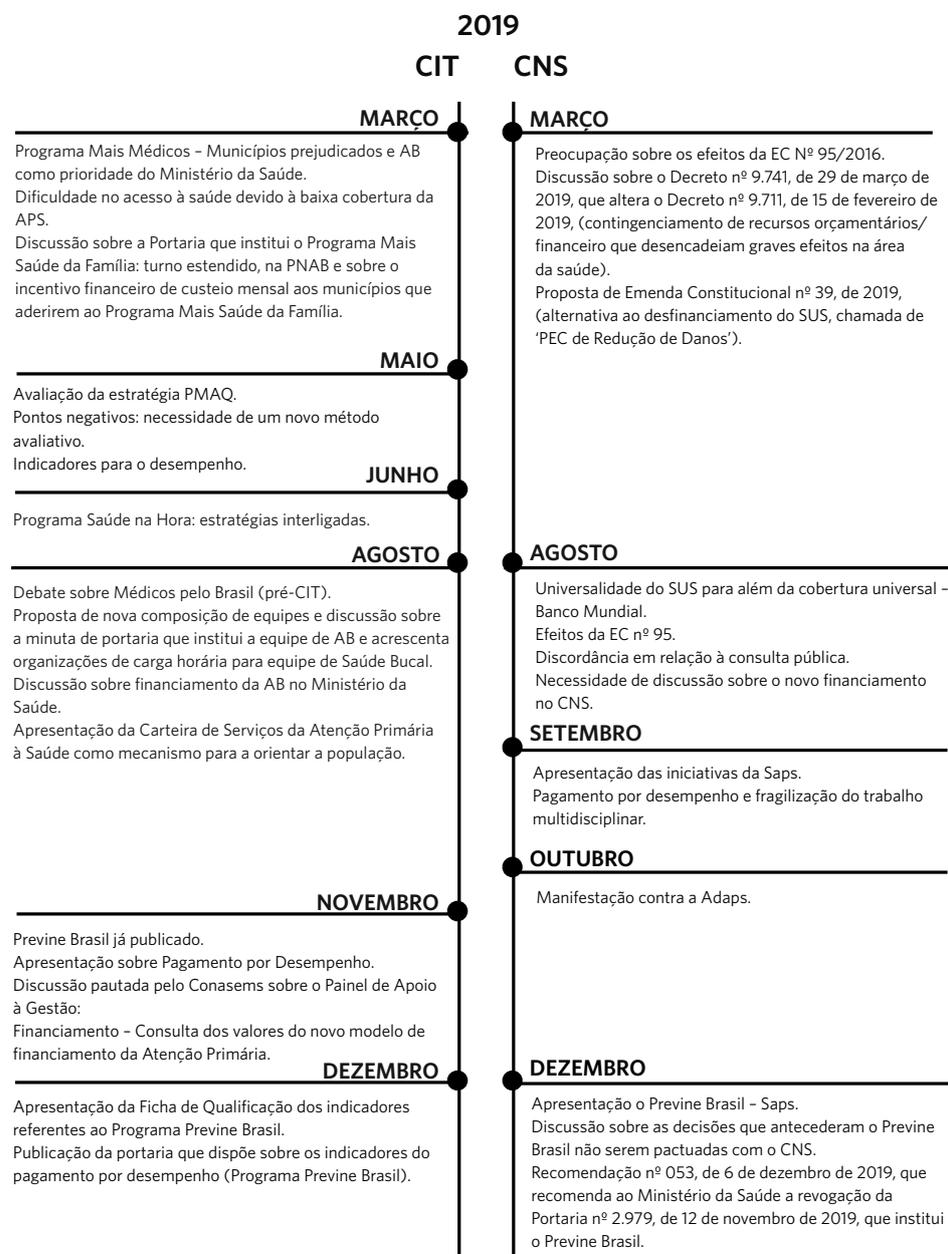
Na CIT, pactuou-se a portaria de financiamento das eAB e dos gerentes de UBS, de maneira que Conasems e Conass confluíram com o MS ao considerarem a instituição das eAB como elemento para fortalecer a AB. Discutiu-se ainda sobre porte básico das unidades de saúde no âmbito do Programa Requalifica UBS delineado pela PNAB 2017, na ocasião em que o Conasems referiu serem as secretarias municipais as responsáveis por pleitear a proposta, no sentido de garantir autonomia às gestões locais na definição da estrutura adequada às necessidades da comunidade³⁴. Uma pauta em destaque foi o programa de Planificação da Atenção à Saúde, iniciativa do Conass de qualificação da gestão da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada, com vista à organização dos macro e microprocessos das equipes de saúde nos governos subnacionais. Diante de preocupações quanto à qualidade e ao cronograma da avaliação, foi proposto na agenda de discussão da CIT elaborar nova proposta do PMAQ-AB a ser discutida em 2019^{35,36}.

A emergência do Previne Brasil na CIT e no CNS

A partir de 2019, instituíram-se novas propostas de alterações da AB, de modo a imprimir agendas paralelas nos espaços deliberativos do SUS, como esquematizado nas *figuras 4 e 5*.

Em março de 2019, o Secretário Executivo Adjunto do MS afirmou na 2ª RO da CIT que, segundo o novo Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, a APS seria uma prioridade da gestão³⁷. Anunciou querer a expansão da cobertura populacional atendida pelos municípios e a ampliação do número de equipes das unidades para melhorar o acesso. Apresentou ainda a intenção em aumentar a responsabilidade da União no cofinanciamento com mais autonomia para os gestores municipais na tomada de decisão. Ao MS, caberia cobrar resultados. Por fim, comentou sobre uma nova proposta de financiamento para a atenção primária, proposta esta que estaria disponível ao Conass e ao Conasems no mês de maio, para implementação em 2020, com objetivo de agregar resolutividade e potencializar o acesso.

Figura 4. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2019



Fonte: elaboração própria.

Quanto à Certificação do PMAQ, pautada na 4ª RO da CIT, o Conasems reforçou a importância do programa, concebeu pontos negativos ao modelo de avaliação, principalmente em relação ao acesso a dados mais detalhados dos resultados dos municípios³⁸. A inconsistência nos dados foi uma das queixas dos gestores

municipais. Ao concordar, o MS apontou que as avaliações de indicadores de desempenho podiam evidenciar a qualidade dos serviços ofertados, mas não agregavam precisão na avaliação da estrutura das unidades. Nessa discussão, a recém-criada Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) colocou-se interessada

em alterar o monitoramento e avaliação; mudar a metodologia de avaliação para municípios de menor porte e em contexto de vulnerabilidade; instituir avaliação a partir de indicadores de desempenho. Reforçou que o orçamento público é limitado para compreender de forma eficaz todas as preocupações.

Em outro momento, o governo federal declarou que os recursos disponibilizados aos municípios seriam ampliados por meio de incentivos aos programas. Adiante, entraram em pauta o Programa Saúde na Hora, com o objetivo de ampliar o acesso por meio do funcionamento de unidades de saúde com horário estendido, e a proposta de uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSaps), colocada em consulta pública. De modo geral, Conasems e Conass demonstraram receptividade nas propostas de mudanças sugeridas pelo governo federal.

É importante esclarecer que existiam acordos prévios de assuntos apresentados na CIT. Apesar de o espaço institucional da Comissão prever desacordos, havia movimentos prévios de alinhamentos de interesses, conforme afirmou o Secretário da Saps: “A gente discutiu isso tanto no Conass como no Conasems, como nas reuniões que a gente faz toda terça feira, pré-CIT”³⁹.

No CNS, por outro lado, instituíram-se fortes discordâncias. Somente no segundo semestre, as alternativas para um novo financiamento da APS entraram na agenda. Opondo-se à exposição de representantes do Banco Mundial, conselheiros de saúde reafirmaram a possibilidade de associar sustentabilidade e eficiência do sistema com a proposta de solidariedade e seguridade social. Problematizou-se, na ocasião, a CaSaps. As deliberações intentaram aprofundar as pactuações com a CIT e com os Conselhos Estaduais e Municipais sobre a necessidade de debate da Carteira de Serviços, orientados na defesa das bases normativas do sistema universal de saúde⁴⁰.

Em setembro de 2019, em reunião tensa no CNS, a Secretária Substituta da Saps

valorizou as iniciativas da pasta: a portaria de desburocratização da ampliação de equipes de serviço; o Programa Saúde na Hora; o Programa Médicos pelo Brasil, substituto do Mais Médicos; e a proposta de nova formulação das equipes de atenção primária. Descreveu o desenho do novo financiamento que constituiria o Programa Previne Brasil. Sem pormenores, o CNS classificou a proposta da Saps como uma abordagem seletiva de APS, que priorizava cesta de serviços, com olhar restrito biomédico, voltado para a perspectiva da Cobertura Universal da Saúde, em que se aprofundavam iniquidades em saúde. Desaprovou o pagamento por desempenho, considerando a provável fragilização das equipes multidisciplinares, bem como criticou estratégias de indução financeira que desconsideravam os perfis epidemiológicos e o planejamento com a participação da comunidade. Por sua vez, o MS disse propor um modelo concentrado nas pessoas e na busca de soluções que ponderasse as limitações de recursos orçamentários. Apontou a inexistência de informações de mais de 50 milhões de brasileiros que não se encontravam cadastrados na eSF⁴¹.

Já em outubro, a proposição do MS de criar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) entrou em pauta no CNS. Conselheiros apresentaram preocupações sobre esvaziamento do papel das gestões municipais, haja vista a possibilidade de contratação de operadoras de serviço pela Agência, além da ausência de mecanismos de participação social na gerência da Adaps⁴². Dias depois, na 9ª RO da CIT, o programa Previne Brasil foi aprovado⁴³. Na ocasião, os representantes governamentais ressaltaram o processo participativo, que envolveu MS, estados e municípios. A realização de uma Assembleia conjunta entre Conass e Conasems foi mencionada. O Ministro Mandetta agradece ao “*Presidente Jair Bolsonaro pela oportunidade de compor uma equipe extremamente técnica*”.

Após o programa Previne Brasil ser instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, na 10ª RO da CIT, a mudança no

financiamento da APS foi novamente discutida, com base na perspectiva da minuta de portaria que dispunha sobre os indicadores do pagamento por desempenho⁴⁴. Um conjunto de 21 indicadores foi apresentado para avaliação da proporção de solicitação e de realização de exames para avaliar o desempenho das equipes. O secretário da Saps corroborou tal fato ao afirmar que o principal objetivo da mudança na AB foi “*tirar os times da zona de conforto*”. Afirmou que os municípios não seriam penalizados caso faltassem insumos. Nos casos de uma identificação clara e mensurável da justificativa, o pagamento deveria ser mantido. Entretanto, reforçou que os indicadores e as metas deveriam ser rigorosos; e os objetivos, com pactuação anual. Apesar de caracterizar as críticas das instituições acadêmicas sobre possíveis perdas de recursos para a Atenção Básica à Saúde como ‘*fake news*’, condicionou o repasse ao trabalho e à produtividade das equipes de cada município.

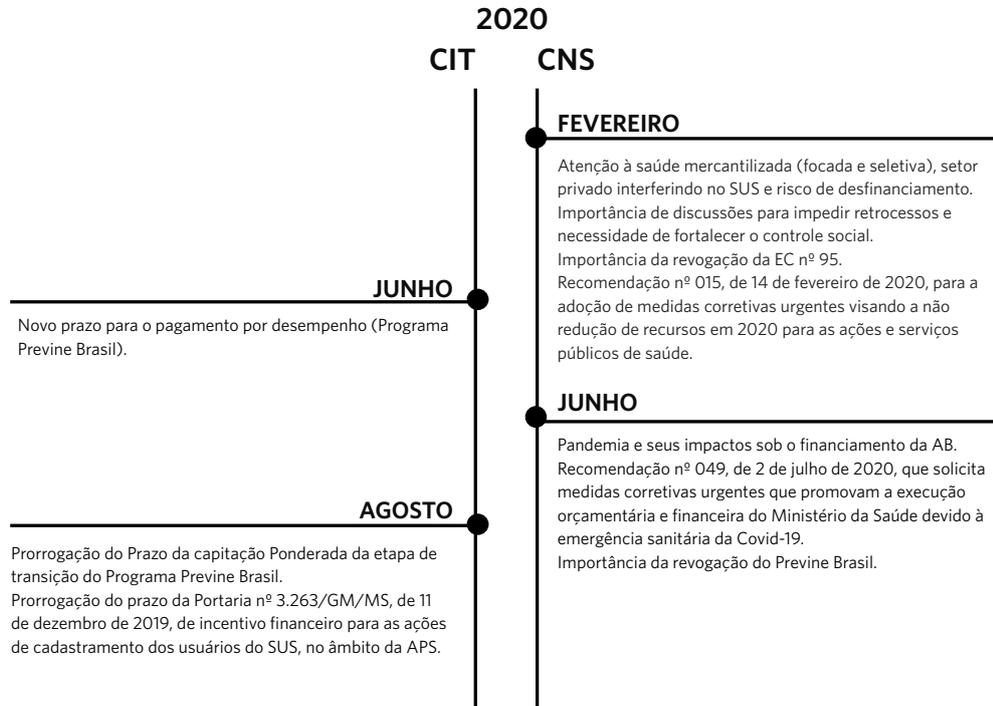
No final do ano, quando o modelo do Previne Brasil retornou ao CNS, os conselheiros contestaram a ideia de que a baixa produtividade e/ou a gestão são o maior obstáculo ao SUS, mas sim o seu subfinanciamento. Isso foi validado por pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) quando apresentou dados que sugeriam redução do piso para a saúde, considerando a passagem de um estado de subfinanciamento crônico para o de desfinanciamento do setor saúde⁴⁵.

A dicotomia entre cadastro e universalidade, entre produtividade e qualidade expressa os confrontos de concepções sobre o sistema. O CNS defendeu assiduamente não esvaziar os princípios e as diretrizes organizacionais do SUS. Foi enfatizado que as decisões sobre as mudanças antecedentes à nova proposta de financiamento da AB foram pactuadas sem inserir o CNS nas deliberações. Em contrapartida, o Conasems afirmou que a decisão foi tomada após várias discussões em reuniões com os secretários municipais de saúde, inclusive com a participação dos conselheiros de saúde.

Em síntese, no espaço da CIT, em 2019, o MS assumiu o papel de apresentar propostas já definidas, interligadas a fim de se construir um ambiente favorável à constituição de um novo financiamento. O Conass, em suas considerações, apreciou e concordou com as propostas. O Conasems, apesar de ter questionado algumas dificuldades enfrentadas pelos municípios, consentiu com as mudanças apresentadas pela equipe do Ministro Mandetta. Por certo, o CNS divergiu assiduamente das propostas apresentadas e advertiu ser grave a decisão sem considerar as deliberações do espaço de participação e controle social do SUS.

Logo ao início de 2020, as regras e os cronogramas de aplicação do Programa Previne Brasil foram afetados, considerando o Estado de Emergência Pública em função da pandemia da Covid-19.

Figura 5. Linha do tempo: mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde no âmbito da CIT e do CNS no ano de 2020



Fonte: elaboração própria.

A CIT de 2020, em grande medida, voltou-se para discutir as medidas e os recursos necessários para enfrentamento da emergência sanitária. Um diretor do Conasems, além de mencionar que não se esperava uma pandemia em meio à transição a uma nova proposta de modelo de financiamento da APS, apresentou dificuldades em relação aos sistemas de informações próprios e consequente migração dos dados das populações cobertas. Após debates, na CIT, pactuou-se estabelecer o CPF como suficiente para a identificação do indivíduo nos registros de saúde, a fim de garantir a integração de todas as bases nacionais e simplificar os cadastros de saúde para o pagamento por capitação. Em junho, foi definido o novo prazo do Programa Previne Brasil, que, apesar de prorrogar o 'cadastre já' até agosto de 2020, previu pagamento por desempenho pelos resultados obtidos nos indicadores pactuados no terceiro quadrimestre do ano. Entretanto, um recurso complementar foi estabelecido, uma vez que efeitos da pandemia

sobre o trabalho das equipes e no alcance das metas foram reconhecidos.

No CNS, reforçaram-se às incertezas no sentido de estruturar os serviços e garantir a multiprofissionalidade. Houve preocupações em relação à extinção dos repasses federais para os Nasf, também sobre a implantação de regras de financiamento focalizadas e centralizadas no cadastro da clientela. Diagnosticou-se um desmonte da estrutura de direito à saúde, seguridade social e proteção social. Criticou-se o apoio do Conasems e do Conass. Apontou-se que o próprio MS reconhece o decréscimo dos valores a serem transferidos, conforme as novas regras do financiamento de custeio da APS. A situação epidemiológica devido à pandemia da Covid-19 teria rearranjado a dinâmica de gestão do SUS, aumentando a carga de trabalho do sistema. Isso aconteceria em contexto com menos recursos para a APS. Assim, pediu-se a revogação da Portaria que define o Programa Previne Brasil.

Ou seja, no CNS, predomina a crítica ao modelo de financiamento como proposto, visto que prioriza municípios que apresentam condições estruturais e de processo de trabalho adequados. Assim, aqueles com maiores vulnerabilidades teriam o processo avaliativo prejudicado, haja vista serem conduzidos por indicadores pontuais e desconectados do território.

Discussão

Ainda no governo de Dilma Rousseff (2011-2016), constatou-se uma conjuntura político-institucional desfavorável às políticas de saúde⁴⁶. Com o agravamento de crises que incidiram no afastamento e no impedimento da presidenta, o governo de Michel Temer (2016-2018) agiu para aprofundar medidas neoliberais com incidência no SUS. A principal delas foi o estabelecimento do Novo Regime Fiscal (EC nº 95), o qual, na prática, estabeleceu sérios limites às despesas primárias da União, reduzindo-as em relação ao PIB ou em termos per capita por 20 anos⁴⁷. Nesse contexto, deflagaram-se inflexões na PNAB.

A partir de 2019, consubstanciou-se ao governo Bolsonaro (2019-2022) a expressão de um governo autoritário, que se comportou como via de fragmentação de políticas sociais, aliado a um discurso de instrumentalização da razão e de tecnocracia disruptiva. Estabeleceu-se um ambiente de mudança na pasta da saúde, privilegiando propostas de focalização utilitária para a Atenção Básica à Saúde, contrapondo-se às ideias compartilhadas por ocasião da criação do SUS constitucional⁴⁸.

É importante notar que, no Brasil, parte do sucesso na implementação de políticas sociais se deve ao fato de o governo federal possuir prerrogativas que facilitam escolhas locais para convergir objetivos nacionais⁴⁹. Ou seja, embora o subfinanciamento público incida na APS^{50,51}, incentivos financeiros são fundamentais para induzir e expandir a oferta de serviços, programas e ações da ESF nas

unidades subnacionais^{52,53}. Quando regras são alteradas, as prioridades dos governos locais na gestão do sistema e, por conseguinte, a configuração da oferta dos serviços da rede de saúde podem ser proporcionalmente conduzidas às expressões definidas pelo formato do financiamento federal, dada a capacidade de o MS fazer valer suas predileções políticas, em cenário de responsabilidade concorrente e tripartite⁵⁴.

Criados por meio de legislações específicas, CNS e CIT são duas estruturas político-institucionais permanentes. Contudo, um conselho de participação política implica um processo de partilha do poder, em que atores estatais e atores da sociedade civil participam simultaneamente, presumindo controlar a ação do Estado decorrente das decisões e sanções em casos da não instauração do processo participativo⁵⁵. Por sua vez, as comissões intergestores se resguardam enquanto espaços de pactuação política, apresentando-se como organismos colegiados inclinados para o tensionamento da política guiados por uma especialização técnica dos representantes intergovernamentais⁵⁶. Os atores das duas arenas incorporam a expectativa de estabelecer os parâmetros das políticas públicas com a qual estão relacionadas.

Cabe ainda dizer que cada instância de deliberação do SUS possui especificidades. Arenas políticas traduzem diferentes expressões políticas, posto que elas predizem como atores se relacionam entre si por meio de redes de poderes assimétricas, estruturadas e mutáveis, além de, em dados momentos, conflituosas⁵⁷. No caso estudado, perceberam-se movimentos de coalizões entre MS, Conass e Conasems, que resultaram na pactuação do Previde Brasil na CIT. Por outra via, o CNS assumiu o papel de denunciar e contestar alterações no financiamento em face de outras medidas de fragilização do SUS.

A agenda de reformulação da política em análise esteve sob a posse da União, tal como se verifica desde os primeiros anos de implementação do SUS. A cooperação entre as

entidades associativas de representantes de governos municipais e estaduais mostrou-se explícita, embora com ‘razoável influência dos governos subnacionais’, como verificado em outros estudos⁵⁸. Por outra via, as alterações nos projetos políticos governamentais, demarcados a partir de 2016, incidiram em mudanças na atuação do CNS. Esse assumiu o papel declarado de oposição às iniciativas do MS, rompendo com uma tradição de alinhamento crítico às iniciativas governamentais⁵⁹. O caráter privatizante, mercadológico, seletivo e focalizado da proposta do Previner Brasil⁶⁰, tal como feito sob as proposições de alterações na PNAB, iniciadas em 2016, foi sistematicamente denunciado. Apesar da atuação ativa, a instância nacional de participação política no SUS apresentou marcada dificuldade em vetar as iniciativas saturadas de componentes político-ideológicos assumidos pelos governos federais em curso.

Considerações finais

As mudanças na política de saúde aliam-se à política de austeridade econômica com deslocamento do modelo de adscrição populacional para um formato individualizado e estratificado. A ambiência de mudança institucional, que é introduzida no contexto da Atenção Básica à Saúde, cumpre o papel de alterar os procedimentos e as práticas consentidas que permeiam as relações entre os sujeitos na aplicação da política, de maneira a conceber novos moldes de acesso e de trabalho.

Mudanças na PNAB, em 2017, seguidas da criação do Programa Previner Brasil, em 2019, foram defendidas pelos seus propositores como

uma boa solução para melhorar a distribuição de recursos, o acesso e a avaliação da qualidade na assistência. Entretanto, elas foram instituídas em um contexto de nítida fragilização do SUS. Constatou-se um processo de mudança institucional gradual com tênue descompasso entre os espaços de participação e controle social do SUS em relação ao espaço de gestão compartilhada entre os entes da federação. Se isso, por um lado, mostra a dinamicidade de atores sociais, com distintos movimentos de resistência e defesa do SUS, por outro, demonstra a sua limitação em influenciar ou bloquear decisões governamentais.

Dadas as escolhas metodológicas, o estudo não rastreou movimentações políticas e pactuações em arenas não institucionais de discussão, as quais também resguardam seu papel na *policy networks* e no estabelecimento de mudanças na política estudada.

Colaboradores

Mitros VMS (0000-0003-1465-7030)*, Rocha RN (0000-0003-4080-9560)* e Costa NGS (0000-0002-1489-2324)* contribuíram para definição do desenho de pesquisa, aquisição, análise e interpretação de dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Silva MRF (0000-0002-6086-6901)* e Mota MV (0000-0002-4486-1895)* contribuíram para a revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada. Araújo CEL (0000-0003-4322-8390)* contribuiu para concepção e desenho do trabalho; análise dos dados; redação e revisão crítica do artigo, e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva I. Desafios do financiamento da Atenção Primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Prom. Saúde.* 2017; 30(1):110-17.
2. Mendes AA. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. *J. Manag. Primary Healt. Care.* 2018; 9(18):1-6.
3. Castro ALB, Machado CVA. A política federal de Atenção Básica À Saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis.* 2012; 22(2):477-506.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 21 Out 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 21 Set 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 28 Mar 2006.
7. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev. panam. salud pública.* 2018; 42(1):1-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 12 Nov 2019.
9. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. serv. saúde.* 2018; 27(3):1-8.
10. Souza MFM, Malta DC, França EB, et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018; 23(6):1737-50.
11. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab. educ. saúde.* 2021; 19(1):1-28.
12. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(106):11-24.
13. Freire DEWG, Freire AR, Gomes EH, et al. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2021; 55(1):85.
14. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(4):1475-1481.
15. Morosini MVGC, Fonseca A, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública.* 2020. 36(9):1-20.
16. Laranja LS. Federalismo tridimensional: gestão participativa do SUS: deliberação e democracia nas CIBS e CIT como instrumentos de gestão. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2018.
17. Leandro JG, Menicucci TMG. Governança federativa nas políticas de saúde e assistência social: processo decisório nas Comissões Intergestores Tripartite (2009-2012). *Revista do Servidor Público.* 2018; 69(4):817-848.

18. Cunha ESM, Araújo CEL. *Process tracing nas Ciências Sociais: fundamentos e aplicabilidade*. Brasília, DF: Enap; 2018.
19. Trampusch C, Palier B. *Between X and Y: how process tracing contributes to opening the black box of causality*. *New Polit. Economy*. 2016; 21(5):437-54.
20. 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*. 14 Mar 2021.
21. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 31 Dez 1990.
22. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 279 do dia 17 e 18 de março de 2016. Brasília, DF: CNS; 2016. 11 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/atas/2016/Ata279.doc>.
23. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 281 do dia 05 e 06 de maio de 2016. Brasília, DF: CNS; 2016. 38 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2016/Ata281_RO.docx.
24. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 278 do dia 16 de abril de 2016. Brasília, DF: CNS; 2016. 29 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2016/Ata278_RO.doc.
25. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2016. 37 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2016/abril/resumo-executivo-28-04-2016.pdf/view>.
26. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2016. 15 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2016/outubro/resumo-executivo-20-10-2016.pdf/view>.
27. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2016. 30 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2016/junho/resumo-executivo-30-06-2016.pdf/view>.
28. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2017. 23 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2017/julho/resumo-cit-julho.pdf/view>.
29. Comissão Intergestores Tripartite. *Resumo Executivo da 1ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite*. Brasília, DF: CIT; 2017. 13 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2017/agosto/resumo-cit-17-08-2017.pdf/view>.
30. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 297 do dia 14 e 15 de setembro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2017. 41 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_297_RO.pdf.
31. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 298 do dia 05 e 06 de outubro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2017. 33 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_298_RO.docx.

32. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 299 do dia 09 e 10 de novembro de 2017. Brasília, DF: CNS; 2017. 37 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2017/Ata_299_RO.pdf.
33. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde. Editorial. Rev. Conasems. 2017 [acesso em 2023 jan 25]; (70):1-56 Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_conasems_edicao70_Tela.pdf.
34. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2018. 19 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2018/marco/resumo-executivo-cit-marco-2018.pdf/view>.
35. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2018. 17 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2018/maio/resumo-cit-maio-versao-final.pdf/view>.
36. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2018. 11 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2018/dezembro/resumo-cit-dezembro-2018.pdf/view>.
37. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 14 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/marco/resumo-cit-marco.pdf/view>.
38. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 4ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 14 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/maio/resumo-cit-maio.pdf/view>.
39. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 12 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/junho/resumo-cit-junho.pdf/view>.
40. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 320 do dia 22 e 23 de agosto de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 41 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_320_RO.pdf.
41. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 321 do dia 12 e 13 de setembro de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 30 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_321_RO.pdf.
42. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 322 do dia 10 e 11 de outubro de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 33 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_322_RO.pdf.
43. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 7 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/outubro/resumo-cit-outubro.pdf/view>.
44. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo Executivo da 10ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília, DF: CIT; 2019. 12 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/outubro/resumo-cit-outubro.pdf/view>.

br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2019/novembro/resumo-cit-novembro.pdf/view.

45. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Reunião Ordinária nº 324 do dia 05 e 06 de dezembro de 2019. Brasília, DF: CNS; 2019. 38 p. [acesso em 2022 dez 15]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/atas/2019/Ata_da_324_RO.pdf.
46. Reis CR, Paim JS. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). Divulg. Saúde debate. 2018; 1(58):101-114.
47. Menezes APR. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade. Saúde debate. 2019; 43(5):58-70.
48. Miranda AS. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. Saúde debate. 2020; 44(127):1214-1230.
49. Abrucio FL. Reforma do Estado no federalismo brasileiro: a situação das administrações públicas estaduais. RAP. 2005; 39(2):401-20.
50. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Ciênc. saúde coletiva. 2003; 8(2):403-415.
51. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(8):1-8.
52. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2014; 38(103):900-916.
53. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. Saúde Redes. 2018; 4(1):35-53.
54. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. Ciênc. saúde coletiva. 2003; 8(2):331-45.
55. Avritzer L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. Opin. pública. 2008; (14):43-64.
56. Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública. 1997; 13(1):81-92.
57. Cortes SV. 30. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009. 25(7):1626-1633.
58. Menicucci TM, Costa LA, Machado JA. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(1):29-40.
59. Temoteo-da-Silva B, Lima IM. Análise política da atuação do Conselho Nacional de Saúde na construção da política de saúde no Brasil no período de 2014-2017. Interface (Botucatu). 2022; (26):e210582.
60. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos AL. Programa Previ-ne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciênc. saúde coletiva. 2021; 26(supl2):3781-6.

Recebido em 13/01/2023

Aprovado em 03/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Estudo de avaliabilidade da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde

Patient safety assessment study in Primary Health Care

Taise Rocha Macedo¹, Maria Cristina Marino Calvo¹, Luciane Possoli¹, Sonia Natal¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313807

RESUMO A segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde (APS) preocupa-se em reduzir erros e eventos adversos relacionados a assistência à saúde, porém há poucos estudos elaborados com aplicação de modelos avaliativos sobre a temática neste contexto. Este trabalho objetivou desenvolver e propor um modelo avaliativo da segurança do paciente na APS. Realizou-se um estudo de avaliabilidade por meio da análise documental, revisão de literatura, proposição dos modelos e validação dos modelos por meio da conferência de consenso. Idealmente, a teoria do programa, apresentada no Modelo Teórico, evidencia que os recursos, a cultura de segurança, os processos assistenciais e a educação permanente são componentes que viabilizam a implantação do programa, que precisam ser discutidos e aprimorados com envolvimento da gestão, dos profissionais e dos próprios pacientes/familiares e cuidadores, sendo, portanto, explorados no Modelo Lógico e assumidos como fundamentais para a oferta de cuidados mais seguros na APS quando interagem articuladamente. Na Matriz de Análise e Julgamento, esses quatro componentes assumem o mesmo peso no cálculo que determinará o grau de implantação da segurança do paciente na APS. A modelização apresentada pode ser utilizada por diversos atores, de diferentes contextos, para explorar e aprimorar a segurança do paciente na APS.

PALAVRAS-CHAVE Segurança do paciente. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *Patient safety in Primary Health Care (PHC) is concerned with reducing errors and adverse events related to health care, but there are few studies developed with the application of evaluative models on the subject in this context. This study aimed to develop and propose an evaluation model of patient safety in PHC. An evaluability study was carried out through document analysis, literature review, proposition of models and validation of models through consensus conference. Ideally, the theory of the program, presented in the Theoretical Model, shows that resources, safety culture, care processes and permanent education are components that enable the implementation of the program, which need to be discussed and improved with the involvement of management, professionals and the patients/family members and caregivers themselves, being, therefore, explored in the Logical Model and assumed as fundamental for the provision of safer care in PHC when they interact articulately. In the Analysis and Judgment Matrix, these four components assume the same weight in the calculation that will determine the degree of implementation of patient safety in PHC. The modeling presented can be used by different actors, from different contexts, to explore and improve patient safety in PHC.*

KEYWORDS *Patient safety. Primary Health Care. Health evaluation.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. taiserm16@gmail.com



Introdução

A segurança do paciente preocupa-se em reduzir riscos, erros e danos evitáveis relacionados ao cuidado em saúde¹ e tornou-se fonte de preocupação a partir da publicação do relatório 'To Err is Human', que expôs à sociedade os erros que envolvem o cuidado em saúde e os danos que podem causar aos pacientes².

Na tentativa de promover a segurança do paciente e reduzir as consequências físicas e sociais relacionadas aos erros vinculados à assistência à saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus países membros lançaram, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente³. No Brasil, a Política Nacional de Segurança do Paciente foi instituída em 1º de abril de 2013, como parte da agenda de comprometimento global com a temática⁴.

A implantação de uma política ou programa demonstra o quanto essa intervenção se encontra adequadamente operacionalizada, enquanto a avaliação possibilita identificar o nível de adequação dessa operacionalização, validando a execução das intervenções e os possíveis fatores que distanciam o planejamento da execução⁵.

As pesquisas que avaliam a segurança do paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) têm seu escopo direcionado aos aspectos relacionados à cultura de segurança do paciente. Recentemente, no Brasil, foi produzido um estudo metodológico que elaborou e validou um instrumento autoavaliativo da segurança do paciente na APS por meio das seguintes etapas: elaboração do instrumento, validação de conteúdo, validação de conteúdo de consistência e coerência e análise fatorial⁶. Todavia, diferentemente do presente estudo, não desenvolveu os modelos avaliativos.

Antes de iniciar a avaliação de uma política ou programa, recomenda-se desenvolver o estudo de avaliabilidade que, por meio da modelização, permite conhecer a teoria que fundamenta sua elaboração, a lógica que o estrutura, sua operacionalização e os aspectos envolvidos, evidenciando as justificativas e recomendações para a avaliação propriamente dita⁷.

Na APS, apontam-se estimativas de incidentes de segurança em 12,6%, sendo 55,6% destes evitáveis⁸. No entanto, o enfoque das discussões segue direcionado ao contexto hospitalar⁹, com poucos estudos que elaboraram e aplicaram modelos avaliativos sobre a segurança do paciente na APS.

Estudos de avaliabilidade da segurança do paciente na APS oportunizam o desenvolvimento de avaliações na temática e a produção de novos e importantes conhecimentos que permitam indicar ações e mudanças que tornem os cuidados prestados na APS mais seguros. Nesta perspectiva, este estudo tem o objetivo de desenvolver e propor um modelo avaliativo da segurança do paciente na APS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, desenvolvido no período de janeiro a agosto de 2022, de abordagem exploratória e qualitativa, segundo os elementos recomendados por Thurston e Ramaliu¹⁰, quais sejam: (1) análise documental; (2) revisão de literatura; (3) proposição dos modelos; (4) conferência de consenso; e (5) recomendações para a avaliação.

A análise documental explorou 26 produções técnicas e normativas (inter)nacionais envolvendo a temática da segurança do paciente na APS, que serviram como fonte de evidência para definir os elementos fundamentais para segurança do paciente na APS (*quadro 1*).

Quadro 1. Fontes de evidências para modelização da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis, 2023

Ano	Instituição/País	Material	Objetivo
2006	NHS/ Reino Unido	Seven Steps to patient safety for primary care	Estabelece sete passos para promover a segurança do paciente na APS: 1- Implantar a cultura de segurança; 2- Liderar e apoiar as equipes da atenção primária; 3- Integrar o gerenciamento de risco às suas atividades cotidianas; 4- Incentivar a notificação de eventos adversos; 5- Envolvimento e comunicação com pacientes e comunidades; 6- Aprender e compartilhar lições de segurança; 7- Implementar soluções para prevenir danos
2010	Canadian Patient Safety Institute and BC Patient Safety & Quality Council/ Canadá	Patient Safety in Primary Care	Explora o atual conhecimento sobre a temática, bem como as principais questões, prioridades, oportunidades e estratégias para o avanço da segurança do paciente na APS do Canadá
2011	OMS/ Suíça	Patient safety curriculum guide: multi-professional edition	Promover o ensino da segurança do paciente na formação dos profissionais de saúde
2013	MS/ Brasil	Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013	Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente
2013	ANVISA/ Brasil	RDC nº 36, de 25 de julho de 2013	Instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências
2013	MS/ Brasil	Protocolo de identificação do paciente	Garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes
2013	MS/ Brasil	Protocolo para cirurgia segura	Estabelecer medidas para aumentar a segurança na realização de procedimentos cirúrgicos e reduzir incidentes, eventos adversos e mortalidade cirúrgica
2013	MS/ Brasil	Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde	Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde, visando a segurança de todos os envolvidos nos cuidados em saúde e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde
2013	MS/ Brasil	Protocolo prevenção de Quedas	Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos serviços de saúde e os danos dela decorrente
2013	MS/ Brasil	Protocolo para prevenção de úlcera por pressão	Promover a prevenção da ocorrência de úlcera por pressão e outras lesões de pele
2013	MS/ Brasil	Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde
2014	MS/ Brasil	Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente	Esclarecer dúvidas relacionadas à implantação do Núcleo de Segurança do Paciente pelas instituições de saúde, alinhando conceitos de risco e de ações de prevenção, bem como das notificações.
2015	MS/ Brasil	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	Incentivar os gestores e as equipes de saúde da APS a melhorar e qualificar os serviços de saúde oferecidos aos cidadãos
2016	OMS/ Suíça	Patient engagement	Explora a importância do envolvimento das pessoas que utilizam os serviços de saúde para a sua melhoria e segurança, bem como os modos como podem acontecer
2016	OMS/ Suíça	Education and training	Estabelece o processo de educação como estratégia de fortalecimento da segurança do paciente na APS
2016	OMS/ Suíça	Human factors	Descrever o que são os fatores humanos e como esta abordagem pode melhorar a segurança do paciente na APS

Quadro 1. Fontes de evidências para modelização da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis, 2023

Ano	Instituição/País	Material	Objetivo
2016	OMS/ Suíça	Administrative errors	Aumentar a conscientização das questões que precisam ser abordadas para apoiar a segurança do paciente na APS
2016	OMS/ Suíça	Diagnostic errors	Descreve a importância de explorar os erros de diagnóstico e as possíveis soluções
2016	OMS/ Suíça	Medication errors	Conscientizar os estados membros da OMS sobre as formas de reduzir os erros de medicação na APS
2016	OMS/ Suíça	Multimorbidity	Apresenta o conceito de multimorbidade como a coexistência de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo e como impacta na segurança do paciente na APS
2016	OMS/ Suíça	Transitions of care	Define as transições de cuidado e apresenta áreas de melhorias para que as transições aconteçam de modo eficaz
2016	OMS/ Suíça	Electronic tools	Apresenta como as ferramentas eletrônicas podem melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados de saúde e capacitar os pacientes a desempenhar um papel mais ativo em sua saúde
2017	MS/ Brasil	Política Nacional da Atenção Básica	Segurança do Paciente é apresentada como atribuição de todos os profissionais que atuam na APS e como diretriz para a organização do processo de trabalho na APS e outras políticas de saúde
2018	OECD (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico)/ França	The economics of patient safety in primary and ambulatory care	Apresentar o impacto que os erros e eventos adversos produzidos na APS geram para economia global, evidenciando a necessidade de políticas e lideranças que atuem em prol do fortalecimento da segurança na APS.
2018	OMS/Organization for Economic Cooperation and Development The World Bank	Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage	Apresentar a importância da qualidade da assistência à saúde, por meio de cuidados eficazes, seguros e centrados nas pessoas, ofertados de modo oportuno, equitativos, integrados e eficientes
2020	OMS/ Suíça	Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 Towards Zero Patient Harm in Health Care	Fornecer uma direção estratégica para ações concretas a serem tomadas pelos países, organizações parceiras, unidades de saúde e OMS em prol da segurança do paciente

Fonte: elaboração própria.

A revisão integrativa da literatura foi realizada nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Cinahl, SciELO, Scopus, PubMed, e Web of Science, sem restrição temporal, utilizando os descritores: Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde e Avaliação em Saúde. Resultaram 32 estudos que atenderam a seguinte questão norteadora: Quais os aspectos fundamentais para garantir a segurança do paciente na APS¹¹?

A partir dos resultados teóricos encontrados, foi realizada a proposta inicial para avaliação da segurança do paciente na APS – Modelo Teórico (MT), Modelo Lógico (ML) e Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) – que foi submetida à validação por meio da técnica mista denominada de conferência de consenso¹².

A conferência de consenso contou com dez especialistas vinculados aos serviços de saúde e/ou academia, selecionados a partir da

expertise relacionada à temática, análise de publicações e currículo lattes, que consentiram em participar.

O consenso aconteceu em três etapas virtuais assíncronas, sendo que a cada rodada os participantes tiveram a oportunidade de se posicionarem em concordância total, parcial ou nula aos itens apresentados, contribuindo descritivamente com as discordâncias identificadas.

A cada rodada da conferência de consenso, os retornos recebidos foram consolidados e os ajustes foram feitos conforme as recomendações dos participantes e as questões teóricas vinculadas. Nova apreciação e manifestação dos especialistas era solicitada e os itens eventualmente não acatados nas sucessivas versões dos modelos, eram justificados nos retornos e apreciados novamente, até que não houvesse mais contestações. O consenso entre os especialistas foi alcançado na terceira rodada da conferência de consenso.

As recomendações para as futuras avaliações foram evidenciadas a partir da construção do MT, ML e MAJ consensualizados neste estudo.

O projeto de pesquisa obedeceu à Resolução nº 422/2016 do Conselho Nacional de Ética e

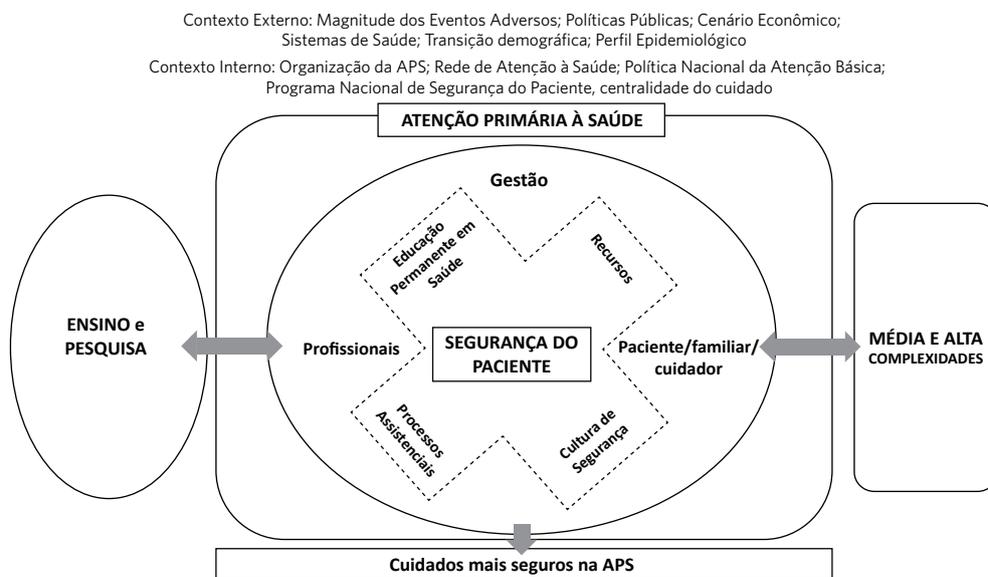
Pesquisa com Seres Humanos¹³, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 5.172.176/2021.

Resultados

A análise documental e a revisão da literatura apontaram como componentes fundamentais para a segurança do paciente os aspectos estruturais, processos assistenciais, treinamento e cultura, que precisam ser discutidos e aprimorados envolvendo a gestão, os profissionais e os próprios pacientes/familiares e cuidadores¹¹.

O MT (*figura 1*) construído e validado evidencia os fatores contextuais externos e internos que podem atuar sobre a segurança do paciente na APS. A magnitude dos eventos adversos acarreta impactos de ordem econômica e social¹⁴, que exigem dos sistemas de saúde, influenciados pelo cenário econômico que os cerceiam, organização de políticas públicas que estabeleçam ações direcionadas à segurança do paciente, inclusive na APS¹⁵.

Figura 1. Modelo Teórico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, Florianópolis/SC, 2021



Fonte: elaboração própria.

A APS é porta de entrada preferencial do sistema de saúde, executa a maioria dos cuidados prestados à população, e enfrenta os impactos relacionados à transição demográfica e perfil epidemiológico. Uma população mais envelhecida e com multimorbidades exige cuidados mais complexos e sujeitos a riscos de segurança¹⁶⁻¹⁸.

No contexto interno da segurança do paciente na APS, a implantação de políticas públicas, como a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹⁹ e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁴, normatizam ações que viabilizam a organização, qualificação e melhoria da segurança na APS. As políticas públicas reforçam a participação da APS na Rede de Atenção à Saúde e promovem a articulação dos envolvidos – gestão, profissionais e pacientes – com consequente redução de riscos e de eventos adversos^{4,19}.

Os elementos fundamentais para a implantação da Segurança do Paciente na APS são: os recursos (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos); a cultura de segurança; os processos assistenciais; e a educação permanente. A articulação desses

elementos deve viabilizar o alcance de cuidados mais seguros na APS.

O ensino e a pesquisa são influenciados e são influenciadores da APS, uma vez que compõem a formação dos profissionais que atuam na APS, além de produzir conhecimento que estimula a percepção de risco e a oferta de cuidados de saúde seguros e de qualidade^{20,21}.

O processo de formação dos profissionais estimula o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes diante da segurança do paciente, estabelecendo a importância de uma força de trabalho que promova os cuidados centrados no paciente²².

Quando as ações de segurança do paciente na APS não ocorrem de forma efetiva para reduzir as falhas e tornar o cuidado prestado mais seguro, os eventos adversos seguem acontecendo e produzindo impacto para além da APS, atingindo o nível secundário e terciário^{14,22-24}.

O ML (*quadro 2*) apresenta a organização e o funcionamento da segurança do paciente na APS, identificando as atividades necessárias para que os resultados sejam alcançados. Neste modelo, as questões de ensino e pesquisa não foram investigadas.

Quadro 2. Modelo Lógico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis (SC), 2022

Compo- nente	Atividades	Produtos	Resultados		
			Iniciais	Intermediário	Final
RECURSOS (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos)	Dispor recursos financeiros para ações em segurança do paciente	Orçamento e Alocação de recursos para as ações de segurança do paciente inclusos no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde	Recursos financeiros alocados de forma suficiente para a melhoria da estrutura das UBS e para o desenvolvimento de ações vinculadas a segurança do paciente	UBS seguras e ações de segurança do paciente desenvolvidas viabilizando o cuidado seguro, baseados em evidências e nas melhores práticas; Fortalecimento da Cultura de Segurança Competências desenvolvidas para a segurança do paciente entre os interessados	Cuidados mais seguros na APS
	Prover insumos e equipamentos suficientes	Insumos e equipamentos suficientes para o cuidado seguro	Aquisição Equipamentos e insumos disponíveis para equipes de saúde e pacientes para execução de cuidados seguros; Redução dos incidentes por falta de insumos e equipamentos		
	Prover estrutura física de acordo com as normas vigentes	Unidades de saúde adequadas com o preconizado na legislação	Ambientes seguros; reduzir os incidentes causados por deficiências na estrutura da UBS		

Quadro 2. Modelo Lógico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis (SC), 2022

Compo- nente	Atividades	Produtos	Resultados		
			Iniciais	Intermediário	Final
RECURSOS (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos)	Prover equipes multiprofissionais com cobertura e formação adequada à realidade epidemiológica da população	Trabalhadores com formação e carga horária adequadas para as necessidades da população	Capacidade resolutive e tempestiva aumentada viabilizando atendimento adequado, resolutivo e em tempo oportuno		
	Prover registro eletrônico em saúde	Registro eletrônico disponível na UBS; Registro realizado em Sistemas Eletrônicos; Relatórios de dados relativos aos atendimentos	Erros de registros ou ruídos de comunicação reduzidos; Informação em saúde segura e disponível		
	Fornecer ferramentas de suporte cognitivo e de apoio à decisão clínica	Ferramenta de suporte cognitivo e apoio à decisão clínica implantados	Decisões clínicas e tomadas de decisão embasadas em evidências científicas		
	Instituir estrutura orgânica para gestão da segurança do paciente	Núcleo de Segurança do Paciente implantado	Gestão especializada em ações para segurança do paciente; Instituição de ações de melhorias da qualidade e da segurança do paciente	UBS seguras e ações de segurança do paciente desenvolvidas viabilizando o cuidado seguro, baseados em evidências e nas melhores práticas;	Cuidados mais seguros na APS
	Instituir o plano de segurança do paciente	Plano de segurança do paciente elaborado, implantado e divulgado para as equipes	Estratégias e ações estabelecidas para promoção, execução e monitoramento do cuidado seguro.	Fortalecimento da Cultura de Segurança	
	Construir e implantar os protocolos de segurança do paciente	Protocolos de segurança do paciente implantados de acordo com as especificidades locais	Normativas colaborando para a qualificação do cuidado para redução de eventos adversos	Competências desenvolvidas para a segurança do paciente entre os interessados	
	Instituir diretrizes clínicas/protocolos assistenciais	Diretrizes clínicas e protocolos assistenciais implantados	Normatização dos cuidados a partir do levantamento de evidências correspondente as melhores e mais seguras práticas assistenciais		
	Implantar sistema de notificação de incidentes	Sistema de notificação de incidentes local e/ou centralizado implantados	Viabilização da notificação de incidentes; Incidentes notificados subsidiando ações de segurança do paciente		
	Implantar e/ou implementar plano de gerenciamento de tecnologias	Plano de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde instituído	Melhoria contínua das tecnologias utilizadas na Atenção Primária à Saúde; Riscos assistenciais identificados e estabelecimento de planos de ação para prevenir recorrências		

Quadro 2. Modelo Lógico da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. Florianópolis (SC), 2022

Compo- nente	Atividades	Produtos	Resultados		
			Iniciais	Intermediário	Final
CULTURA DE SEGURANÇA	Avaliar sistematicamente a cultura de segurança institucional	Cultura de segurança do paciente avaliada por meio de instrumento validado	Reconhecimento da cultura de segurança		
	Reduzir gradientes de hierarquia	Valorização do trabalho em equipe	Relacionamento respeitoso e seguro entre gestores, profissionais e pacientes		
	Promover uma cultura justa	Resposta não punitiva ao erro	Erros tratados como falhas sistêmicas e não como falhas individuais		
	Liderar e fornecer apoio a equipe	Equipe motivada e comprometida com a pauta da segurança	Líderes agindo em prol da segurança do paciente		
PROCESSOS ASSISTENCIAIS	Executar o cuidado de acordo com as normativas clínicas e de segurança	Cuidado seguro e de acordo com as recomendações prescritas	Cuidado pautado em práticas baseadas em evidências		
	Envolver o paciente, familiar e/ou cuidador no cuidado	Paciente, família e/ou cuidador participando ativamente do cuidado	Participação dos envolvidos no cuidado	UBS seguras e ações de segurança do paciente desenvolvidas viabilizando o cuidado seguro, baseados em evidências e nas melhores práticas;	Cuidados mais seguros na APS
	Notificar erros e Eventos Adversos	Erros e/ou eventos adversos notificados	Identificação da frequência e gravidade dos erros e eventos adversos	Fortalecimento da Cultura de Segurança;	
	Qualificar o processo de transição de cuidado	Profissionais utilizando ferramentas de comunicação padronizadas	Paciente transitando os pontos de atenção à saúde de forma segura	Competências desenvolvidas para a segurança do paciente entre os interessados	
Realizar ações de educação permanente com a equipe de saúde sobre a temática da segurança e cuidados seguros	Ações de educação permanente em segurança do paciente e/ou cuidados seguros sendo desenvolvidas	Redução dos incidentes relacionados a falhas dos profissionais			
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Desenvolver ações de educação permanente ao paciente/ familiar/ cuidador sobre a temática da segurança		Paciente/familiar cuidador empoderados e aptos para atuar em prol da sua segurança		
	Desenvolver ações direcionadas à saúde do trabalhador	Atividades para a saúde do trabalhador sendo desenvolvidas	Força de trabalho apta a desempenhar suas funções de forma segura		

Fonte: elaboração própria.

O ML é composto por quatro componentes (recursos, cultura de segurança, processos assistenciais e educação permanente) com atividades, produtos e resultados específicos, assumidos como fundamentais para a redução dos eventos adversos e cuidados mais seguros na APS.

- O provimento de recursos financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos remetem para a estrutura necessária ao desenvolvimento de cuidados seguros na APS^{24,25};
- A cultura de segurança trata do “conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento da instituição diante da segurança do paciente, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde”⁴, evidenciando o comportamento dos profissionais e da gestão em relação à segurança do paciente;
- Os processos assistenciais exploram como os profissionais seguem os aspectos prescritivos para organizar o seu trabalho e sua prática com vistas a segurança do paciente²⁶,

bem como a maneira como inserem o paciente/familiar/cuidador nos cuidados prestados;

- A educação permanente surge como uma oportunidade de desenvolver continuamente os profissionais da APS por meio do treinamento em serviço²², uma vez que os profissionais necessitam de formação adequada para fortalecer a consciência situacional, a percepção de riscos e a oferta de cuidados de saúde seguros e de qualidade^{20,21}. Da mesma forma, os pacientes, familiares e cuidadores precisam estar capacitados para poderem desenvolver uma postura de liderança em sua segurança²⁷.

De maneira articulada, estes componentes interagem por meio de suas atividades na busca por cuidados mais seguros na APS, como prevê a meta estabelecida pelo programa.

A MAJ consensualizada determina o grau de implantação da segurança do paciente na APS. É composta por quatro componentes de análise de igual peso no cálculo: recursos (nove indicadores), cultura de segurança (cinco indicadores), processos assistenciais (quatro indicadores) e educação permanente (quatro indicadores) (*quadro 3*).

Quadro 3. Matriz de Análise e Julgamento da segurança do paciente na atenção primária. Florianópolis (SC), 2023

Critério/Indicador	Fonte de Evidência e Medida		Parâmetros	Pontuação		
	Medida	Cálculo		Máxima Esperada	Pontuação Observada	Grau de Implantação
COMPONENTE- RECURSOS (financeiro, físico, humano, material, tecnológico e de apoio aos processos) (13 pontos = 25%)						
Orçamento para as ações de segurança do paciente inclusos no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde	Checklist itens 1.1, 1.1.1 e 1.1.2	Sim ou Não	Três Sim = 2 demais = 0	2		
Estrutura física da Unidade de Saúde de acordo com as normas vigentes	Checklist item 1.2	Soma dos itens 'SIM'	Sete SIM= 2; seis ou cinco= 1; < de cinco SIM = 0	2		
Equipe multiprofissional composta e com formação adequada para atender as necessidades populacionais	Checklist itens 1.3 e 1.4 e 1.5	Soma dos itens 'SIM'	Item 1.3 SIM = 0,50; Não=0; Item 1.4 SIM= 0,75; Não=0; Item 1.5= 0,75 (cada SIM dos subitens 1.5.1, 1.5.2, 1.5.3 = 0,25; Não=0)	2		
Materiais, equipamentos e insumos a disposição das equipes e dos usuários	Checklist itens 1.6, 1.7 e 1.8	Soma dos itens 'SIM'	Três SIM= 2; Dois SIM= 1; Um SIM = 0	2		

Quadro 3. Matriz de Análise e Julgamento da segurança do paciente na atenção primária. Florianópolis (SC), 2023

Critério/Indicador	Fonte de Evidência e			Pontuação		
	Medida	Cálculo	Parâmetros	Máxima Esperada	Pontuação Observada	Grau de Implantação
Registro Eletrônico em Saúde com ferramentas de suporte cognitivo e de apoio à decisão clínica	Checklist itens 1.9 e 1.10	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 1; Um SIM= 0,5; Nenhum SIM = 0	1		
Sistemas internos de notificação de incidentes local (descentralizado) e/ou centralizado implantado (s)	Checklist itens 1.11 e 1.11.1	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 1; Um SIM= 0,5; Nenhum SIM = 0	1		
Núcleo de Segurança do Paciente implantado e Plano de Segurança do Paciente instituído	Checklist itens 1.12, 1.13	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 1; Um SIM= 0,5; Nenhum SIM = 0	1		
Protocolos de Segurança do Paciente instituído	Checklist item 1.14	Soma dos itens 'SIM'	Sete SIM= 1; Seis SIM= 0,5; < 6 SIM = 0	1		
Diretrizes clínicas/protocolos assistenciais e plano de monitoramento e avaliação das tecnologias utilizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde	Checklist itens 1.15, 1.15.1 e 1.16	Soma dos itens 'SIM'	Item 1.15 SIM = 0,25; Não=0; Item 1.15.1 SIM= 0,25; Não=0; Item 1.16 SIM=0,5; Não=0	1		
Subtotal					13	
COMPONENTE- CULTURA DE SEGURANÇA (10 pontos = 25%)						
Avaliação sistemática da cultura de segurança institucional	Checklist item 2.1	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Reduzir gradientes de hierarquia	Checklist itens 2.2, 2.3, 2.4	Soma dos itens 'SIM' ou 'EM PARTE'	Para cada item 'SIM'= 0,66; Para cada item 'EM PARTE' = 0,33; Para cada item 'NÃO'= 0	2		
Promover uma cultura justa	Checklist itens 2.5 e 2.6	Soma dos itens 'NÃO' ou 'EM PARTE'	Para cada item 'NÃO' = 1; para cada item 'EM PARTE' = 0,5; para cada item 'SIM'= 0	2		
Liderar e fornecer apoio a equipe	Checklist itens 2.7, 2.8, 2.9	Soma dos itens 'SIM' ou 'EM PARTE'	Para cada item 'SIM' = 0,66; para cada item 'EM PARTE' = 0,33; para cada item 'NÃO'= 0	2		
Identificar, analisar, avaliar, monitorar e comunicar os riscos de segurança	Checklist itens 2.10 até 2.18	Soma dos itens 'SIM'	≥ 7 SIM = 2; menos que 7 =0	2		
Subtotal					10	
COMPONENTE- PROCESSOS ASSISTENCIAIS (8 pontos = 25%)						
Adesão às normativas clínicas e de segurança	Checklist itens 3.1 e 3.2	Soma dos itens 'SIM'	Dois SIM= 2; Um SIM= 1; Nenhum SIM = 0	2		
Paciente, família e/ou cuidador participando ativamente do cuidado	Checklist item 3.3	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Erros e/ou Eventos Adversos sendo notificados	Checklist itens 3.4- 3.4.1, 3.4.2 e 3.4.3	Análise do SIM apresentado nos itens que formam o item 3.4	SIM para o item 3.4.1 = 2; SIM para o item 3.4.2 =1; SIM para o item 3.4.3 = 0	2		
Qualificar o processo de transição de cuidado	Checklist itens 3.5 e 3.6	Quantidade de respostas 'sim' no grupo de itens que avaliam o indicador	Duas respostas 'sim' =(2); demais = 0	2		
Subtotal					8	

Quadro 3. Matriz de Análise e Julgamento da segurança do paciente na atenção primária. Florianópolis (SC), 2023

Critério/Indicador	Fonte de Evidência e Medida			Pontuação		
	Medida	Cálculo	Parâmetros	Máxima Esperada	Pontuação Observada	Grau de Implantação
COMPONENTE- EDUCAÇÃO PERMANENTE (8 pontos = 25%)						
Profissionais capacitados para a segurança do paciente	Checklist item 4.1	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Profissionais capacitados para o cuidado seguro	Checklist item 4.2	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Pacientes capacitados para a segurança do paciente	Checklist item 4.3	Sim ou Não	Sim = 2; Não =0	2		
Desenvolver ações direcionadas à saúde do trabalhador	Checklist item 4.4, (4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3)	Sim ou Não	Três Sim =2; Dois Sim=1 < 2 SIM =0	2		
Subtotal					8	

Fonte: elaboração própria.

A MAJ estabelece que, o serviço terá um grau de implantação satisfatório quando obtiver 75% ou mais de respostas positivas no instrumento que avalia a segurança do paciente na APS, implantação parcial quando receber entre 25% e 75% das respostas positivas, implantação incipiente quando auferir 25% ou menos de respostas positivas.

As medidas são aferidas em um *checklist* da segurança do paciente na APS, com itens específicos para cada dimensão, aplicado a informantes chaves das unidades de saúde que compõem o contexto a ser avaliado.

A elaboração do MT, ML e MAJ deixou algumas recomendações para a avaliação e conduziu a algumas perguntas para futuros estudos avaliativos, que viabilizarão discussões e alinhamentos permanentes das ações de segurança do paciente na APS, quais sejam: Qual o grau de implantação da segurança do paciente na APS? Quais os elementos facilitadores e barreiras interferem no processo de implementação da segurança do paciente na APS?

Discussão

A ausência de uma articulação explícita que apresente claramente as mediações

necessárias para a oferta de cuidados primários mais seguros e o fortalecimento da segurança do paciente na APS orientou e justificou o desenvolvimento deste modelo avaliativo.

A APS provê o maior volume de cuidados de saúde à população e possui uma estimativa de incidentes de segurança do paciente – eventos que podem ou não causar danos aos pacientes – de 2 a 3% nas consultas realizadas²⁸. O Brasil executou 78 milhões de consultas médicas em 2019²⁹. Conforme a estimativa de incidente de 2 a 3%, acarretou cerca de 1,5 milhões de incidentes de segurança apenas naquele ano. Neste sentido, é necessário ampliar as discussões sobre a segurança do paciente na APS, qualificando o cuidado ofertado.

O processo de imersão e revisão dos documentos subsidiou a definição do objetivo do programa, que envolve a redução de eventos adversos por meio de cuidados primários mais seguros, bem como dos fundamentos que norteiam o desenvolvimento da teoria do programa e da sua operacionalização lógica, neste estudo validada pelos especialistas, por meio da conferência de consenso.

O MT busca expor o problema que demandou a criação da intervenção, o contexto/cenário em que a política se desenvolve e os atores envolvidos no seu planejamento e

execução, evidenciando as etapas que motivaram o debate sobre a problemática da segurança do paciente na APS anteriormente a sua operacionalização⁵.

O ML deve possibilitar que a plausibilidade no alcance de determinados resultados relacionados a um programa sejam verificadas³⁰. Portanto, o ML elaborado apresenta a operacionalização das conexões necessárias para que os componentes – recursos, cultura de segurança, processos assistenciais e educação permanente – que estruturam a segurança do paciente na APS se desmembrem em atividades, produtos e alcancem os resultados idealmente esperados.

Referente à dimensão recursos, que trata de todo o arcabouço estrutural necessário para a efetivação da segurança do paciente na APS, a literatura evidencia que a infraestrutura das unidades de saúde³¹, disponibilidade de insumos³¹, composição das equipes³², inclusive com a presença do Núcleo de Segurança⁴, uso de tecnologias³¹, incluindo sistemas de notificações de incidentes¹⁷ e normativas que norteiam o trabalho desenvolvido na APS como o Plano de Segurança do Paciente⁴, diretrizes clínicas e protocolos institucionais²⁷, são condições *sine qua non* para o alcance de cuidados primários mais seguros, sendo, portanto, os indicadores utilizados nesta dimensão.

A cultura de segurança é uma dimensão bem consolidada dentro da temática da segurança do paciente, sendo recentemente também explorada no contexto da APS. Instrumentos já validados, como o Medical Office Survey on Patient Safety Culture – MOSPSC (Pesquisa de Consultório Médico sobre Cultura de Segurança na Atenção Primária)^{17,32} e o Hospital Survey on Patient Safety Culture – HSOPSC (Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente)³³, avaliam por meio de escala Likert a cultura de segurança, explorando dimensões como trabalho em equipe, seguimento da assistência ao paciente, aprendizagem organizacional, treinamento de equipe, apoio da gestão para a segurança do paciente, abertura de comunicação, padronização

de processos de trabalho, dentre outras^{17,32,33}.

Como a própria literatura já sinaliza, o fortalecimento da cultura de segurança se inicia com a avaliação da cultura presente na instituição^{32,33}, oportunizando a identificação de fortalezas e fragilidades que viabilizem intervenções no contexto explorado. Dentre as características presentes na cultura de segurança, destaca-se a necessidade de reduzir os gradientes de hierarquia, por meio de uma comunicação respeitosa e confiante, o trabalho em equipe, a liderança, e a promoção da cultura justa, na qual a culpa e a punição oportunizam o aprendizado e as melhorias na atenção à saúde^{17,34}.

Para além da cultura de segurança, a segurança do paciente recebe influência dos fatores organizacionais e dos fatores humanos³⁴. Por isso, a dimensão processos assistenciais, buscou na literatura e transpôs para seus indicadores a premissa de que a segurança apenas será implantada se os profissionais estiverem envolvidos com a causa, seguindo as normativas que conduzem as questões clínicas e de segurança, os conhecidos protocolos assistenciais, institucionais ou de segurança²⁷, notificando os incidentes de segurança³⁵, envolvendo e empoderando o paciente, familiar e/ou cuidador no processo de cuidado²⁷, qualificando a coordenação¹⁶ e a continuidade do cuidado¹⁶ na rede de atenção à saúde.

Tanto os profissionais de saúde, como os pacientes/familiares/cuidadores precisam estar capacitados para guiar sua segurança²². Por isso, a dimensão educação permanente destaca o potencial da educação continuada e permanente envolvendo a participação do paciente/familiar/cuidador e dos profissionais, desenvolvendo inclusive as ações que abordem a saúde dos próprios trabalhadores, uma vez que possui relação direta com a segurança do paciente^{1,22}.

O ML não é um produto estanque, mas sujeito a ajustes a cada nova necessidade identificada. Por isso, aspectos não previstos na proposta apresentada ou que surjam no processo de implementação do programa devem

ser acrescentados, ajustando e aperfeiçoando o modelo inicial⁵. O ML exposto é composto por itens fundamentais para segurança do paciente na APS, foi validado por especialistas e, portanto, é um instrumento importante para explorar e discutir o objeto em questão. Ele não tem o intuito de negligenciar as questões que envolvem a pesquisa, mas sim dar ênfase ao trabalho desenvolvido no âmbito da APS, orientando a condução de ações assertivas para o fortalecimento da segurança do paciente.

A MAJ apresenta uma possibilidade metodológica para condução de futuros estudos avaliativos, estabelecendo critérios/indicadores com parâmetros e juízo de valor para parametrização dos resultados encontrados. Diferente dos parâmetros utilizados neste estudo, a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) estabelece em seu julgamento que as “áreas forte da segurança do paciente” são aquelas que recebem 75% ou mais de respostas positivas no contexto explorado, sendo as “áreas frágeis para a segurança do paciente” aquelas que recebem na avaliação até 50% de respostas positivas³⁶.

Já Togashi⁶, construiu e validou um instrumento de autoavaliação da segurança do paciente na APS composto por uma escala Likert que avalia cinco domínios da segurança do paciente na APS: estrutura (6 itens), equipe e treinamento (6 itens), gestão e liderança (6 itens), processo assistencial (12 itens) e cultura (4 itens), mas não apresentou parâmetros de julgamento para a avaliação, mencionando, apenas, que o propósito avaliativo do instrumento é que quanto mais respostas se aproximarem da opção ‘concordo totalmente’, mais adequado está o serviço em relação à segurança do paciente.

A proposta avaliativa apresentada é inovadora e visa colaborar com o desenvolvimento de ações que fortaleçam a segurança do paciente na APS, no entanto, dependendo da necessidade e do interesse de informação, outros métodos avaliativos podem ser utilizados considerando as condições existentes para sua execução, como recursos, tempo e oportunidade⁵.

Considerações finais

O estudo construiu e apresentou a teoria da segurança do paciente na APS, estabelecendo as conexões necessárias entre atividades, produtos e resultados para alcance das metas estabelecidas pelo programa, qual seja, alcançar cuidados mais seguros neste contexto de atenção à saúde.

Para solidificar a construção da modelização, os especialistas foram envolvidos em todas as etapas, sendo fonte de informações e contribuições para o desenvolvimento do estudo de avaliabilidade. Apesar de tratar-se de uma forte recomendação para os futuros estudos, envolvê-los e mantê-los ativos com as suas participações nos diferentes momentos do estudo é um desafio.

As estratégias utilizadas para oportunizar e potencializar a participação dos especialistas foram a construção das etapas da conferência de consenso de modo virtual e assíncronas, tentando adequar-se às disponibilidades individuais dos participantes e a flexibilidade dos prazos de retorno conforme a necessidade apresentada.

Como potencialidade destaca-se o uso de diferentes técnicas para validação e confiabilidade dos resultados: análise documental, revisão de literatura e a conferência de consenso, com a participação dos especialistas na temática. Por isso, a modelização da segurança do paciente na APS apresentada pode ser utilizada por diversos atores, de diferentes contextos, para explorar e aprimorar a segurança do paciente na APS.

O estudo originou-se de uma demanda acadêmica, constituindo uma produção teórica e a sua utilização extensiva pode estar limitada por não ter sido uma necessidade sentida pelo próprio serviço. Outra limitação foi a dificuldade em incluir um número maior de especialistas e trabalhadores dos serviços nas etapas da conferência de consenso.

Sugere-se que novos estudos avaliativos sejam desenvolvidos, explorando a implantação da segurança do paciente na APS, contextos

e elementos facilitadores e dificultadores do processo de implantação e implementação da segurança do paciente na APS.

Colaboradoras

Macedo TR (0000-0002-9304-3215)* e Possoli L (0000-0002-1663-7909)* contribuíram para

concepção e desenho da obra; análise e interpretação de dados para o trabalho e revisão crítica do conteúdo intelectual. Calvo MCM (0000-0001-8661-7228)* e Natal S (0000-0001-6155-4785)* contribuíram para concepção e desenho da obra; análise e interpretação de dados para o trabalho; revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. 2020. [acesso em 2022 ago 10]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>.
2. Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington, DC: Institute of Medicine; 2000. p. 26-48.
3. World Health Organization. The Launch of the World Alliance for Patient Safety: “Please do me no harm”. 2004. [acesso em 2022 ago 10]. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). 2013. [acesso em 2022 ago 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
5. Figueiredo TA, Angulo-Tuesta A, Hartz Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. *Physis*. 2019; 29(2):e290215.
6. Togashi GB. Construção e validação de um instrumento de avaliação da segurança do paciente para os serviços de atenção primária à saúde. [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2020.
7. Baratieri T, Natal S, Hartz ZA. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(7):e00087319.
8. Madden C, Lydon S, Curran C, et al. Potential value of patient record review to assess and improve patient safety in general practice: A systematic review. *Eur. J. Gen. Pract.* 2018; 24(1):192-201.
9. Pai SD, Alves DB, Pluta P, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente na atenção primária à saúde. *Rev. baiana enferm.* 2020; (34):e34849:1-12.
10. Thurston WE, Ramaliu, A. Evaluability assessment of survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian J. Prog. Evaluat.* 2005; 20(2):1-25.
11. Macedo TR, Calvo MCM, Possoli L, et al. Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre a literatura. *Revista de APS*. 2022; 25(3):691-712.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Souza LEPEF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. [acesso em 2023 mar 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
14. Aaraaen A, Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: flying blind. OECD Health. Working Pap. 2018 [acesso em 2021 ago 3]; (106):1-57. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/baf425ad-en.pdf?expires=1628017673&id=id&accname=guest&checksum=95B6F3815B58926F1E56483E10C733F8>.
15. World Health Organization. Quality of care: patient safety: report by the Secretariat. 2002 mar 23. [acesso em 2021 jul 3]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf.
16. Avery AJ, Sheehan C, Bell B, et al. Incidence, nature and causes of avoidable significant harm in primary care in England: retrospective case note review. *BMJ Qual. Saf.* 2021; 30(12):961-976.
17. Antonakos I, Souliotis K, Psaltopoulou T, et al. Patient Safety Culture Assessment in Primary Care Settings in Greece. *Healthcare.* 2021; 9(7):880.
18. Souza MM, Ongaro JD, Lanes TC, et al. Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(1):32-9.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
20. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção COVID-19. Principais elementos. Brasília, DF: CONASS; 2021. 338 p. (v. 1).
21. Graboys V, Duarte SCM. O Papel da Gestão para a Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. In: Dalcin TC, Daudt CG. Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: teoria e prática. Porto Alegre: Associação Hospitalar Moinhos de Vento; 2020.
22. World Health Organization. Education and training. 2016. [acesso em 2021 nov 6]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>.
23. World Health Organization. Patient engagement. 2016. 26 p. [acesso em 2021 nov 6]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252269>.
24. Woodward S. Seven Steps to patient safety for primary care. Reino Unido: National Patient Safety Agency; 2006.
25. Kingston-Riechers J, Ospina M, Jonsson E, et al. Patient Safety in Primary Care. Vancouver: Canadian Electronic Library; 2010. [acesso em 2023 mar 15]. Disponível em: https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2018/03/Primary_Care_2010_english_FINAL.pdf.
26. Siman AG, Braga LM, Amaro MOF, et al. Desafios da prática na segurança do paciente. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(6):1581-1588.
27. Chaneliere M, Koehler D, Morlan T, et al. Factors contributing to patient safety incidents in primary care: a descriptive analysis of patient safety incidents in a French study using CADYA (categorization of errors in primary care). *BMC Fam. Pract.* 2018; 19(1):121.
28. Panesar SS, Silva D, Carson-Stevens A, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual. Saf.* 2016; 25(7):544-53.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Datasus. Produção ambulatorial do SUS - Brasil - por local de atendimento, 2019. [acesso em 2022 set 1]. Disponível em: [SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 47, N. 138, P. 462-477, JUL-SET 2023](http://ta-</div><div data-bbox=)

bnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def.

30. Souza EC, Guimarães JMX, Silva MRF. Estudos de avaliabilidade de políticas e programas de saúde no Brasil: revisão integrativa. *SANARE*, Sobral. 2017; 16(2):85-92.
31. Marchon SG, Mendes Junior WV. Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(9):1815-1835.
32. Macedo LL, Haddad MCFL, Silva AMR, et al. Culture of patient safety in primary health care in a large municipality in the perception of workers. *Texto & Contexto Enferm*. 2020; (29):e20180410.
33. Tlili MA, Aouicha W, Ben Dhiab M, et al. Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. *East Mediterr Health J*. 2020; 26(11):1347-1354.
34. Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam. Pract*. 2015; (16):136.
35. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, et al. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2018; 19(1):104.
36. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: user's guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. [acesso em 2022 set 18]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>.

Recebido em 11/11/2022

Aprovado em 03/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Estudo observacional dos casos de violência contra mulher notificados em um hospital fluminense em 2020

Case study observational of violence against women reported in a Rio de Janeiro hospital in 2020

Élida Campos¹, Carlos Alexandre Rodrigues Pereira²

DOI: 10.1590/0103-1104202313808

RESUMO Este estudo analisou o perfil das mulheres em situação de violência atendidas no serviço de acolhimento de um hospital na região metropolitana I do Rio de Janeiro, bem como a presença de alguns determinantes sociais que podem se relacionar à ocorrência da violência e atuar sobre as condições de acesso a estes serviços. Foram analisados os dados das notificações de violência, considerando a violência sexual e outras violências, em 2020. Casos de HIV e sífilis compuseram os grupos de comparação. Realizou-se o mapeamento e o levantamento dos perfis de mulheres. O total de residentes fora da área metropolitana I foi maior entre casos de violência sexual do que entre outras violências, HIV e sífilis. Dentre as mulheres brancas, estas foram mais frequentes entre casos de violência sexual e as negras entre as atendidas por outras violências. Os casos de violência sexual relataram maior escolaridade e frequência de emprego. A maioria das mulheres em todos os grupos analisados eram negras, enquanto a maioria das que acessaram o aborto legal eram brancas. O estudo sugere que fatores sociais e econômicos afetam o acesso ao serviço de atendimento às mulheres em situação de violência, sendo necessária uma reorganização deste para garantir o pleno acesso das mulheres.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Aborto legal. Acesso aos serviços de saúde. Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT *This study analyzed the profile of women in situations of violence who accessed care service of a hospital in the metropolitan region I of Rio de Janeiro, as well as the presence of some social determinants that may be related to the occurrence of violence and act on the conditions of access to these services. Data of the violence notification form were analyzed, considering cases of sexual violence and other violence, in 2020. Cases of HIV and syphilis were used as comparison groups. The mapping and survey of the profiles of women were carried out. The total number of residents outside first metropolitan area was higher among cases of sexual violence than among other violence, HIV, and syphilis. White women were more frequent among cases of sexual violence and black women among those cared for other violence. Cases of sexual violence had higher education and reported being employed more often. Most women in all groups were black, while most of those who accessed legal abortion were white. The study suggests that social and economic factors affect access to the care service for women in situations of violence, requiring its reorganization to guarantee women's full access to health care.*

KEYWORDS *Violence. Abortion, legal. Health services accessibility. Social determinants of health.*

¹Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS), Coordenação de Informação Estratégica em Vigilância em Saúde (Cievs) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. elidacamp@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Núcleo interdisciplinar para o Desenvolvimento Social (Nides), Grupo de pesquisa interdisciplinar em educação, saúde, ambiente e cultura africana, afro-diaspórica e indígena (GPI) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Introdução

A violência contra mulher é atravessada por vários fatores sociais que impossibilitam a abordagem reducionista de causa-efeito, contudo, a iniquidade de gênero se apresenta como elemento fortemente relacionado, tendo o feminicídio como desfecho mais grave¹. De acordo com as Nações Unidas, entende-se como violência contra mulher

Qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada².

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres já estiveram em situação de violência². Um estudo multicêntrico, que avaliou a prevalência de violência contra mulher praticada pelo parceiro em 10 países, reportou que até 34% das mulheres brasileiras relataram violência física, 14% violência sexual e 37% ambas as formas de violência³. Apesar de ser uma violação de direitos humanos básicos, apenas a partir dos anos 1970 a temática começou a tomar visibilidade por meio das lutas dos movimentos feministas⁴. No Brasil, em 1981, por pressão de organizações de mulheres, surge no Rio de Janeiro (RJ) o SOS Mulher, programa que tem como objetivo fornecer atendimento às mulheres em situação de violência⁴ e que se encontra vigente até os dias atuais. Atualmente, conforme a Portaria nº 217, de 1 de março de 2023, a violência doméstica e sexual são agravos de notificação compulsória, sendo esta última de caráter imediato⁵.

A visão do conceito de saúde a partir de uma perspectiva não biologicista, nos permite entender que a violência não atinge os corpos das mulheres de forma aleatória. Por isso, é importante considerar esse agravo a partir dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁶ e suas interseccionalidades de cor, classe,

identidade de gênero, orientação sexual, entre outras, uma vez que os indivíduos que se identificam como mulher não constituem um grupo homogêneo⁷. A violência contra as mulheres e o acesso destas aos serviços de saúde é atravessado pelos diversos determinantes individuais, comportamentais, relacionais, de condições de vida e trabalho, bem como fatores culturais, socioeconômicos e ambientais⁶. Os DSS atuam de forma a construir vulnerabilidades a partir de condições sociais de existência distintas, nas quais os indivíduos experienciam estados de saúde e doenças profundamente desiguais⁶. Por exemplo, o Atlas de Violência de 2021, destaca que os casos de homicídio são mais frequentes entre as mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas (taxa de homicídio em mulheres no Brasil, em 2019: brancas = 2,5/100 mil habitantes; negras = 4,2/100 mil habitantes)⁸, o que evidencia a necessidade de um olhar mais atento e específico no que diz respeito às estratégias de combate à violência contra a mulher nas suas mais diversas especificidades.

Com o advento do novo coronavírus (Sars-CoV-2), no final de 2019, que levou a OMS a declarar a pandemia da doença do coronavírus 2019 (Covid-19) em março de 2020 e a consequente adoção do distanciamento físico como medida de controle da transmissão do vírus⁹, mudanças significativas ocorreram na vida de muitas pessoas, como, por exemplo, a necessidade de as famílias passarem mais tempo restritas ao espaço da casa, o que agravou o cenário de violência do País, evidenciado pelo aumento do número de denúncias de violência contra mulher e casos de feminicídio¹.

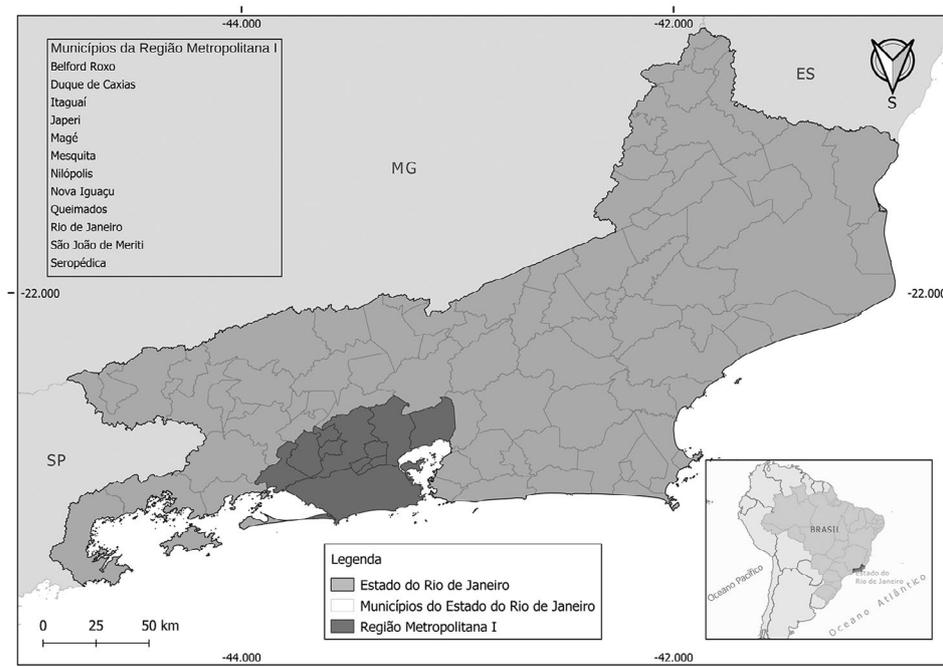
Todas essas questões sociais e sanitárias afetam diretamente a situação de saúde e doença e o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde⁶, negando a uma parcela da população o direito constitucional à saúde¹⁰. Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar de forma descritiva o perfil dos casos que acessaram os serviços de atendimento às

mulheres em situação de violência, avaliando de forma exploratória os DSS enquanto potenciais fatores relacionados à ocorrência de violência e às condições de acesso a este serviço, em uma unidade de saúde pública voltada ao atendimento materno-infantil e que também é referência para atendimento de mulheres em situação de violência, em 2020.

Material e métodos

O presente estudo observacional do tipo seccional foi conduzido utilizando dados secundários de acesso restrito, cedidos por um hospital maternidade localizado em São João de Meriti, na região metropolitana I do estado do RJ (*figura 1*).

Figura 1. Região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, Brasil



Fonte: *shapefiles*¹¹.

Esta unidade de saúde é referência para gestantes de alto risco na região metropolitana I do RJ, possuindo também atendimento de emergência de livre demanda. Nesta unidade funciona, desde 2010, o serviço de referência para o atendimento de mulheres em situação de violência. Esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, recebendo parecer favorável sob C.A.A.E. nº 44033321.0.0000.5240 (parecer nº 4.619.660, aprovado em março de 2022).

Coleta de dados

Foram incluídos na pesquisa todos os casos de violência contra a mulher atendidos na unidade de saúde no ano de 2020 e notificados pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia à Secretaria Municipal de Saúde, conforme a portaria vigente⁵.

A partir dos dados coletados nas fichas de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) das mulheres em situação de violência em 2020, foi construído um banco

de dados com as informações dos casos, além da informação acerca da realização de aborto legal decorrente de violência sexual. As variáveis coletadas foram: local de residência, idade, cor da pele, perfil socioeconômico (ocupação e escolaridade), situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, presença de transtorno/deficiência, forma de violência, ano de ocorrência, frequência de ocorrência, quantidade de agressores envolvidos, vínculo com agressor, sexo e idade do agressor, consumo de álcool pelo agressor, violência relacionada ao trabalho e realização do aborto previsto em lei (gestação indesejada decorrente de violência sexual). Para caracterização da forma de violência, os casos foram divididos em dois grupos: i) violência sexual e ii) outras violências, que inclui violência física, patrimonial, psicológica, autoprovocada e gestação em menor de 14 anos.

A unidade também forneceu dados sobre os casos de mulheres cujas crianças foram expostas ao HIV e mulheres cujas crianças foram notificadas para sífilis congênita. Estes dados compuseram os dois grupos de comparação, um referente a um agravo de notificação compulsória com menor subnotificação na unidade (exposição vertical ao HIV) e outro de maior prevalência de atendimentos na unidade (sífilis congênita). Para esses dois grupos, foram coletadas informações sobre as variáveis: local de residência, idade e perfil socioeconômico (ocupação e escolaridade; exceto para os casos de sífilis congênita, para os quais tais informações não estavam disponíveis na unidade).

Análise de dados

Foi realizada uma análise exploratória e descritiva do perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência no ano de 2020 na unidade de saúde, bem como das características dessas ocorrências. Foi calculada a média de atendimentos de violência na unidade.

Para verificar as diferenças sociodemográficas, foi realizada comparação dos dados demográficos e socioeconômicos das mulheres

em situação de violência entre si, por formas de violência e entre esses grupos de mulheres e os dois grupos de comparação. Também foram comparados os casos de violência sexual resultantes em gestação que tiveram acesso ao aborto legal e os que não realizaram o procedimento. Para tanto, foram utilizados os testes T; Fisher ou Qui-quadrado, ou Mann Whitney, conforme o tipo de variável analisada, utilizando o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – versão 19. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de p menor ou igual a 0,05.

O mapeamento e análise da distribuição espacial dos casos de violência foi realizado por forma de violência e local de residência, utilizando o programa de acesso livre Quantum GIS versão 3.18.1-Zürich. As análises foram realizadas por ponto (localização dos casos de violência) e por área (quando a informação estava agregada por município de residência), utilizando os *shapefiles* disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹.

Ademais, foi realizado o levantamento dos perfis de mulheres em situação de violência sexual, outras formas de violência e mulheres cujas crianças foram expostas ao HIV. Foi considerado como perfil o resultado da combinação das respostas de cada variável analisada (idade, cor da pele, escolaridade, município de residência e ocupação). Todas as variáveis foram transformadas em variáveis binárias – idade: até 29 anos / 30 anos ou mais; cor de pele: branca / preta ou parda (negra); escolaridade: até ensino médio completo / ensino superior; local de residência: dentro da região metropolitana I / fora da região metropolitana I; ocupação: fora do mercado de trabalho / inserida no mercado de trabalho. Dessa forma, foi possível agrupar as mulheres que compartilhavam o mesmo perfil, considerando, ao mesmo tempo, as respostas de todas essas variáveis.

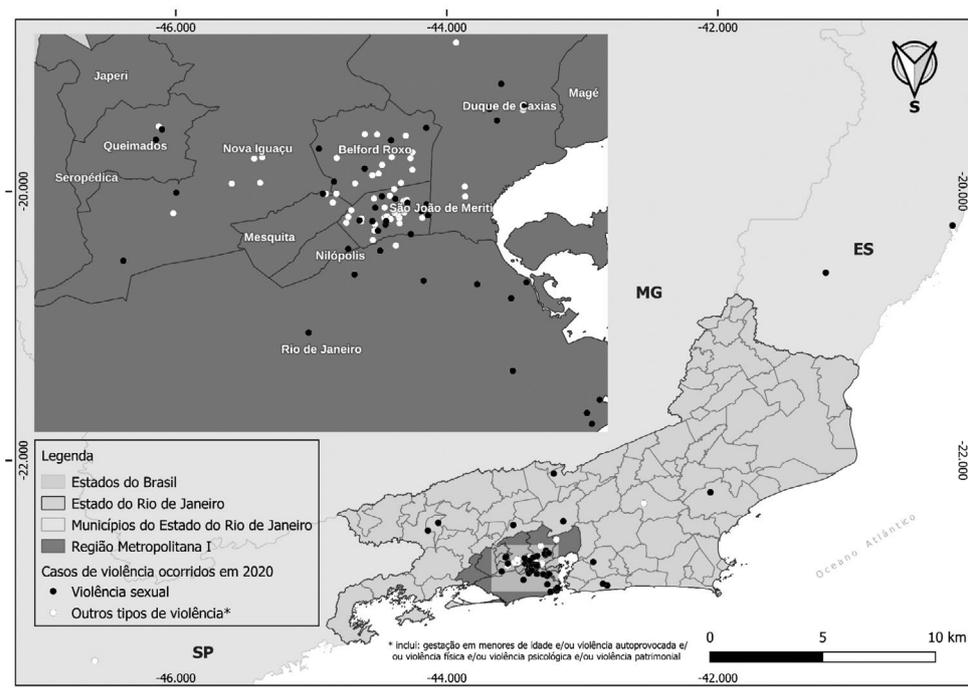
Os resultados apresentados consideram a frequência absoluta de mulheres que compartilham um dos perfis mais prevalentes em cada grupo considerado. Esse levantamento

de perfil também foi feito para mulheres em situação de violência sexual que resultou em gestação, considerando, em separado, as que realizaram o aborto legal e seguro e as que não realizaram o procedimento. A apresentação de todos os perfis encontrados em cada grupo de mulheres está disponível no material suplementar (S1). Como estratégia de verificação matemática dos perfis identificados, foi realizada análise de conglomerado hierárquico, cujos resultados estão disponíveis no material suplementar (S2). Para esta análise, foi utilizado o método conglomerado de ligação entre grupos e a distância euclidiana quadrática para dados binários como medida, com o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – versão 19.

Resultados

No ano de 2020 foram atendidos, em média, 10 casos de violência por mês na unidade, independentemente da forma de violência praticada contra a mulher. Foram analisados 578 registros, sendo 434 mulheres cujas crianças foram notificadas para sífilis congênita, 39 mulheres cujas crianças foram expostas verticalmente ao HIV, 51 casos de violência sexual e 54 casos de outras formas de violência. Embora a base territorial do hospital estudado seja a região metropolitana I do RJ, observamos mulheres de outras localidades do estado, e de fora do estado do RJ, atendidas neste serviço (*figura 2*).

Figura 2. Distribuição espacial dos casos de violência atendidos e notificados em uma maternidade pública referência para atendimento de vítimas de violência, Rio de Janeiro – Brasil, em 2020



Fonte: *shapefiles*¹¹.

*Outras formas de violência: violência física, patrimonial, psicológica, autoprovocada e gestação em menor de 14 anos.

Mulheres residentes em áreas fora da região metropolitana I foram mais frequentes entre aquelas em situação de violência do que entre os dois grupos de comparação (*tabela 1*). Especificamente dentre os casos de violência, as mulheres de fora da metropolitana I atendidas no hospital foram mais frequentes entre os casos de violência sexual do que entre casos de outras formas de violência.

Destacamos que entre as mulheres em situação de violência sexual residentes na metropolitana I, a violência ocorreu dentro deste território. Igualmente, os casos de violência sexual entre as residentes de outras localidades ocorreram fora da metropolitana I. Todavia, entre as outras formas de violência ocorridos fora da metropolitana I (n=2), um caso se refere a uma mulher residente no estado de São Paulo

e que esteve em situação de violência no município de São João de Meriti (RJ). Ademais, entre as residentes na metropolitana I que foram expostas a outras formas de violência, foi identificado um caso residente na cidade de Duque de Caxias (RJ) com a ocorrência da violência em outro estado (Maranhão).

Sobre educação formal, foi observado que mulheres em situação de violência sexual atendidas na unidade apresentaram maior nível de escolaridade do que aquelas expostas a outras formas de violências e os casos de HIV. Além disso, a maioria das mulheres inseridas no estudo estava fora do mercado de trabalho; porém, a frequência de mulheres empregadas foi maior entre as mulheres em situação de violência sexual, comparada aos casos de HIV (*tabela 1*).

Tabela 1. Análise descritiva, por tipo de agravo, das características demográficas e socioeconômicas das mulheres atendidas e notificados em um hospital maternidade, estado do Rio de Janeiro - Brasil, em 2020

Tipo de agravo	Outras formas de			
	Violência sexual	violência	HIV	Sífilis
n (%)	51 (8,8)	54 (9,3)	39 (6,7)	434 (75,1)
Idade em anos (mediana [amplitude]) ^a	25 [13-65]	22 [13-55]	25 [14-40]	-
Local de residência na metropolitana I ^b				
Sim	40 (78,4)	52 (96,3)	39 (100,0)	432 (99,5)
Não	11 (21,6)	2 (3,7)	0 (0,0)	2 (0,5)
Cor da pele				
Branca	19 (37,3)	11 (20,4)	8 (20,5)	-
Negra	32 (62,7)	43 (79,6)	31 (79,5)	-
Escolaridade				
Ensino Fundamental	8 (17,0)	27 (52,9)	21 (55,3)	-
Ensino Médio	28 (59,6)	20 (39,2)	15 (39,5)	-
Ensino Superior	11 (23,4)	4 (7,8)	2 (5,3)	-
Ocupação				
Fora do mercado de trabalho	29 (61,7)	39 (79,6)	33 (86,8)	-
Inserida no mercado de trabalho	18 (38,3)	10 (20,4)	5 (13,2)	-

Fonte: elaboração própria.

Valores em negrito representam valor de p menor que 0,05 (teste Qui-quadrado). ^aTeste utilizado: Mann-Whitney; ^bTeste utilizado: Fisher (HIV e Sífilis). Outras formas de violência = violência psicológica, física, autoprovocada, patrimonial e gestação em menores de 14 anos. Sífilis: dados não disponíveis para idade, cor da pele, escolaridade e ocupação.

Sobre as demais características, considerando a situação conjugal entre os grupos analisados, observamos uma maior prevalência de mulheres solteiras dentre os casos de violência

sexual e de mulheres casadas ou em união consensual entre as aquelas expostas a outras formas de violência (*tabela 2*).

Tabela 2. Análise descritiva das características dos casos de violência atendidos e notificados em um hospital maternidade, estado do Rio de Janeiro – Brasil, em 2020

Agravo	Violência sexual	Outras formas de violência
Situação conjugal da paciente		
Solteira/Separada/Viúva	46 (93,9)	39 (75,0)
Casada/União Consensual	3 (6,1)	13 (25,0)
Orientação sexual da paciente		
Heterossexual	25 (83,3)	29 (96,7)
Homossexual/Bissexual	5 (16,7)	1 (3,3)
Pessoa com deficiência/transtorno		
Sim	3 (7,5)	1 (2,6)
Não	37 (92,5)	38 (97,4)
Violência ocorreu outras vezes		
Sim	9 (23,1)	33 (84,6)
Não	30 (76,9)	6 (15,4)
Quantidade de agressores		
Um	45 (90,0)	48 (90,6)
Dois ou mais	5 (10,0)	5 (9,4)
Vínculo do agressor com a paciente		
Conhecido	33 (67,3)	49 (100,0)
Desconhecido	16 (32,7)	0 (0,0)
Sexo do agressor(a) ^a		
Masculino	50 (100,0)	47 (88,7)
Feminino	0 (0,0)	6 (11,3)
Faixa etária do agressor		
Adolescente (10-19 anos)	3 (7,7)	8 (17,8)
Adulto (20-59 anos)	34 (87,2)	36 (80,0)
Idoso (60 anos ou mais)	2 (5,1)	1 (2,2)
Uso de álcool pelo agressor		
Sim	16 (53,3)	11 (35,5)
Não	14 (46,7)	20 (64,5)
Violência relacionada ao trabalho		
Sim	1 (2,0)	0 (0,0)
Não	50 (98,0)	53 (100,0)

Fonte: elaboração própria.

Valores em negrito representam valor de p menor que 0,05 (teste Qui-quadrado). ^aTeste utilizado: Fisher. Outros tipos de violência = violência psicológica, física, autoprovocada, patrimonial e gestação em menor de 14 anos.

Para esse último grupo, também observamos uma maior frequência da ocorrência da agressão de forma repetida. As informações quanto à orientação sexual da mulher só estavam disponíveis para 60 casos. Destas, apenas 10% se declararam homossexual ou bissexual, tendo mais da metade delas relatado violência sexual (n=5). Sobre a identidade de gênero, apenas 85 casos dispunham dessa informação, sendo 100% destes preenchidos como ‘não se aplica’ (dados não apresentados em tabela).

Quanto à mulher em situação de violência ser uma pessoa com transtorno/deficiência, quatro das 79 mulheres para as quais se tinha essa informação eram pessoas com transtorno/deficiência (deficiência intelectual= 1; transtorno mental= 2; transtorno de comportamento= 1). Destas quatro mulheres, três (75%) viveram situações de violência sexual.

A maior parte dos casos de violência (90%) foi praticada por apenas um agressor. Todos os casos de outras formas de violências foram praticados por alguém conhecido da mulher, enquanto para violência sexual o agressor era conhecido da mulher em 67,3% dos casos. Os vínculos mais frequentes entre agressor e a mulher nos casos de exposição a outras formas de violência foram: cônjuge (35%), seguido do namorado (29%) e ex-cônjuge (12%) (dados não apresentados em tabela). Já entre os casos de violência sexual, os principais vínculos da mulher com o agressor foram: amigo (35%), namorado (8%) e cônjuge (6%).

A maioria dos casos de violência foram praticados por homens (94%), de 20 a 59 anos (83%). Apenas seis casos de violência foram praticados por mulheres, dos quais três foram tentativa de suicídio. Nenhum caso de

violência sexual foi praticado por mulheres. Apenas 61 casos tinham disponível a informação quanto ao consumo de álcool pelo agressor, dos quais 56% não fizeram uso do psicotrópico. Dentre os 105 casos de violência analisados, um foi relacionado ao trabalho, sendo este caso de violência sexual praticado contra uma profissional do sexo.

Foram identificados 17 perfis entre as mulheres em situação de violência sexual (S1 e S2). O perfil mais frequente (nove dos 44 casos com respostas válidas em todas as variáveis consideradas, correspondendo a 20,5% dos casos) foi de mulheres de até 29 anos de idade, negras, que estavam fora do mercado de trabalho, tinham até o ensino médio completo e que residiam na região metropolitana I. Entre mulheres expostas a outras formas de violência, foram identificados 10 perfis, sendo o mais frequente composto por mulheres de até 29 anos de idade, negras, com até o ensino médio completo, fora do mercado de trabalho e residentes na metropolitana I (21 dos 47 casos, 44,7% do total). Já entre as mulheres cujas crianças foram expostas ao HIV, foram identificados oito perfis, sendo o mais frequente também o perfil composto por mulheres de até 29 anos de idade, negras, com até o ensino médio completo, fora do mercado de trabalho e residentes na metropolitana I (20 dos 37 casos, 54,1% do total).

Por fim, entre as 34 mulheres em situação de violência sexual que resultou em gestação, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as características analisadas comparando as que realizaram aborto legal e as que não realizaram esse procedimento (tabela 3).

Tabela 3. Análise descritiva das características demográficas e socioeconômicas das mulheres em situação de violência sexual, gestantes atendidas e notificadas, em hospital maternidade, segundo a realização de aborto legal, estado do Rio de Janeiro – Brasil, 2020

Aborto legal	Não	Sim
N (%)	11 (32,4)	23 (67,6)
Idade em anos (mediana [amplitude]) ^a	25 [19-40]	28 [15-38]
Local de residência na metropolitana ^b		
Sim	9 (81,8)	14 (60,9)
Não	2 (18,2)	9 (39,1)
Cor da pele ^c		
Branca	4 (36,4)	13 (56,5)
Negra	7 (63,6)	10 (43,5)
Escolaridade ^b		
Até o Ensino Médio	9 (81,8)	14 (66,7)
Ensino Superior	2 (18,2)	7 (33,3)
Ocupação ^b		
Fora do mercado de trabalho	7 (70,0)	11 (52,4)
Inserida no mercado de trabalho	3 (30,0)	10 (47,6)

Fonte: elaboração própria.

Não foi observado valor de p menor que 0,05 para nenhuma variável (testes utilizados: ^aTeste T; ^bTeste de Fisher; ^cTeste Qui-quadrado).

Contudo, no levantamento de perfis realizado entre aquelas que acessaram o aborto legal e seguro, foram identificados 15 perfis de mulheres, sendo o mais frequente (três dos 19 casos, 15,8% do total) o de mulheres de até 29 anos, brancas, com até o ensino médio completo, residentes na região metropolitana I e fora do mercado de trabalho.

Considerando as mulheres que não realizaram o aborto legal (n=11), foram identificados sete perfis. O perfil mais frequente (três casos, 27,3% do total) foi composto por mulheres de até 29 anos, negras, com até o ensino médio completo, fora do mercado de trabalho e residentes na metropolitana I. Entre as 11 mulheres gestantes que não realizaram o aborto legal, sete casos não retornaram para a consulta de acompanhamento, um evoluiu com aborto retido, um teve parecer não favorável ao aborto pela equipe multidisciplinar e dois optaram por levar a gestação adiante. No que refere às duas mulheres que optaram por levar a gestação adiante, em um caso a violência foi praticada pelo companheiro e no outro pelo primo, tendo a gestação desta última evoluído com morte fetal.

Discussão

No presente estudo, os resultados evidenciaram um perfil socioeconômico e demográfico diferenciado entre os casos atendidos no serviço de acolhimento às mulheres em situação de violência comparado àquelas atendidas por outras causas no serviço de atenção materno-infantil, especialmente nos casos de violência sexual, com maior frequência de mulheres de regiões de fora da metropolitana I, maior escolaridade e inseridas no mercado de trabalho.

A maior frequência de mulheres em situação de violência sexual residentes em outras localidades, que não a base territorial da unidade de saúde, sugere que a rede de acolhimento de outros locais não seja suficiente¹². Outra possível explicação é que as iniciativas parceiras de divulgação do serviço de acolhimento tenham formado uma rede mais ampla que torna a unidade referência para mulheres de outras regiões, o que não acontece no caso do atendimento regular da unidade para gestação e cuidado neonatal.

Na comparação entre grupos observamos que, entre os casos de violência sexual, há mais mulheres com maior escolaridade do que nos grupos de comparação (outras violências e HIV). Contudo, quando essa variação intra-grupos foi analisada, tanto entre as mulheres em situação de violência sexual quanto entre aquelas expostas a outras formas de violência e mulheres cujas crianças foram expostas ao HIV, há maior presença de perfis compostos por jovens, negras e com baixa escolaridade. Tais resultados eram esperados, visto que a estrutura etária, a cor da pele e o grau de escolaridade identificados nesses perfis mais frequentes são condizentes com o perfil sociodemográfico dos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis e São João de Meriti, que fazem parte da região metropolitana I¹³ e os quais compõe a principal parcela da população atendida pela unidade de saúde analisada.

Os resultados observados reforçam a importância da realização de análises relacionais para identificar as características dos fenômenos que afetam a saúde da mulher. Isso exige, por parte de quem analisa, a sensibilidade analítica evocada por Akotirene¹⁴ e reivindicada, especialmente, pelo movimento de mulheres negras; sensibilidade esta que compõe o próprio conceito de interseccionalidade¹⁴. Esse conceito nos fornece base teórica-metodológica para a compreensão da inseparabilidade estrutural entre racismo, capitalismo e patriarcado heterocisnormativo¹⁴. Ao identificar e caracterizar essa estrutura, ficam explícitos os DDS¹⁵ que operam sobre os modos de vida, criando iniquidades e contextos diferenciados de vulnerabilidade¹⁶ e de agência. Assim, deve haver confluência entre as narrativas de interseccionalidade e de determinação social para que se possa entender as múltiplas realidades e condições de vida e de agência das mulheres e acolher, nas suas similaridades e especificidades, as diferentes situações de violência por elas vividas.

Corroborando os achados de um estudo realizado com mulheres em situação de violência

sexual atendidas em uma maternidade de referência na cidade do RJ¹⁴, os resultados observados na presente pesquisa mostram maior prevalência de mulheres solteiras entre os casos de violência sexual. Todavia, no que se refere à relação da mulher em situação de violência com o agressor, Penna e colaboradores¹⁷ identificaram maior prevalência de violência sexual praticada pelo agressor desconhecido da mulher, enquanto no presente estudo 67,3% dos casos de violência sexual foram causados por alguém identificável pela mulher, sendo 34,7% destas violências praticadas por amigo/conhecido e 14% pelo parceiro. Essa diferença observada pode estar, em parte, relacionada à mudança na dinâmica social imposta pela pandemia da Covid-19 no ano de 2020, período em que muitas mulheres ficaram mais restritas ao espaço da casa¹⁶.

Ainda no referido estudo¹⁷, foi identificado entre as mulheres expostas a outras formas de violência uma maior prevalência de mulheres casadas e uma maior frequência de casos praticados pelo parceiro íntimo (namorado ou marido/companheiro= 64%)¹⁷. Tais resultados foram semelhantes aos encontrados no presente estudo, onde verificamos que as outras formas de violências foram praticadas por alguém conhecido da mulher (cônjuge= 35%; namorado= 29%; ex-cônjuge= 12%; outros vínculos= 24%).

Observar mais mulheres casadas no grupo exposto a outras formas de violência, enquanto entre os casos de violência sexual se verificou mais mulheres solteiras, pode sugerir algumas dificuldades vividas pelas mulheres em situação de violência sexual praticada por parceiro íntimo em notificar o caso, desde a incriminação dos mesmos¹⁷, até a complexidade em nomear o ato de violência sexual em uma relação afetivo-sexual¹⁸. Isso se justificaria pela possível ação de pressupostos do amor romântico, valores socioculturais patriarcais da sociedade brasileira que demarcam a submissão da mulher e que as obrigam a estar disponíveis sexualmente para o companheiro, fatores que dificultam o entendimento de

que o ato sexual sem vontade da mulher, ou o ato sexual não consentido, é uma violência sexual¹⁴. Ademais, o fato de a maior parte dos casos de violência terem sido praticados por homens vai ao encontro de uma cultura na qual o processo de construção e socialização da identidade masculina hegemônica está ligado à violência¹⁹.

Sobre a orientação sexual, é sabido que mulheres homossexuais ou bissexuais vivem situações de violência sexual como punição (estupro corretivo) por seu comportamento social ou sexual em desacordo com a cis-heteronormatividade compulsória²⁰. Todavia, embora cinco dos seis casos de violência contra as mulheres que se declararam homossexuais ou bissexuais tenham sido sexual, os dados do presente estudo não são suficientes para identificar essa característica nestes casos de violência sexual.

Quanto à identidade de gênero, destacamos que todos os 85 casos com essa informação disponível foram preenchidos com ‘não se aplica’. O instrutivo de preenchimento da ficha de notificação orienta o preenchimento desta variável como ‘não se aplica’ “quando a identidade de gênero corresponder ao sexo biológico”²¹⁽⁴⁴⁾. Considerando que a categoria ‘não se aplica’ é geralmente utilizada quando o fenômeno em análise não é pertinente a determinado respondente, o texto do instrutivo pode demarcar um entendimento de que identidade de gênero não é aplicável a pessoa cisgênera, contribuindo para reproduzir a ideia de normalidade da cisgeneridade. Assim, é importante adequar essa variável para reconhecer a cisgeneridade como categoria de gênero identificável e válida para a notificação.

Destacamos a quantidade de dados ausentes para as variáveis sobre orientação sexual, identidade de gênero, deficiência/transtorno e consumo de álcool pelo(a) agressor(a). Isso pode estar relacionado à falta destas informações em outras fichas e formulários, não sendo costume registrá-las. Nesta direção, destacamos que apenas em 2014 as informações sobre gênero e orientação sexual foram incluídas na

ficha de notificação de violência, fruto dos esforços dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada e reflexo da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, publicada em 2013²². Além disso, os dados faltantes podem sugerir que estas questões ainda são sensíveis para muitos profissionais de saúde, o que dificulta a sua abordagem durante o acolhimento. Sobre este ponto, ressaltamos duas questões que contribuem para essa dificuldade: a percepção de que se trata de uma questão particular que não se relaciona com a saúde coletiva e as concepções de cunho moral e religioso²³.

Para a variável sobre deficiência/transtorno, apenas 79 dos 105 casos tiveram a informação registrada. Das quatro mulheres com deficiência/transtorno, três casos foram violência sexual, o que leva a reflexão sobre o contexto da situação de violência sexual entre mulheres que vivem com alguma deficiência. Para Passos, Telles e Oliveira²⁴, a “deficiência potencializa a invisibilidade social das mulheres”. Ainda segundo esses autores, mulheres que vivem com deficiência, considerada uma experiência de opressão e imposição social, têm menos condições de acesso à proteção contra a violência sexual e, frequentemente, são menos capazes de se defender dos agressores que, não raro, são pessoas próximas²⁴. Além disso, há aspectos que atuam como determinantes da invisibilidade sociojurídica que recaem sobre as mulheres que vivem com deficiência e que estão em situação de violência sexual, como por exemplo, a tendência de não credibilizar a denúncia²⁴.

Quanto ao consumo de álcool pelo agressor, ressaltamos que esse é um problema de saúde pública fortemente associado à morbimortalidade por causas externas, incluindo as violências²⁵. No entanto, é importante destacar a cultura de violência contra mulher como um processo que tem como principal motivador o patriarcalismo e a cultura que nasce dele²⁶. Neste sentido, é importante nunca justificar a violência contra mulher pelo uso abusivo de álcool, reduzindo a responsabilidade objetiva

do agressor, pois os efeitos do álcool dependem de fatores que são normas de comportamento socialmente construídas, como a cultura de violência de gênero^{25,27}.

Apenas um dos casos de violência foi relacionado ao trabalho, sendo um caso de estupro praticado contra uma profissional do sexo. O sexo construído a partir do sistema patriarcal, onde o controle sobre a mulher se dá, entre outras coisas, pelo controle da sua sexualidade, fundamenta o estigma ainda existente sobre a prostituição¹⁶. Esta perspectiva moralista que criminaliza a prostituição também normaliza as violências praticadas contra as profissionais do sexo, colocando-as em lugar de maior vulnerabilidade¹⁶, com maior chance de serem expostas a violência, tanto no ambiente doméstico como no local de trabalho²⁸. Siqueira²⁹ destaca que a violência praticada contra as profissionais do sexo é, antes de tudo, uma violência de gênero e uma violência contra LGBTQIAPNB+ que se reflete em todas as estruturas sociais, inclusive de trabalho, seja na prostituição ou em qualquer outra forma de trabalho.

No que se refere ao acesso ao aborto legal pelas mulheres em situação de violência sexual que resultaram em uma gestação, embora não tenhamos observado diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que acessaram o procedimento comparado as que não o acessaram, foram mais frequentes perfis constituídos por mulheres brancas e com ensino superior entre as que realizaram o aborto, do que entre as que não o fizeram, ou mesmo comparado aos perfis dos grupos anteriormente analisados.

Ainda que a palavra da mulher seja suficiente para atestar a violência sexual, na prática, os serviços de saúde adotam uma rotina pericial para averiguação da veracidade do relato da mulher para permitir o acesso ao aborto legal e seguro³⁰. Deste modo, muitas vezes, as características da mulher, como a liberdade sexual, são lidas pelos profissionais de saúde de modo a se dar menor credibilidade ao seu relato³⁰, dificultando, por meio do machismo,

racismo e do classismo, o acesso ao aborto pelas mulheres em situação de vulnerabilidade, seja de forma direta, pela negativa da equipe multiprofissional ao não relacionar a gestação à violência relatada pela mulher, ou indireta, ao desincentivar a busca do serviço de saúde pelas mulheres cujos direitos lhes são sistematicamente negados.

O presente estudo possui algumas limitações, dentre elas, não incluir as mulheres atendidas na unidade de saúde sem agravo de notificação compulsória, para representação da referida população hospitalar. Assim, foi possível apenas eleger alguns grupos de comparação, embora não representativos da população hospitalar de base. Outra limitação é a ausência das informações de idade, cor da pele, escolaridade e ocupação para as pacientes cujos filhos foram notificados para sífilis congênita. Considerando que os dados analisados no estudo se restringem aos casos atendidos no hospital avaliado, entendemos que não podemos afirmar que os casos que não chegaram à referida unidade não foram atendidos e notificados por outros estabelecimentos de saúde. Por outro lado, é sabido que os casos de violência contra mulher são extremamente subnotificados¹⁷, especialmente no cenário da pandemia da Covid-19¹. Deste modo, é provável que, devido às medidas de isolamento, inúmeros casos de mulheres em situação de violência no ano de 2020 tenham deixado de buscar a unidade de saúde¹, bem como tenham ocorrido casos de violência atendidos na unidade sem a devida realização da notificação pela equipe profissional.

Diante das dificuldades históricas de acesso aos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, especialmente por populações vulneráveis, agravadas pela emergência da Covid-19, este trabalho contribui para melhor compreensão do perfil dos casos de violência que acessaram o serviço na região metropolitana do RJ no primeiro ano da pandemia, período ainda pouco explorado, apontando para a influência dos fatores socioeconômicos e territoriais neste acesso. Ademais, esse

estudo mostrou a necessidade de revisão da ficha do Sinan de violência acerca das informações de identidade de gênero contribuindo, juntamente com publicações anteriores, para o aperfeiçoamento das informações para melhor compreensão da situação de saúde da população e consequente construção de políticas públicas efetivas.

Conclusões

Os resultados do estudo sinalizam um perfil socioeconômico e demográfico diferenciado entre os casos atendidos pelo serviço de acolhimento de mulheres em situação de violência e aqueles atendidos para cuidados materno e neonatal, com exceção da cor da pele (sem diferença estatisticamente significativa). Contudo, verificamos que, em números absolutos, a maior parte das mulheres atendidas em todos os grupos analisados eram negras, ao passo que a maior parte das mulheres que acessaram o aborto legal eram brancas.

Esse cenário provoca a reflexão sobre os DSS que condicionam o acesso da população aos serviços de saúde e de acolhimento de mulheres em situação de violência. Nesse sentido, esse estudo destaca a importância de repensar as políticas de apoio à mulher

em situação de violência numa perspectiva interseccional, atenta às condições territoriais, de raça/etnia e cor de pele, gênero, sexo, trabalho, corporeidade e identidade, classe e renda para que, de fato, se alcance de forma equânime as mulheres na sua complexidade social, demográfica e cultural, diminuindo os efeitos das opressões que se articulam de forma a contribuir para a manutenção e reprodução do machismo, do sexismo e da misoginia.

Uma vez que o setor de saúde assume para si a responsabilidade pela vigilância e acolhimento de casos de violência, é preciso que ele se organize atento não só aos casos de violência em si, que são apenas os efeitos de uma estrutura social. Por isso, se torna importante que tais serviços abordem os DSS que atravessam os casos de violência e que se organizem em uma lógica diferenciada das estruturas sociais onde esses elementos se manifestam e se reproduzem. Espera-se, com este trabalho, acrescentar esforços para este debate.

Colaboradores

Campos E (0000-0003-1604-8845)* e Pereira CAR (0000-0002-9922-1051)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Okabayashi NYT, Tassara IG, Casaca MCG, et al. Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil – impacto do isolamento social pela COVID-19. *Braz J Health Rev.* 2020; 3(3):4511-31.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa - Violência contra as mulheres. 2017. [acesso em 2021 fev 19]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820#:~:text=As%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas%20definem%20a,em%20vida%20p%C3%ABblica%20ou%20privada%22.
3. Organização Mundial da Saúde. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report. [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241593512.](https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241593512)
4. Pinafi T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. *Histórica -Rev Arq Público Est. São Paulo.* 2007; 21(3):17-26.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 217, de 1 de março de 2023. Altera o Anexo I do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para substituir o agravo “Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes” por “Acidente de Trabalho” na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. *Diário Oficial da União.* 1 Mar 2023.
6. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
7. Barbosa JPM, Lima RCD, Martins G B, et al. Interseccionalidade e Outros Olhares Sobre a Violência Contra Mulheres em Tempos de Pandemia pela COVID-19. [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: [https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328/version/335.](https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328/version/335)
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Atlas da Violência: um retrato da violência no Brasil.* 2021. [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/.](https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/)
9. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(supl1):2423-46.
10. Oliveira RG, Cunha AP, Gadelha AGS, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(9):e00150120.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Geociências 2018.* [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: [https://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm.](https://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm)
12. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(12):e00085321.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades@.* 2010. [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: [https://cidades.ibge.gov.br/.](https://cidades.ibge.gov.br/)
14. Akotirene C. *Interseccionalidade.* São Paulo: Pólen Produção Editorial LTDA; 2019.
15. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007; 17(1):77-93.
16. Barbosa MD, Borges PCC. Trabalho Sexual, Estupro e Sistema de Justiça Criminal: uma análise crítica a partir do feminismo de terceiro mundo. *Rev Eletr. Curso Direito UFSM.* 2017; 12(2):387.

17. Penna LHG, Antunes TCS, Santos TPS, et al. Caracterização da violência sexual vivida por mulheres atendidas em unidade hospitalar de referência. *Rev Enferm Atual Derme*. 2017; 81(19).
18. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad. Saúde Pública*. 2005; (21):417-25.
19. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(1):59-70.
20. Costa LSD. A Prática Delitiva do Estupro Corretivo e a Heteronormatividade Compulsória: Um Estudo Acerca da Correlação Entre Crime e Patriarcado. *Rev Direito E Sex*. 2021; 2(1):50-65.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpersoal_autoprovocada_2ed.pdf.
22. Baldigen AA, Garcia TC, Silva MM, et al. Mulheres lésbicas e violência: Análise das notificações de violência no Estado do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Estud Homocultura*. 2021; 3(11):46-61.
23. Polidoro M, Cunda BV, Oliveira DC. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2018. *Saúde Redes*. 2020; 6(2):195-206.
24. Passos RL, Telles FSP, Oliveira MHB. Da violência sexual e outras ofensas contra a mulher com deficiência. *Saúde debate*. 2019; 43(esp4):154-64.
25. Organização Mundial da Saúde. Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020. [Sem local]: Pan American Health Organization; 2021. [acesso em 2022 maio 26]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53579>.
26. Monteiro PG. A guerra dos homens e a vida das mulheres. As interfaces entre planejamento urbano, violência contra a mulher e segurança pública no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Estud Urbanos E Reg*. 2021 [acesso em 2022 nov 8]; (23)1-28. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/6633>.
27. Organização Pan-Americana da Saúde. Álcool e violência. Washington, D.C.: Organização Pan-americana da Saúde; 2021. [acesso em 2022 nov 8]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55183/OPASNMHMH210035_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
28. Lima FSS, Merchán-Hamann E, Urdaneta M, et al. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(2).
29. Siqueira I. “É mais seguro ser puta do que esposa no Brasil”. @Pheeno TV. YouTube, 2020 ago 20. [acesso em 2022 nov 6]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=f7c4_emzjBA.
30. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev Bioét*. 2014; 22(2):291-8.

Recebido em 08/12/2022
Aprovado em 03/05/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Prevalência de Violência Sexual com contato e sem contato contra homens brasileiros e fatores associados a sexo forçado

Prevalence of contact and non-contact sexual violence against Brazilian men and factors associated with forced sex

Priscila Albernaz Costa Arruda¹, André Campos¹, Carla Arrais Pimentel Abreu¹, Diogo Vaz da Silva Junior², Denis Gonçalves Ferreira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313809

RESUMO Objetivou-se estimar a prevalência da Violência Sexual (VS) contra homens brasileiros e fatores associados. Estudo transversal, que estimou a prevalência de várias formas de VS entre homens brasileiros por meio de questionário virtual. Participaram do estudo 1.241 homens de todos os estados. A maioria era jovem, entre 18 e 39 anos de idade (61,7%), heterossexual (50,2%), do Sudeste (54,4%), das classes socioeconômicas C/D/E (72,1%) e brancos (64,3%). Sobre as prevalências de VS, 70,5% afirmaram ter sofrido VS sem contato, 43,1%, VS com contato, 23,9%, VS com penetração, e 33,1%, sexo forçado. Ser bissexual, ser homossexual e ser divorciado/separado aumentaram as chances de sofrer sexo forçado. Este estudo indica que homens bissexuais e homossexuais têm mais chances de sofrer VS, corroborando outras pesquisas. Entre divorciados/separados, as chances de sofrer VS também se mostraram significativas e precisam ser mais bem exploradas. O estudo oferece a possibilidade de problematização para acolhimento de homens vítimas de VS, pensando majoritariamente na prevenção de efeitos adversos após a violência e na implantação de políticas públicas da área da saúde mais direcionadas para o público-alvo, considerando os principais fatores associados.

PALAVRAS-CHAVE Delitos sexuais. Abuso sexual na infância. Saúde do homem. Política de saúde. Estudos transversais.

ABSTRACT *We aimed to estimate the prevalence of sexual violence against Brazilian men and associated factors. A cross-sectional study was conducted, which estimated the prevalence of various forms of sexual violence among Brazilian men by means of a virtual questionnaire. A total of 1241 men from all Brazilian states participated in the study. Most participants were young men between 18 and 39 years (61.7%), heterosexual (50.2%), from the Southeast (54.4%), from socioeconomic classes C/D/E (72.1%), and white (64.3%). Regarding the prevalences of sexual violence, 70.5% reported non-contact sexual violence, 43.1% sexual violence with contact, 23.9% sexual violence with penetration, and 33.1% forced sex. Being bisexual homosexual, and being divorced/separated increased the odds of experiencing forced sex. This study indicates that bisexual and homosexual men are more likely to suffer sexual violence, corroborating other research. Among divorced/separated men the chances of experiencing sexual violence were also significant and need to be further explored. The study offers the possibility of problematization for the care of male victims of sexual violence, focusing mainly on the prevention of adverse effects after violence and the implementation of public policies in health that are more directed to the target audience, considering the main associated factors.*

KEYWORDS. *Sex offenses. Child abuse, sexual. Men's health. Health policy. Cross-sectional studies.*

¹Centro Universitário de Várzea Grande (Univag) - Várzea Grande (MT), Brasil.
denis.ferreira@univag.edu.br

²Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), Plano Ação Rua - Porto Alegre (RS), Brasil.



Introdução

O tema da violência tem sido estudado há longa data no campo das ciências sociais. Na área da saúde, contudo, ele foi introduzido recentemente em decorrência da percepção de que as situações de violência impactam diretamente no bem-estar dos sujeitos¹. A compreensão sobre os agravos à saúde fez com que o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) se posicionassem sobre o tema. Em 2001, o MS publicou o documento intitulado ‘Política Nacional de Redução de Mortalidade por Acidentes e Violência’². Na mesma direção, a OMS publicou, em 2002, o ‘Relatório Mundial sobre Violência e Saúde’³, definindo violência como aquilo que afeta a saúde e o bem-estar dos indivíduos e identificando a violência como um problema grave de saúde pública.

Nos estudos sobre violência, é possível identificar evidências de que algumas formas persistem no tempo e se estendem por diversas culturas^{1,4}, como é o caso da Violência Sexual (VS); e, embora o MS e a OMS tenham se posicionado apenas no começo dos anos 2000, estudos já indicavam que a VS se tratava de um problema de grande magnitude⁵.

No Brasil, tem-se a publicação anual do ‘Relatório do Disque Direitos Humanos – Módulo Criança e Adolescente’, indicando que, no ano de 2020⁶, 82% das notificações de VS realizadas foram contra meninas e 18% contra meninos. De acordo com uma revisão de literatura sobre VS no Brasil, a prevalência de VS autodeclarada entre meninas e mulheres varia de 1% a 40%, e entre meninos e homens, de 2% a 35%⁷. Com relação à diferença nas notificações encontradas entre os gêneros das vítimas, Hohendorff e colaboradores⁸ sustentam que não é possível afirmar que a VS contra meninos se trata de um problema de menor magnitude em comparação às meninas em decorrência, justamente, dos problemas de subnotificação que são retroalimentados pela cultura machista.

Em 2019, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou a mais recente Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que pela primeira vez incluiu questões sobre VS. De acordo com a PNS, a prevalência de VS entre brasileiros/as com 18 anos ou mais nos últimos 12 meses antes da entrevista ou ao longo da vida foi de 5,9%; e, quando analisado apenas contra homens, foi de 2,5%, o que representaria cerca de 2 milhões de homens com 18 anos ou mais vítimas de VS⁹. Embora a PNS represente um grande avanço na produção de dados para formulação de políticas públicas, as informações que se tem sobre VS contra homens brasileiros ainda são insuficientes, o que já apontava Hohendorff e colaboradores em 2012⁸.

Além dos problemas da subnotificação e dos poucos dados representativos com os homens da população geral, outros estudos indicam que determinados grupos podem ser mais vulneráveis à VS, por exemplo, os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), bissexuais e homossexuais^{10,11}. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo estimar a prevalência da VS contra homens brasileiros e fatores associados, buscando contribuir para a construção de ações estratégicas a ser adotadas por políticas públicas no País.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, que estimou a prevalência de VS entre homens brasileiros por meio de questionário virtual (Google Forms). Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Várzea Grande (protocolo CAAE 37312020.0.0000.5692, parecer CEP 4.286.977).

Os participantes foram recrutados por meio da internet mediante divulgação em redes sociais (Facebook e Instagram), além de o questionário ter sido publicado no *site* da primeira Organização Não Governamental (ONG) brasileira que oferece suporte psicológico para

homens vítimas de VS, a Memórias Masculinas. A pesquisa foi também amplamente divulgada pelo WhatsApp na rede de contato dos pesquisadores. Foram considerados elegíveis para participação homens, acima de 18 anos, que sinalizaram voluntariamente o consentimento no formulário virtual.

A coleta de dados foi realizada por meio de bloco de informações, sendo inicialmente coletadas informações sociodemográficas, tais como: sexo, identidade de gênero, orientação sexual, localidade de moradia, idade, grau de instrução, raça/cor, *status* religioso, situação conjugal e renda. Posteriormente às respostas sobre as características pessoais dos participantes, utilizou-se o questionário National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), para investigar situações de VS com ou sem contato. O NICHD é um instrumento amplamente utilizado e nacionalmente validado¹² para rastreamento de VS entre crianças e adolescentes. Além desse instrumento, utilizou-se a pergunta: 'Alguma vez na vida alguém forçou você a ter relações sexuais?', com possibilidade de resposta dicotômica (Sim/Não).

Foram realizadas análises descritivas, e calculada a prevalência de VS com contato, sem contato, com penetração e sexo forçado. A variável VS sem contato foi obtida por meio das perguntas do NICHD que não incluíam contato físico, por exemplo: exposição à pornografia, conversas sexuais e exibicionismo. A variável VS com contato também foi extraída das perguntas do NICHD em que as situações de violência tinham contato físico, mas sem penetração (masturbação por cima ou por baixo da roupa, beijos ou abraços de forma sexual forçados, contato com os genitais sem penetração etc.). Por fim, a variável VS com penetração foi conseguida das perguntas do NICHD que incluíam penetração oral, vaginal e anal com genitais, dedos e objetos. Estimou-se também a prevalência de sexo forçado ao menos uma vez na vida a partir da pergunta 'Alguma vez na vida alguém forçou você a ter relações sexuais?'. Ter sofrido sexo forçado

pelo menos uma vez na vida foi considerada variável de desfecho. A associação entre as variáveis selecionadas e o sexo forçado foi analisada por meio do teste de qui-quadrado. A partir dos resultados, foram selecionadas as variáveis que estiveram associadas com o desfecho com valor de $p \leq 0,20$ para compor as análises uni e multivariadas. O modelo foi ajustado por idade, escolaridade e nível socioeconômico. Calculou-se a Odds Ratio (OR), e respectivos intervalos de confiança de 95%, por meio da Regressão Logística no STATA (versão 15.1).

Resultados

A amostra foi composta por 1.241 pessoas do gênero masculino, maiores de 18 anos de idade de todos os estados brasileiros. Na sua maioria, os participantes eram pessoas entre 18 e 39 anos de idade (61,7%), do sexo masculino (99,5%), visto que também foram incluídas pessoas trans e não binárias, heterossexuais (50,2%), da região Sudeste (54,4%), das classes socioeconômicas C/D/E (72,1%), brancos (64,3%), pertencentes a alguma religião (54,4%), solteiros (53,8%), com mais de 12 anos de estudo (99,1%) e vítimas de violência física (59,2%) (*tabela 1*).

Em relação às características pessoais e as VS sofridas, os participantes entre 25 e 39 anos, bissexuais, nortistas, de classe socioeconômica D, pretos ou pardos, sem religião, divorciados ou separados, com menos de 12 anos de estudo foram os que mais sofreram VS sem contato. Essas maiorias se repetem também entre os participantes que foram vítimas de VS com contato, com exceção da região do País, sendo os nordestinos a maioria e os pertencentes a alguma religião. Por outro lado, a faixa etária de 40 a 59 anos, bissexuais, nordestinos, pertencentes à classe socioeconômica C, amarelos ou indígenas, pertencentes a alguma religião, divorciados ou separados, com menos de 12 anos de estudo foram os que mais sofreram situações de VS com penetração (*tabela 1*).

Entre as características dos participantes e a associação com o tipo de violência, estiveram associados a VS sem contato, orientação sexual, região do País, classe socioeconômica, situação conjugal e ter sofrido violência física. Em relação à VS com contato, estiveram

associados: sexo de nascimento, orientação sexual, região do País, raça e histórico de violência física. Por fim, estiveram associados à VS com penetração: faixa etária, orientação sexual, região do País, *status* religioso e situação conjugal (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas segundo as experiências de Violência Sexual com contato, sem contato, com penetração, Brasil, 2021, (n=1.241)

	Violência Sexual						
	Total n (%)	Sem contato n (%)	p valor	Com contato n (%)	p valor	Com penetração n (%)	p valor
<i>Idade</i>							
18 a 24 anos	249 (20,06)	172 (69,0)		126 (50,6)		41 (16,4)	
25 a 39 anos	766 (61,72)	552 (72,0)		455 (59,4)		188 (24,5)	
40 a 59 anos	201 (16,2)	135 (67,1)		113 (56,2)		61 (30,3)	
60 anos ou mais	25 (2,01)	16 (70,51)	0.43	11 (44,0)	0.05	7 (28,0)	<0.01
<i>Sexo</i>							
Feminino	6 (0,48)	6 (100)		6 (100)		1 (16,6)	
Masculino	1.235 (99,52)	869 (70,3)	0.11	699 (56,6)	0.03	296 (23,9)	0.67
<i>Orientação sexual</i>							
Heterossexual	624 (50,28)	424 (67,9)		320 (51,2)		109 (17,4)	
Bissexual	171 (13,78)	128 (74,8)		108 (63,1)		59 (34,5)	
Homossexual	431 (34,73)	314 (72,8)	0.14	268 (62,1)	<0.01	127 (29,4)	<0.01
<i>Região</i>							
Centro-Oeste	172 (13,86)	106 (61,6)		88 (51,1)		30 (17,4)	
Nordeste	176 (14,18)	139 (78,9)		124 (70,4)		61 (34,6)	
Norte	29 (2,34)	25 (86,2)		16 (55,1)		9 (31,0)	
Sudeste	676 (54,47)	469 (69,3)		372 (55,0)		153 (22,6)	
Sul	188 (15,15)	136 (72,3)	<0.01	105 (55,8)	<0.01	44 (23,4)	<0.01
<i>Nível socioeconômico</i>							
Classe A	101 (9,39)	71 (70,3)		60 (59,4)		20 (19,8)	
Classe B	198 (18,4)	131 (66,1)		106 (53,5)		47 (23,7)	
Classe C	489 (45,45)	353 (72,1)		286 (57,4)		124 (25,3)	
Classe D	249 (23,14)	191 (76,7)		150 (60,24)		61 (24,5)	
Classe E	39 (3,62)	22 (56,4)	0.032	22 (56,4)	0.68	11 (28,2)	0.78
<i>Raça/Cor</i>							
Branca	798 (64,3)	551 (69,0)		435 (54,5)		183 (22,9)	
Preta ou Parda	411 (33,12)	299 (72,7)		248 (60,3)		105 (25,5)	
Amarela/Indígena	32 (2,58)	25 (78,5)	0.25	22 (68,7)	0.05	9 (28,1)	0.51
<i>Religião</i>							
Sim	656 (54,49)	457 (69,6)		370 (56,4)		169 (25,7)	
Não	548 (45,51)	390 (71,1)	0.57	308 (56,2)	0.94	119 (21,7)	0.10

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas segundo as experiências de Violência Sexual com contato, sem contato, com penetração, Brasil, 2021, (n=1.241)

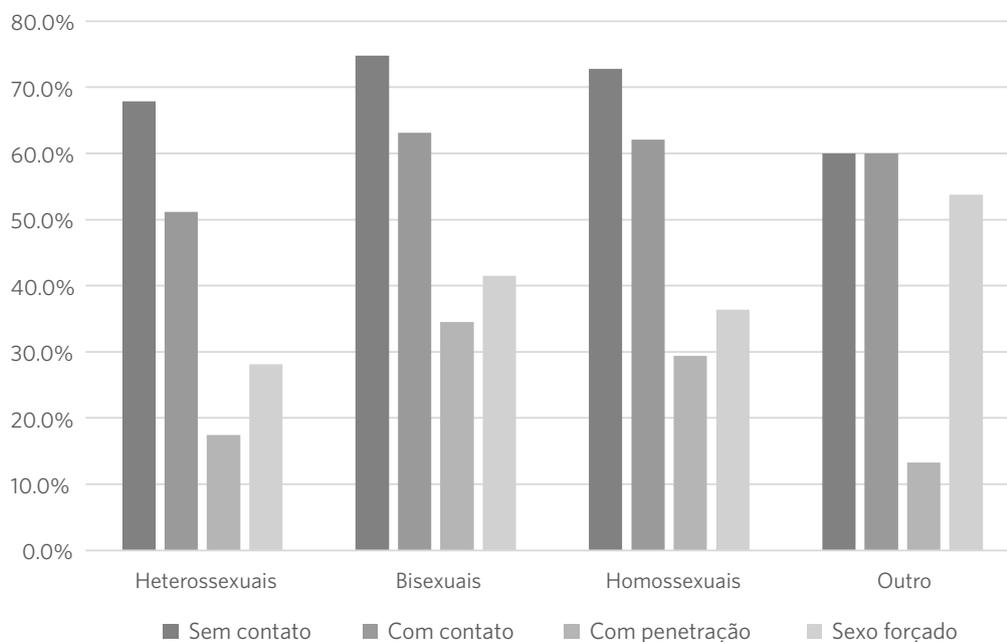
	Violência Sexual						
	Total n (%)	Sem contato		Com contato		Com penetração	
		n (%)	n (%)	p valor	n (%)	p valor	n (%)
<i>Situação conjugal</i>							
Casado	510 (41,4)	364 (71,3)		301 (59,0)		124 (24,3)	
Solteiro	663 (53,81)	456 (68,7)		363 (54,75)		151 (22,7)	
Divorciado/separado	59 (4,79)	47 (79,6)	0.17	35 (59,3)	0.31	21 (35,5)	0.08
<i>Escolaridade</i>							
12 anos ou mais	1.227 (99,11)	868 (45,4)		697 (56,8)		294 (23,9)	
Menos de 12 anos	11 (0,89)	6 (54,5)	0.24	6 (54,5)	0.88	3 (27,2)	0.79
<i>Violência física</i>							
Sim	759 (59,28)	330 (66,0)		269 (53,8)		118 (23,6)	
Não	500 (40,72)	536 (73,63)	<0.01	430 (59,0)	0.06	177 (24,3)	0.77

Fonte: elaboração própria.

Referente à orientação sexual e as formas de VS, foi possível observar que, entre os homossexuais – e, principalmente, entre os bissexuais –, as prevalências de todas as formas de VS foram mais altas. Foi possível perceber

também que a VS sem contato é a mais prevalente, independentemente da orientação sexual, seguida da VS com contato, enquanto a VS com penetração foi menos prevalente para qualquer orientação sexual (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Prevalência de violência sexual contra homens brasileiros a partir da orientação, Brasil, 2021, (n=1241)



Fonte: elaboração própria.

Com relação à prevalência dos tipos de VS, as formas de violência sem contato são as mais prevalentes (70,5%), seguidas de com contato (43,1%) e com penetração (23,9%). No que diz respeito a sexo forçado, a prevalência foi de 33,1% (tabela 2).

Tabela 2. Prevalência dos tipos de Violência Sexual entre homens brasileiros, 2021, (n=1.241)

	N	%
Violência Sexual sem contato		
Sim	875	70,5
Não	366	29,4
Violência Sexual com contato		
Sim	536	43,1
Não	705	56,8
Violência Sexual com penetração		
Sim	297	23,9
Não	944	76,0
Sexo forçado		
Sim	399	33,1
Não	803	66,1

Fonte: elaboração própria.

Sobre a prevalência de sexo forçado, a partir das características dos participantes, observou-se que a faixa etária de 25 a 39 anos foi a mais vitimada (34,3%), sem diferença em relação ao sexo; seguida de bissexuais (41,5%), nortistas (41,3%), pessoas da classe A (41,0%), pretos ou pardos (36,6%), pertencentes a alguma religião (35,8%), divorciados/separados (49,1%), com mais de 12 anos de estudo (33,1%) e que sofreram também violência física (35,2%). Estiveram associados ao sexo forçado: a orientação sexual (p valor <0.01), a raça (p valor 0.19), a religião (p valor 0.01), a situação conjugal (p valor 0.01) e a violência física (p valor 0.17) (tabela 3).

No modelo univariado, bissexuais (OR 1.81; IC95%: 1.27-2.59), homossexuais (OR 1.46; IC95%: 1.12-1.91), homens da classe B (OR 0.61; IC95%: 0.37-1.0), sem religião (OR 0.73; IC95%: 0.57-0.94) e divorciados/separados (OR 2.20; IC95%: 1.27-3.84) foram os que apresentaram risco para sofrer sexo forçado. No modelo final, apenas ser bissexual (OR 1.69; IC95%: 1.13-2.54), homossexual (OR 1.40; IC95%: 1.02-1.92), ser da classe B (OR 0.57; IC95%: 0.32-0.99), C (OR 0.64; IC95%: 0.39-1.04), E (OR 0.39; IC95%: 0.15-1.02) e ser divorciado/separado (OR 2.48; IC95%: 1.34-4.57) mantiveram-se independentemente associados a sexo forçado.

Tabela 3. Prevalência de sexo forçado a partir das características dos participantes e análises uni e multivariada, Brasil, 2021, (n=1241)

	Sexo forçado n (%)	p value ^a	OR (IC95%)	OR (IC95%)
<i>Idade</i>				
18 a 24 anos	69 (28,4)		-	-
25 a 39 anos	254 (34,3)		1.31 (0,95-1,81)	1.43 (0,97-2,10)
40 a 59 anos	66 (33,8)		1.29 (0,85-1,93)	1.55 (0,94-2,55)
60 anos ou mais	10 (41,6)	0.28	1.80 (0,76-4,24)	2.62 (0,94-7,29)
<i>Sexo</i>				
Feminino	2 (33,3)		-	-
Masculino	397 (33,1)	0.99	-	-
<i>Orientação sexual</i>				
Heterossexual	169 (28,1)		-	-
Bissexual	69 (41,5)		1.81 (1,27-2,59)	1.69 (1,13-2,54)
Homossexual	154 (36,4)	<0.01	1.46 (1,12-1,91)	1.40 (1,02-1,92)
<i>Região</i>				
Centro-oeste	53 (31,7)		-	-
Nordeste	66 (39,7)		-	-
Norte	12 (41,3)		-	-
Sudeste	208 (31,5)		-	-
Sul	60 (33,3)	0.27	-	-
<i>Nível socioeconômico</i>				
Classe A	39 (41,0)		-	-
Classe B	59 (30,1)		0.61 (0,37-1,0)	0.57 (0,32-0,99)
Classe C	157 (33,1)		0.71 (0,45-1,11)	0.64 (0,39-1,04)
Classe D	83 (34,7)		0.76 (0,46-1,24)	0.68 (0,40-1,15)
Classe E	11 (28,9)	0.40	0.58 (0,25-1,31)	0.39 (0,15-1,02)
<i>Raça/ Cor</i>				
Branca	243 (31,4)		-	-
Preta ou Parda	146 (36,68)		1,26 (0,97-1,62)	1,18 (0,88-1,57)
Outra	10 (31,2)	0.19	0,98 (0,46-2,12)	1,17 (0,45-3,04)
<i>Religião</i>				
Sim	230 (35,8)		-	-
Não	154 (29,2)	0.01	0,73 (0,57-0,94)	0,77 (0,58-1,02)
<i>Situação conjugal</i>				
Casado	149 (30,4)		-	-
Solteiro	219 (33,9)		1,17 (0,91-1,51)	1,10 (0,80-1,50)
Divorciado/separado	28 (49,1)	0.01	2,20 (1,27-3,84)	2,48 (1,34-4,57)
<i>Escolaridade</i>				
12 anos ou mais	394 (33,1)		-	-
Menos de 12 anos	3 (30,0)	0.83	0,86 (0,22-3,36)	1,29 (0,29-5,61)
<i>Violência física</i>				
Sim	174 (35,2)		-	-
Não	221 (31,5)	0.17	0,84 (0,66-1,07)	0,83 (0,63-1,10)

Fonte: elaboração própria.

^aValor de p do teste de qui-quadrado.

Discussão

A partir dos resultados desta investigação, foi possível observar que os homens bissexuais e homossexuais têm maiores chances de sofrerem VS se comparados com os heterossexuais. Na mesma direção desses resultados, um estudo realizado em alguns municípios do interior de São Paulo estimou uma prevalência de VS aproximadamente duas vezes maior em adolescentes não heterossexuais do que em heterossexuais¹³. Outra pesquisa realizada com jovens na Califórnia (Estados Unidos da América – EUA) identificou que, de todas as formas de assédio e VS investigadas, exceto o assédio sexual cibernético, as pessoas que se identificaram como LGBTQIA+ foram as vítimas mais frequentes¹⁴.

Estudo realizado em Washington, DC, identificou que o grupo de HSH que sofreram VS na infância representa um número expressivamente maior quando comparado a homens heterossexuais¹⁵. Uma possível explicação para esse resultado pode estar relacionada com a tensão produzida pela construção social do homem como ser universal, ou seja, a ideia de que os homens possuem o mesmo repertório de comportamentos, sentimentos e relações; e, nesse sentido, os homens bissexuais e homossexuais produzem uma tensão ao não corresponderem com o comportamento hegemônico do ser homem. De acordo com Silva Junior e Silva¹⁶, os homens bissexuais e homossexuais, ao não representarem o ideal viril, que se relaciona sexualmente apenas com mulheres, tornam-se passíveis de violências como uma forma de correção. Os violentadores podem, ainda, sentir-se autorizados a atos não consentidos por considerarem que homens bissexuais e homossexuais estão preparados ou autorizados aos abusos.

Assim como os homens bissexuais e homossexuais, os separados e/ou divorciados também apresentaram maior risco de serem vítimas de violência. Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível identificar em que momento na história de vida o sexo forçado

aconteceu, mas a hipótese é de que os homens vítimas de VS apresentam, como consequência da violência, uma série de problemas relacionados com saúde mental e bem-estar, podendo, inclusive, dificultar na manutenção das relações interpessoais. Nessa hipótese, reforçada a partir dos resultados de uma pesquisa teórica sobre VS contra meninos e homens⁸, é possível identificar evidências de que meninos e homens vítimas de VS apresentam problemas na manutenção de relações íntimas e dificuldades interpessoais. Com as mulheres esse fenômeno também foi observado: uma revisão integrativa realizada para identificar consequências na satisfação sexual de mulheres que foram vítimas concluiu que elas podem apresentar dificuldade para manter relações íntimas¹⁷. Nesse sentido, mais estudos com abordagens metodológicas distintas para explicar melhor esse resultado entre os homens são necessários; todavia, é possível que os homens vítimas de VS possam ter problemas de ajustamento social, não conseguindo permanecer em relações amorosas estáveis.

Na presente amostra, a prevalência de VS sem contato foi muito maior do que as situações de violência com contato e com penetração. Uma revisão sobre VS contra homens, que incluiu estudos dos EUA, Canadá e outros países, concluiu que a prevalência de violência variou de 1% para estupro a 30% para qualquer forma de contato sexual coercitivo¹⁸. Uma pesquisa realizada entre HSH chineses, que estimou a prevalência de VS com e sem contato, indicou que a prevalência da VS sem contato foi maior que a da violência com contato, 36,2% e 29,8% respectivamente¹⁹.

Esse cenário também se repete em situações com crianças e adolescentes. De acordo com uma pesquisa realizada em Salvador, na Bahia, concluiu-se que os atos libidinosos em crianças da faixa etária ‘até 12 anos’ representaram 59%, enquanto os atos considerados relação sexual, que envolveram sexo oral e relações sexuais vaginal e anal, foram de 18,18%²⁰. Provavelmente, a preferência da prática de atos não penetrativos por parte do abusador seja

maior devido ao fato de não deixarem marcas e vestígios do crime na vítima, dificultando, assim, a coleta de material para comprovação da violência e identificação do criminoso, o que também afasta o violentador da acusação do crime.

É importante destacar que as prevalências de VS com contato e sem contato, as experiências de violência que incluem conversas sexuais, exposição a pornografia, toques, carícias, beijo forçado, entre outras, foram expressivamente altas. O fato de haver poucas pesquisas com amostras representativas da população masculina brasileira e se tratar de um assunto bastante delicado em que há um problema gravíssimo na subnotificação⁸ impede de concluir que isso representa a realidade dos homens da população geral. Além disso, a pesquisa foi divulgada no *site* e nas redes sociais da ONG Memórias Masculinas, que oferece suporte psicológico para homens brasileiros vítimas de VS, podendo caracterizar um viés de seleção. Assim, é provável que os homens que tiveram acesso à pesquisa pelo *site* pudessem estar procurando ajuda. Nesse sentido, essa é uma limitação deste estudo. Por outro lado, em relação às prevalências de sexo forçado e/ou VS com penetração, os dados são similares aos já encontrados em populações masculinas.

Outra característica deste estudo foi ter incluído na amostra homens transexuais. Isso pode ter afetado os resultados já que todos os homens trans que participaram do estudo foram vítimas de VS sem contato e com contato. Novamente, por se tratar de um estudo transversal, em que não era o objetivo estabelecer uma relação causal, não se sabe se os homens trans sofreram essas violências ainda quando pertenciam ao gênero feminino ou se essas violências aconteceram enquanto homens. O que se sabe é que os homens trans têm sido expostos a situações de VS como uma forma de corrigir algo que poderia causar a transgeneridade neles²¹, o que se considera completamente absurdo e inadmissível. De todo modo, reforça-se que os profissionais

de saúde precisam estar aptos para acolher esses e todos os homens, ajudando-os a evitar consequências dessas violências.

Considerações finais

Conhecer a prevalência de VS contra homens no Brasil é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de combate a tal transgressão, além de cuidados efetivos valorizando a individualidade da situação. Este estudo trouxe maiores dados e perspectivas sobre o assunto, percebendo maior prevalência de VS entre homens não heterossexuais, tendo provável relação direta sobre a construção social desses indivíduos e relação indireta com várias esferas da sociedade. Além disso, é necessário atentar para o impacto que a violência pode produzir, dificultando a manutenção de relações íntimas por longos períodos, como é o caso dos divorciados/separados. A esse respeito, mais investigações precisam ser feitas.

O estudo oferece, portanto, a possibilidade de problematização para acolhimento de homens vítimas de VS, pensando majoritariamente na prevenção de efeitos adversos após a violência e na implantação de políticas públicas da área da saúde mais direcionadas para o público-alvo, considerando os principais fatores associados.

Colaboradores

Arruda PAC (0000-0002-1164-5512)*, Campos A (0000-0001-9426-8419)* e Abreu CAP (0000-0002-9519-5079)* contribuíram para redação do artigo; coleta, análise e interpretação dos dados e revisão crítica final para publicação. Silva Junior DV (0000-0003-2835-3740)* contribuiu para redação do artigo e revisão crítica final para publicação. Ferreira DG (0000-0003-4659-4468) contribuiu para concepção e desenho do estudo, redação do artigo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica final para publicação. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
2. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev Saúde Pública*. 2000 [acesso em 2022 jan 15]; 34(4):427-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000400020>.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 [acesso em 2022 jan 15]; (11):1163-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
4. Njaine K, Constantino P, Avanci JQ, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação à distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009. p. 21-42.
5. Pereda N, Guilera G, Fornis M, et al. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl*. 2009 [acesso em 2022 jan 15]; 33(6):331-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.07.007>.
6. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Disque Direitos Humanos. Relatório 2019*. Brasília, DF: MMFDH; 2020.
7. Winzer L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2022 jan 15]; 32(7):e00126315. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126315>.
8. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicol USP*. 2012 [acesso em 2022 jan 15]; 23(2):395-416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642012005000007>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional de Saúde – acidentes, violência*. Brasília, DF: IBGE; 2019.
10. Spizzirri G, Eufrásio RÁ, Abdo CHN, et al. Proportion of ALGBT adult Brazilians, sociodemographic characteristics, and self-reported violence. *Sci Rep*. 2022 [acesso em 2022 ago 15]; (11):176. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15103-y>.
11. Sweet T, Welles SL. Associations of sexual identity or same-sex behaviors with history of childhood sexual abuse and HIV/STI risk in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2012 [acesso em 2022 ago 15]; 59(4):400-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182400e75>.
12. Williams LCA, Hackbarth C, Blefari CA, et al. Investigação de suspeita de abuso sexual infantojuvenil: o Protocolo NICHD. *Temas psicol*. 2014 [acesso em 2022 jun 19]; 22(2):415-432. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.2-12>.
13. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saude soc*. 2012 [acesso em 2022 ago 15]; 21(3):651-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300011>.
14. Inwards-Breland DJ, Johns NE, Raj A. Sexual Violence Associated With Sexual Identity and Gender Among California Adults Reporting Their Experiences as Adolescents and Young Adults. *JAMA Netw Open*. 2022 [acesso em 2022 jun 19]; 5(1):e2144266. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2788245>.
15. Phillips G, Magnus M, Kuo I, et al. Childhood sexual abuse and HIV-related risks among men who have sex with men in Washington, DC. *Arch Sex Behav*. 2014 [acesso em 2022 jun 19]; 43(4):771-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24573398/>.
16. Silva Junior JA, Silva MLR. De guri a cabra macho: masculinidades no Brasil. In: Caetano M, Silva Junior PM, editores. *De guri a cabra macho: masculinidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina; 2018. p. 86-107.

17. Krindges CA, Macedo DM, Habigzang LF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na satisfação sexual na idade adulta de mulheres vítimas. *Contextos Clínic*. 2016 [acesso em 2022 jun 19]; 9(1):60-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2016.91.05>.
18. Peterson ZD, Voller EK, Polusny MA, et al. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: review of empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2011 [acesso em 2022 ago 15]; 31(1):1-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21130933/>.
19. Xu W, Zheng L, Zheng Y. Prevalence of non-contact and contact childhood sexual abuse: An Internet-based sample of men who have sex with men in China. *PLoS One*. 2017 [acesso em 2022 ago 15]; 12(4):e0175444. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175444>.
20. Viodres Inoue SR, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estud psicol (Campinas)*. 2008 [acesso em 2022 ago 15]; 25(1):11-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100002>.
21. Mujugira A, Kasiita V, Bagaya M, et al. You are not a man”: a multi-method study of trans stigma and risk of HIV and sexually transmitted infections among trans men in Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2021 [acesso em 2022 ago 15]; 24(12):e25860. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25860>.

Recebido em 26/09/2022

Aprovado em 21/03/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Instituintes e instituídos na formação médica: movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos

Instituting and instituted in medical education: movements triggered by the Mais Médicos (More Doctors) Program

Maria Claudia Matias¹, Marta Verdi², Mirelle Finkler²

DOI: 10.1590/0103-1104202313810

RESUMO O presente estudo deteve-se no mapeamento das forças intervenientes no processo de implantação dos cursos de medicina criados a partir do Programa Mais Médicos (PMM), bem como nos efeitos dessas sobre as práticas de formação e sobre os sujeitos que as vivenciam. O campo de investigação foram dois novos cursos de medicina, nas regiões Sul e Nordeste do País. Por meio de abordagem qualitativa de pesquisa, fundamentada no método cartográfico, constatou-se que dois conjuntos de forças operam nos cursos, expressões do instituído e do instituinte na formação médica. No campo do instituído, destacaram-se as influências do modelo biomédico, do mercado de trabalho e dos movimentos de polarização política em curso no cenário nacional. Entre as forças instituintes, tiveram destaque os movimentos estudantis pela mudança na formação, os de reafirmação do Sistema Único de Saúde e da saúde coletiva, e aqueles que apoiam a formação focada em um perfil generalista. Em resumo, a proposta do Programa para a formação médica operou como dispositivo de interferência nesses cursos quando associada a um contexto grupal de construção coletiva, gestão compartilhada do curso e práticas pedagógicas ancoradas na perspectiva da produção sócio-histórica do processo saúde-doença-atenção e da própria instituição medicina.

PALAVRAS-CHAVE Educação médica. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The present study focused on mapping the forces involved in implementing the medical programs created from the Mais Médicos Program (MMP) and their effects on training practices and subjects who experience them. The field of research was two new medical programs in the South and Northeast regions of the country. We found that two sets of forces operate in the programs through a qualitative research approach based on the cartographic method, expressions of the instituted and instituting in medical education. The influences of the biomedical model, labor market, and the movements of political polarization underway in the national scenario were highlighted in the field of the instituted. The student movements for change in education, those to reaffirm the Unified Health System and collective health, and those that support training focused on a generalist profile stood out among the instituting forces. In summary, the program's proposal for medical education operated as an interference device in these programs when associated with a group context of collective construction, shared management of the programs, and pedagogical practices anchored in the perspective of the socio-historical production of the health-disease-care process and the medical institution.*

KEYWORDS *Education, medical. Primary Health Care. Unified Health System.*

¹Secretaria de Promoção da Saúde (Semus) - Blumenau (SC), Brasil. claudiamatias2005@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.



Introdução

As estratégias empreendidas no Brasil nas últimas décadas para aproximar a formação médica das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) têm revelado um ponto em comum: trata-se de um campo em que múltiplas forças têm interferido no sentido que essa formação assumirá, convocando à análise das estratégias de mudança e da própria relação entre a medicina e o sistema público de saúde. Quando o Programa Mais Médicos (PMM) foi sancionado, em 2013, o cenário da formação médica se debatia com a tendência hegemônica reducionista e biologicista, amplificada pelo complexo médico-industrial que atravessa as ciências da saúde. A formação humanística, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, e que deveria acontecer na escolarização prévia à graduação, não tinha se efetivado, deixando uma pesada herança quanto à competência moral e ao exercício político de uma cidadania crítica e ativa¹. Por outro lado, a insuficiência de vagas nas instituições de ensino recaía sobre os gestores municipais como um fardo que se refletia na falta de médicos nos serviços públicos, principalmente nas localidades de difícil acesso ou de maior vulnerabilidade social. A formação de especialistas, fortemente influenciada pelo mercado, deixava, e ainda deixa, a rede pública com um déficit contínuo em determinadas especialidades. Intervir sobre essa realidade significava romper com várias lógicas organizadoras da formação, entrando em conflito com grupos, interesses e com o saber-fazer por eles produzidos².

Apesar de o PMM ter nascido como resposta às reivindicações relacionadas às insuficiências no provimento de profissionais, é inegável que sua estruturação condensou vários esforços e estratégias do Ministério da Saúde para a atenção básica, em resposta ao seu desenvolvimento aquém do necessário. Assim, além de incidir sobre o quantitativo de profissionais disponíveis para atuar na Estratégia Saúde da Família em regiões prioritárias, o Programa se

voltou ao aprimoramento da estrutura física e da prática médica, investindo fortemente na educação permanente dos profissionais contratados e na reorganização da formação profissional. Essa reorganização precisou ser sustentada de modo articulado entre os Ministérios da Saúde e da Educação, interferindo, entre outros, nos critérios para abertura de cursos de graduação e de residência².

Nesse sentido, o eixo voltado ao aprimoramento da formação médica do PMM se transformou em uma das ações governamentais mais relevantes do período, pois deslocou a centralidade que o hospital e as especialidades médicas ocupavam, trazendo o foco para a rede pública de saúde e para a formação generalista. O modelo de formação proposto pelo PMM buscou operar sobre o paradigma tradicional que sustenta o saber e a prática médica, avançando do modelo biologicista para o social. Deu ênfase, também, à histórica assimetria de poder entre professor-aluno e médico-paciente, bem como apostou em uma prática fundada na dimensão coletiva do processo saúde-doença-atenção, inserida na comunidade. No entanto, tais mudanças deflagraram, junto à corporação médica, reações de resistência à mudança, tornando mais visíveis as forças e os interesses envolvidos no problema da insuficiência de médicos e da inadequação da formação para a atuação no SUS.

Para a concepção institucionalista, as instituições se organizam a partir de instituídos e instituintes. O instituinte caracteriza-se por ter uma dinâmica que gera movimento nas instituições, já o instituído tem uma função estabilizante, importante para que a vida social ocorra. Como a realidade é um processo em permanente transformação, os instituídos precisam ser funcionais à vida social, acompanhando os novos estados sociais. Esses movimentos dialéticos das instituições, que compõem a dinâmica de uma sociedade, não são, a priori, nem bons nem ruins, mas necessários e complementares. No entanto, quando as forças do instituído exacerbam sua função estabilizadora, podem transformar-se

em conservadorismo, expressando-se através da resistência extremada à mudança. Para que o processo de aperfeiçoamento da vida social aconteça a contento, são necessárias permeabilidade e fluidez para as mudanças³.

O objetivo deste estudo foi mapear e compreender como as forças intervenientes no processo de implantação dos novos cursos de medicina geraram efeitos junto à formação médica e aos sujeitos e grupos implicados. Compreender o campo em que se insere a formação médica é essencial para o direcionamento de políticas educacionais e articulações institucionais que fortaleçam uma política de formação voltada, também, à atuação no SUS, principalmente no que tange à sustentação da dimensão pública da política de saúde. Assim, através do estudo, buscou-se responder se o PMM se configurou de fato como um dispositivo no campo da formação médica, ou seja, se, a partir de seus elementos discursivos e não discursivos, produziu interferências nos modos de subjetivação, reorganizando o conhecimento e a relação entre os diferentes envolvidos. O estudo não focalizou um horizonte idealizado e pré-definido de formação, mas dedicou atenção aos acontecimentos e movimentos que deflagraram a emergência de novas possibilidades para a formação médica a partir do PMM.

Material e métodos

O método da presente pesquisa foi fundamentado no referencial teórico-metodológico da pesquisa cartográfica, abordagem qualitativa que permite acompanhar a dimensão de processualidade inerente ao objeto de estudo e que considera os efeitos da investigação nos sujeitos, grupos e instituições envolvidas^{4,5}. Para a escolha do campo, foram selecionados dois cursos de medicina em fases e regiões diferentes do País, a fim de incluir diferenças regionais e as relativas aos estágios de desenvolvimento dessas graduações. Os cursos se situavam nas regiões

Sul e Nordeste, um deles em processo de planejamento e o outro já em andamento, e fundamentavam-se nas orientações do PMM e nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2014. Após a definição do campo, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo acatado as orientações para pesquisa com seres humanos contidas na Resolução nº 466/2012. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 62293316.6.0000.0121 – Parecer nº 1.960.198.

Foram participantes do estudo os docentes, discentes e técnicos que compunham os grupos responsáveis pela condução e apoio aos cursos. Diferentes técnicas de colheita dos dados foram utilizadas: análise documental, que incluiu o projeto político-pedagógico; entrevistas com membros dos grupos condutores e observação participante das reuniões desses grupos. A triangulação dos dados, derivada da combinação das técnicas, contribuiu para a análise das forças intervenientes nos cursos, desde suas expressões mais imediatas e visíveis até seus desdobramentos e efeitos de rebatimento.

Na análise dos resultados, pretendeu-se explicitar as forças do instituído e os movimentos instituintes presentes no campo, localizando os modos pelos quais o PMM vem afetando o cenário da formação médica no País. A análise adotou a perspectiva institucionalista, que compreende a formação enquanto 'instituição', ou seja, como prática social historicamente construída, produtora de verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação^{5,6}.

Por meio da bioética social, buscou-se uma ancoragem teórica que permitisse mapear a moralidade que está sendo produzida a partir das mudanças na formação. Esse referencial oportunizou compreender como as questões que envolvem a luta pelo direito à saúde e à educação mostram-se presentes nas reflexões formuladas nesses cursos, ajudando a analisar os fatores que interferem nas lutas por modos de vida melhores e mais dignos⁷⁻¹¹.

Resultados e discussão

A organização dos dados colhidos no campo de pesquisa e as impressões da pesquisadora registradas em diário de campo permitiram compreender alguns dos movimentos que dão corpo à instituição ‘formação médica’. Evidenciaram-se os movimentos que expressam as exacerbações do instituído e também os que derivam da resistência a eles e são de-sestabilizadores do conservadorismo¹².

Analisar a formação médica como prática produtora de realidade e de sujeitos implica considerar a indissociação entre formar e intervir, visto que a formação é um campo da experiência humana produtor de relações de poder. A reprodução de práticas sociais historicamente constituídas é sustentada por mecanismos inventados especialmente para agenciar relações de força, denominados dispositivos. Para a fundamentação da análise dos resultados, abordaram-se estes dois operadores conceituais – poder e dispositivo – desenvolvidos por Foucault para a historicização dos modos pelos quais os seres humanos se constituem como sujeitos^{13,14}.

Poder e conservadorismo na formação médica

A partir da análise dos dados colhidos, constatou-se um conjunto de instituídos que tensionavam o campo, contribuindo para a manutenção dos modos tradicionais de organizar o saber médico, de geri-lo e de formar profissionais. Essas travas mantinham inalterada a dinâmica das relações de poder, gerando obstáculos à produção de novas práticas e conhecimentos e, portanto, de novas subjetividades.

Algumas forças do instituído estão tão naturalizadas na formação médica e na saúde coletiva que suas expressões se capilarizam inclusive por dentro de movimentos potencialmente instituintes, como o próprio PMM. Como exemplo disso, tem-se a primeira e mais abrangente força observada neste

estudo: o modelo biomédico. Organizador de verdades e práticas no campo da formação médica, o modelo biomédico aparece no campo pesquisado de modo difuso, mas intenso, gerando efeitos de rebatimento em outras forças. Base conceitual da medicina científica moderna, constituiu-se à sombra do paradigma cartesiano, organizando-se em torno de premissas como a unicausalidade, o biologicismo, a fragmentação, o mecanicismo, o nosocentrismo, a recuperação e reabilitação, o tecnicismo e a especialização. As críticas às intervenções biomédicas focalizam sua limitação em captar as necessidades de saúde das populações, pois não consideram variáveis não biológicas que singularizam o processo saúde-doença-atenção^{15,16}.

Muitas orientações do PMM buscavam inserir elementos para a superação das limitações do modelo vigente de formação. Como exemplo, a proposta de reverter a centralidade do hospital como cenário de práticas, dando destaque a outros serviços da rede, sobretudo os da Atenção Primária à Saúde (APS). Para os participantes do estudo, essa reversão ainda não é aposta unânime entre os envolvidos na construção dos cursos analisados, justamente pelo modo como o modelo biomédico plasma, na sociedade, a compreensão do que seja a medicina e de como deve ocorrer a formação médica, constituindo um regime de verdades acerca da profissão.

Os paradigmas e modelos de formação médica são resultantes de conhecimentos e experiências historicamente produzidos, condensadores de interesses, forças e disputas. Determinados saberes fundamentam as relações de poder, sem que seja possível dissociá-los. O binômio saber-poder se engendra de modo a produzir verdades – modos de subjetivação que vão conformando as diferentes realidades e produzindo modulações nos diferentes sujeitos. A naturalização dessas verdades historicamente produzidas as torna inquestionáveis, e as forças que as constituem ficam ocultas. Tal processo permite que o instituído se estabilize, tido como aquilo que é

necessário, certo e, portanto, não necessite ser questionado. A realidade se produz, então, sempre sob determinada ordem axiológica, valorativa, que é expressão parcial das moralidades de uma época. O poder se constitui, assim, a partir da produção ‘social’ de verdades, de alguns para todos, e legitima um determinado modo de viver, deslegitimando outros. Reduzem-se as diferenças à unidade, homogeneizando as subjetividades a fim de manter estável um determinado modo de se organizar as relações de poder^{14,17}.

Não se trata aqui de demonizar o modelo biomédico, mas de reposicionar os desafios para sua relativização na formação médica. O próprio PMM, que propõe estratégias para superar essa excessiva influência, é, na opinião de alguns participantes do estudo, ainda predominantemente atravessado por ele. A aposta do PMM apenas em médicos para o fortalecimento da APS seria, segundo alguns participantes do estudo, uma expressão da primazia da lógica biomédica, haja vista os déficits de profissionais de outras áreas nesse segmento da atenção à saúde.

[...] Era um debate antigo, dentro da atenção primária, que, em determinados lugares, médico faz mais mal do que bem [...] A gente resistiu à investida conservadora da década de 90 e 2000 com medidas como polos de educação permanente, saúde coletiva, trabalho em equipe, interdisciplinaridade [...] aí o governo diz que saúde se faz só com médicos. (Do-002).

A pesquisa mostrou que o modelo biomédico também impacta os atributos da APS, pois, na organização dos novos cursos, a resolubilidade clínica tem primazia sobre a integralidade, a longitudinalidade e a orientação comunitária, entre outros, o que geraria obstáculos para a transição de um modelo de atenção seletiva para o modelo de atenção ampliada. Como consequência, perpetua-se a desvalorização que a categoria médica faz dessa orientação, inclusive nos novos cursos, pois desviaria os futuros médicos do destino

de especialistas. Assim, o posicionamento da corporação médica em defesa do modelo biomédico é um dos modos pelos quais seus membros buscam manter as relações de poder que perpassam a profissão.

[...] o maior empecilho para o funcionamento do curso em si é a quebra de paradigma com os médicos [...] é comum a gente escutar relatos de que: ‘ah, o curso de medicina não funciona, ele só forma médicos para postinho’ [...] é como se os alunos que vão se formar aqui não pudessem vir a ser especialistas. (Do-003).

Ao longo das narrativas, a corporação médica é apresentada como grupo que defende o discurso biomédico por ser esse um regime de verdades definidor da ‘identidade’ da profissão, com formação, atuação e capacidade técnica específicas. Forjar uma identidade diferenciada é um dos fatores que acentuam o status da categoria em relação às demais profissões da saúde.

Quando o PMM propôs deslocar o principal cenário de práticas do hospital para a unidade de saúde e colocar mais profissionais no mercado, mexendo com a média salarial, atacou essa identidade profissional:

A gente é elitista. Não só o médico, como também a própria escola médica, porque a escola médica, no Brasil, foi fundada para servir à corte [...] a gente também está trabalhando com forças que atuam no Brasil há séculos. [...] E o programa Mais Médicos foi nessa navalha. (Do-004).

Tesser e Luz¹⁸ indicam que o reposicionamento da biomedicina precisa acontecer no ambiente de sua prática clínica, redirecionando a formação médica para cenários que priorizem a rede básica. Neles, haveria potência para transformar a medicina, desde que uma necessária inversão ocorresse: em vez de os doentes orbitarem as doenças biomédicas e seus aparatos, colocar a biomedicina a serviço desses indivíduos, com as equipes multiprofissionais de referência produzindo um cuidado

personalizado aos usuários e comunidades. Entretanto, apesar da intenção dos novos cursos de fortalecer o trabalho multiprofissional, o status social do profissional médico segue sendo reforçado cotidianamente, como relata o docente 003:

Por não ser médico, às vezes, eu sofro uma certa resistência... até por parte de alguns colegas (docentes), dos próprios médicos e até dos alunos. [...], mas, enfim, faz parte.

As iniciativas dos novos cursos de relativizar a biomedicina e mesmo de contrapô-la a outras racionalidades médicas têm tido êxitos relativos. Na opinião dos participantes do estudo, isso se deve à carência de docentes com formação compatível e à falta de alternativas ao modelo predominante. O modelo biomédico se legitimaria por meio de sua força explicativa dos vários fenômenos do processo-saúde-doença-atenção, o que anuncia algo como uma crise epistemológica na saúde coletiva. As tentativas de elaboração de outros modelos biológicos são vistas como frágeis e isoladas, não dando conta da complexidade do campo da saúde.

Nós fizemos uma busca, há um tempo... filosófica, epistemológica, [...] de outra biologia [...], mas não tem um trabalho que use a matriz da compreensão biológica de Maturana para entender a epidemia de Zika [...] quer dizer, nossa maior falta para criticá-lo (o modelo biomédico) é não ter outra coisa para colocar no lugar. É importante entender isso enquanto um fenômeno não só filosófico, epistemológico, mas social. (Do-002).

As mudanças propostas pelo PMM foram incorporadas com cautela no que tange à inclusão de outras racionalidades e disciplinas, como aponta o docente 002: “[...] a gente já teve oficina de *mindfulness*, de parto humanizado..., mas ainda são inserções não obrigatórias, ainda é do componente optativo”.

Embora cada vez mais a complexidade seja aceita como algo inerente aos fenômenos

ligados à saúde, a base conceitual da medicina ainda é relativamente pouco problematizada. Não há consenso acerca da necessidade de superar a análise reducionista proposta pela abordagem biomédica. Exemplo disso é a pouca atenção que outros modelos conceituais recebem na formação médica. E mexer com isso é mexer com a própria instituição médica:

[...] nós não estamos enfrentando os estudantes nem os médicos da cidade. Nós estamos enfrentando a Medicina [...] quanto mais robusta, coerente e decidida no seu enfrentamento é a opção, maior é a reação da Medicina contra ela. [...] Ela (a Medicina) invade tudo. Toma todos os passos, todas as forças [...] isso é muito forte nos alunos, né? [...] Nós tivemos vários embates, enfrentamentos de concepções e tal. E eu não sei se a gente consegue responder a isso. (Do-002).

Para que se compreenda a relação entre o biológico e o social, e entre o individual e o coletivo, é fundamental reconhecer a determinação social do processo saúde-doença. Porém, sua dimensão social só se apresenta com clareza na análise da coletividade. O olhar da medicina clínica e da epidemiologia fragmenta a análise da coletividade¹⁹. Sendo a saúde fenômeno com forte dimensão humana e social, não é totalmente explicada apenas por seu aspecto biológico e natural. Essa é apenas uma das dimensões a serem consideradas, e sua lógica não se aplica à compreensão das demais dimensões. A perspectiva da produção social da saúde coloca o desafio da construção de bases científicas para a medicina que contemplem todas as dimensões envolvidas nos fenômenos da vida e do adoecimento. A formação médica, para além do biológico, precisaria incluir, então, abordagens contextualizadas dos pontos de vista histórico, político, ético e cultural^{20,21}.

Outra força identificada na análise dos cursos se relaciona aos modos totalizantes de compreender a realidade, que circulam na sociedade e que têm interferido nos rumos

do processo ensino-aprendizagem, indicando que a crise política que assola o País nos últimos anos reverbera na formação médica. As raízes disso podem estar no modo como a formação foi conduzida no Brasil. Segundo Gomes e Rego¹, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, colocou a tarefa da formação humanística para a escolarização prévia à educação universitária, mas tal objetivo não se efetivou, deixando essa lacuna para a formação universitária e para a formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços. Porém, uma das consequências da revolução vivida pela universidade durante o iluminismo teria sido a mudança orgânica de sua função de educação plena para uma educação de cunho técnico-científico, com finalidade instrutiva. Isso fez com que a formação que reitera o lugar do pensamento e da análise moral de si e da realidade ficasse apartada do objetivo educacional e da missão universitária²².

Tal lacuna produz olhares reificantes para os processos sociais e pouca receptividade a qualquer reflexão que singularize a realidade e problematize a banalização da vida, como expressa o Do-002:

Esses dias um aluno se levanta e diz assim: – nós temos de convir, há vidas que valem mais do que outras. Esta é uma ética, a ética do zumbi. A ética das vidas descartáveis.

A formação, enquanto estratégia produtora de agenciamentos essenciais à mudança das práticas em saúde só se efetiva quando a perspectiva ético-política a transversaliza, pois aí produz o encontro de forças instituintes, essenciais à criação de novos modos de fazer e de novos sujeitos²³.

O mercado de trabalho aparece nas narrativas como força que contribui para a manutenção do status e do poder de barganha salarial da categoria médica. Através de agenciamentos, operados por dentro, inclusive, da formação médica, saberes, práticas e instituições foram constituindo estruturas

e mecanismos que têm possibilitado aos médicos o exercício desse poder^{14,24}. O quantitativo de profissionais disponíveis no mercado de trabalho é, historicamente, uma das forças que possibilitam manter a relação de poder que a corporação médica estabelece com as demais profissões e instituições da saúde e junto à sociedade. Os honorários e o status social da profissão alimentaram as reações mais viscerais da corporação médica ao PMM, e não foi diferente entre os estudantes. O que se vislumbrou foi o receio de que os novos cursos criados a partir do PMM inundassem o mercado com médicos, gerando dificuldades para o primeiro emprego.

[...] o modelo dos Mais Médicos, da expansão, foi bom? Foi, mas eu acho que foi demasiado. Acho que tinha que ser expandido pelas instituições públicas [...] para que o aluno mais carente tivesse acesso à educação [...] sou contra essa abertura demasiada de cursos particulares [...] onde é que vai ter mercado para absorver tanta gente? (Di-001).

O mercado de trabalho também impactaria a formação médica pelo valor da remuneração paga aos docentes. Nas instituições públicas, essa remuneração fica abaixo da média salarial advinda da atividade clínica, gerando nos docentes a necessidade de sobreposição de funções. A carreira de professor universitário seria, assim, um vínculo menos relevante para o profissional médico, atrativo apenas pelo prestígio que possa agregar junto à atividade profissional na clínica privada. Nas narrativas, essa combinação seria responsável por aqueles docentes que, apesar de desejarem estar no quadro de professores, apresentam baixo comprometimento com o curso:

O professor procura na universidade uma visibilidade, uma projeção no mercado privado [...] E a docência é o pior dos vínculos públicos. É onde ele ganha menos. (Do-002).

As forças instituintes: intercessão como afirmação da diferença

Segundo Deleuze²⁵, os intercessores são tudo aquilo que coloca o pensamento em outra rota, instigando-o a inventar. Eles afetam o pensamento, conectando-o a ideias que possibilitam a criação de outros modos de pensar e permitem a invenção de novas realidades. As forças instituintes que atuam nos cursos pesquisados são possíveis intercessores para a formação médica. Nesse sentido, o próprio SUS é compreendido como força intercessora, ao propor um modelo de atenção que se contrapõe a alguns dos pressupostos do modelo biomédico. Um exemplo dessa interferência são as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que reconfiguram os tradicionais papéis de enfermeiros, médicos e mães no parto/nascimento.

O parto humanizado é uma das formas de questionar o poder médico de maneira bem forte [...] já têm estudantes nesses espaços que vão poder, no caso da obstetrícia, transformar isso. Só que isso ainda não é institucional [...] A gente sabe que isso é frágil, sabe? (Do-004).

Outro movimento intercessor observado foi a interlocução estabelecida entre os cursos e os serviços de saúde do SUS, no processo delineador da formação. Em um dos cursos, o perfil dos docentes foi definido juntamente com os gestores da rede pública, articulando a formação às necessidades de saúde do território. Essa integração contribuiu para desestabilizar o raciocínio disciplinar da medicina na gestão dos cursos, substituindo-o pelo conhecimento que nasce da análise da realidade concreta.

Há uma grande inovação em termos de gestão universitária, em romper com a definição de perfis de professores por grupos disciplinares [...] a segunda rodada de definição dos perfis foi feita com os gestores do SUS. Aí nós escancaramos a porta do SUS. (Do-002).

[...] o fato de a gente estar desde o primeiro dia inserido na comunidade faz toda a diferença, porque é uma construção [...] A gente se forma médico daquela região, sabe quais são os problemas que existem naquele local. [...] Além do que, tem uma visão muito mais ampla de medicina [...] Mesmo que eu não queira ser uma médica de atenção básica, eu sei como funciona. (Di-001).

A integração entre ensino, serviço e comunidade é essencial para compreendermos a saúde desde uma perspectiva ético-política, como direito da pessoa e interesse da comunidade, e tal compreensão é a base, segundo Berlinguer^{7,8}, para a formação de uma consciência sanitária. O médico pode conciliar as transformações sociais com a sua atuação sanitária, e, assim, influenciar na gestão da saúde. Mas, segundo o autor, isso só ocorrerá se compreender a relação entre medicina e sociedade, sob o risco de que sua atividade perca a função social almejada. O que se coloca como questão são as implicações éticas das ações daqueles que virão a ser trabalhadores da saúde, agentes morais com responsabilidade sanitária inseridos em um contexto de disputa de interesses políticos, desejos individuais e coletivos, valores e crenças das mais variadas ordens²⁶.

Quando Guattari²⁷ propôs o paradigma ético-estético-político, intencionava contrapor-lo ao paradigma científico a partir de práticas que produzissem novos modos de subjetivação. O paradigma ético-estético-político, aplicado à formação, dá ênfase à experimentação e ao questionamento da realidade. Abordar a dimensão ética implica a construção de uma escuta-experiência que oportunize o contato e a abertura a outros modos de ser e viver. A dimensão estética aborda a vida como obra aberta, alicerçada no fluxo criativo e no pensamento que interroga a realidade e se propõe a transformá-la. A dimensão política focaliza a capacidade de fazer valerem nossas escolhas e opiniões, e de interferir na realidade e nos modos de organizar o mundo²⁸.

Outra força instituinte que emergiu da análise dos dados foi a da interferência da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no modo como essa se integra às estratégias político-pedagógicas de articulação da graduação à pós-graduação. O aumento do espaço conferido a essa especialidade, seja na pós-graduação ou pelo aumento dos médicos de família na docência, ou, ainda, na gestão dos cursos, foi visto como gerador de reatividade juto à corporação médica:

[A MFC] é uma disputa, um plano para a pós-graduação. E nós colocamos isso no plano da pós. Nós abrimos junto com o curso no primeiro ano uma residência médica. É [uma estratégia político-pedagógica] muito discutida no Brasil inteiro. Todas as pessoas acharam uma estratégia interessante. (Do-002).

A integração da MFC à graduação é à pós-graduação pode vir a se tornar uma estratégia potente para se destacar a dimensão generalista da prática clínica, mesmo na atuação especializada, fortalecendo uma abordagem mais integral do cuidado. Porém, a despeito da orientação de continuidade da formação médica, por meio da pós-graduação e da educação permanente, evitando que a graduação funcione como etapa autolimitada, esse ainda é um desafio para a graduação²⁹. O estabelecimento de estratégias concretas de articulação da graduação às etapas subsequentes deve ser acompanhado de dispositivos que permitam o diálogo entre especialidades, a fim de se superar a diferença de status entre as residências médicas de caráter generalista e aquelas que abordam especialidades clínicas.

Outra força desestabilizadora dos instituídos na formação médica é a da atuação de grupos oriundos dos movimentos pela mudança dessa formação. Esses grupos, em geral, têm em comum a passagem pelo movimento estudantil ainda na graduação, quando iniciam o interesse e o engajamento junto ao movimento. Esses atores, trazendo para os cursos um discurso afinado com a proposta

da medicina social e da MFC, construíram um arcabouço teórico-metodológico comum, que oportunizou um projeto político realmente coletivo. Docentes e discentes envolvidos nesse movimento atribuem a ele a sustentação das propostas mais inovadoras e contra-hegemônicas dos cursos.

A experiência de atuar em um movimento pela mudança da formação teria sido fundamental para a proposição das estratégias de enfrentamento ao conservadorismo, bem como teria oportunizado a criação de uma rede de parceiros, com visão de mundo e projeto de sociedade previamente afinados. Por último, teria propiciado acúmulos com relação à reflexão do que seria, hoje, uma boa formação médica e de qual medicina precisamos no País.

Esse grupo de professores que começa a pensar num projeto de curso vem da Escola da DENEM – a Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina [...] São vários militantes que se formaram nessa escola. Então acho que esse é o passado comum. E o berço da discussão da educação médica como pauta do movimento sanitário. (Do-004).

Os relatos dos docentes sobre sua participação no movimento estudantil para a mudança da formação médica revelam pontos-chave para entender o papel desses atores nos cursos. Tais pontos seriam: o exercício de participação política em coletivos, o estudo teórico sobre a formação médica e sobre as bases da medicina, a discussão crítica sobre como a medicina pode responder às reais necessidades de saúde do País e a análise da relação entre medicina, mercado e saúde. As vivências no movimento pelas mudanças na formação forjaram nesses sujeitos uma disposição e conhecimentos que mais adiante se revelariam cruciais para a proposição de cursos com novos modos de formar.

Considerações finais

As narrativas evidenciaram forças conservadoras que atravessam e modulam a

formação médica. Entre elas, destaca-se o modelo biomédico, que segue reproduzindo um regime de verdades, orientador do modo predominante de pensar o processo saúde-doença-atenção, não apenas na prática profissional, mas ao longo de todo o tecido social. O rompimento com tal modo de conceber e realizar a prática médica – e, por extensão, as práticas em saúde – mostrou ser um grande desafio para as instituições de educação. Observou-se, também, que a crise política em curso no País tem contribuído para o enrijecimento dos modos de pensar e das possibilidades de diálogo e mediação, desfavorecendo iniciativas que buscam promover uma educação integral, baseada em fundamentos humanísticos, sociais e científicos. Em resumo, pode-se afirmar que a formação médica não se apresenta para análise isoladamente: ela expressa os efeitos de um processo mais amplo e vem sendo atravessada pelas forças que usualmente impactam o processo civilizatório.

Entre os movimentos instituintes observados no campo de pesquisa, destacaram-se os agenciamentos realizados entre docentes e a rede de saúde, bem como as experiências pregressas desses docentes junto ao movimento pela mudança na formação médica. Um dos fatores que contribuíram para um projeto de curso coeso foi o número significativo de docentes que compartilhavam das mesmas premissas na construção do documento. Com a ampliação do corpo docente, foi fundamental promover estratégias de fortalecimento do diálogo, para garantir uma base comum de direcionamento para o trabalho.

O SUS, inserido nesse cenário, vem lutando pela construção de uma política de formação articulada às reais necessidades do Sistema e de seus usuários. Há uma tendência de os esforços para a mudança da formação médica se configurarem como exercício circular: acabam por retornar sempre à importância do método, à escolha dos conteúdos, à ampliação do cenário de práticas e à qualificação técnico-metodológica da

prática docente. Embora não se possa dispensar nenhuma dessas estratégias, elas ainda são insuficientes para que a formação produza o necessário deslocamento nos docentes e discentes que passarão pelos cursos. O exercício do pensamento crítico-reflexivo, capaz de produzir subjetividades que questionem a instituição medicina, é fomentado nas experiências coletivas e constitui o que denominamos desafio ético-estético-político para as políticas educativas em saúde: uma política que considere o desafio ético de ofertar uma atenção à saúde que seja digna e acessível a todos os cidadãos; o desafio estético de oportunizar que equipes e usuários possam produzir conhecimento a partir da prática, criando as próprias soluções para suas dificuldades cotidianas; e o desafio político da democratização das organizações e das práticas em saúde.

Observou-se que a proposta do PMM gerou efeitos de desestabilização nos novos cursos, no sentido de convocar a um modo diferente de conceber e desenvolver a formação médica, assim como de dar destaque às necessidades de saúde às quais precisa responder. Isoladamente, nenhuma diretriz oficial garante mudanças efetivas na formação médica, pois sempre há modos de acomodar novas orientações aos tradicionais modos de fazer. Porém, o que se notou no campo pesquisado é que as propostas alavancadas pelo PMM abriram possibilidade para que sujeitos e grupos já engajados no movimento pela mudança da formação pudessem juntar às diretrizes oficiais outros elementos estratégicos para essa transformação. Aos novos cenários de práticas, arranjos curriculares e metodologias ativas, foram forjadas iniciativas de ampliação do pensamento crítico, entendendo a medicina como produção sócio-histórica. A compreensão derivada daí é de que o processo saúde-doença se constitui como fenômeno complexo, tecido na intersecção do biológico, dos modos de funcionar da sociedade e seus modos de subjetivação, que

atravessam a tudo e a todos. Isso remete a um dos primeiros relatos colhidos no campo de pesquisa, que deu expressão aos achados desta cartografia:

Tem uma frase que é de um político lá do Piauí, que também é médico. Disse que a medicina é a mais humana das ciências. E aí a gente, para começar, precisa aprender humanidades.

Entende-se a necessidade de estender esta conclusão não só à medicina, mas a todas as demais ciências da saúde que, exatamente por tocarem nas várias dimensões da vida humana, precisam mergulhar em toda a sua multiplicidade.

Colaboradoras

Matias MC (0000-0002-3707-3946)* contribuiu para o delineamento do projeto, coleta e análise de dados para o trabalho, redação do texto e aprovação final para a versão a ser publicada. Verdi M (0000-0001-7090-9541)* contribuiu para o delineamento do projeto, revisão do texto e aprovação final para versão a ser publicada. Finkler M (0000-0001-5764-9183)* contribuiu para a orientação do projeto de pesquisa, discussão dos resultados, revisão crítica do texto e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de Medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2014 [acesso em 2023 abr 18]; 38(3):299-307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
3. Barembliitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
4. Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Rev. Estudos e Pesq. Psicol.* 2010 [acesso em 2023 abr 18]; 10(1):85-102. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2010.9019>.
5. Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1975.
6. Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. v. 1, p. 199-212.
7. Berlinguer G. Medicina e política. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1987.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Berlinguer G. *Questões de vida*. São Paulo: APCE; 1993.
9. Berlinguer G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
10. Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. Brasília, DF: Editora da UnB; 2004.
11. Rego S. Cidadania e profissionalismo. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2013 [acesso em 2023 abr 18]; 37(3):309-310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300001>.
12. Barros LMR, Barros de Barros ME. Pista de análise: o problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina; 2015. v. 2, p. 175-202.
13. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
14. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.
15. Capra F. O modelo biomédico. In: Capra F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix; 1982.
16. Cutolo LRA. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *ACM Arq. Catarin. Med.* 2006; 35(4):16-24.
17. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes; 1983.
18. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 [acesso em 2023 abr 18]; 13(1):195-206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.
19. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Rev. Latino Am. Salud.* 1982; (2):7-25.
20. Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
21. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde debate*. 2009 [acesso em 2022 maio 20]; 33(83):380-387. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800005>.
22. Finkler M. Formação profissional e/ou educação universitária: de onde viemos, para onde vamos?. *Interface*. 2017 [acesso em 2023 abr 18]; 21(61):465-468. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0753>.
23. Matias MCS, Verdi MIM, Finkler M. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. *Trab. Educ. Saúde*. 2016 [acesso em 2023 abr 18]; 14(1):55-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00095>.
24. Revel J. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz; 2005.
25. Deleuze G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
26. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005 [acesso em 2023 abr 18]; 14(1):82-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100011>.
27. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34; 1992.
28. Rolnik S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cad. Subjetividade*. 1993; 1(2):241-245.
29. Chaves M, Rosa AR, organizadores. *Educação médica nas américas*. São Paulo: Cortez; 1990.

Recebido em 18/07/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Residências em saúde: análise de uma política estadual de formação de profissionais para o SUS

Residencies in health: analysis of a state policy for training professionals for the SUS

Juliana Siqueira Santos¹, Pedro Miguel dos Santos Neto¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313811

RESUMO As residências em saúde constituem-se importante estratégia de Estado na regulação da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da política de gestão do trabalho e educação na saúde. Foi realizada uma investigação que objetivou analisar como a política de residência em área profissional da saúde tem sido implementada no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2010 a 2021, nos aspectos gestão, características dos programas de residência e recursos investidos. O trabalho é uma pesquisa social, do tipo estudo de caso e abordagem de métodos mistos, com pesquisa documental e dados governamentais, que utilizou como referencial teórico-analítico a Abordagem do Ciclo de Políticas. Foi desenvolvida análise de conteúdo temática com base no que foi coletado, na teoria e na perspectiva dos pesquisadores, identificando as categorias: atores da política e governança; expansão da formação e financiamento; áreas temáticas prioritárias; formação nas residências multiprofissionais em saúde. Foram identificadas experiências de gestão com participação dos diversos atores locais, investimento incremental em bolsas de residência e ampliação das residências multiprofissionais em saúde. Persiste o desafio de implementar uma política de formação em saúde, que, pautada pelo ensino em serviço, atue como força motriz para fazer avançar o SUS.

PALAVRAS-CHAVE Formação profissional em saúde. Internato e residência. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Health residencies constitute an important State strategy in regulating the training of professionals for the Unified Health System (SUS) within the scope of work management and health education policy. An investigation was carried out to analyze how the residency policy in the professional health area has been implemented in the state of Pernambuco, Brazil, from 2010 to 2021, in terms of management, characteristics of residency programs, and resources invested. The work is a social research, of the case study type and mixed methods approach, with documental research and government data, which used the Policy Cycle Approach as a theoretical-analytical framework. We developed thematic content analysis based on what was collected, on theory and on the researchers' perspective, identifying the categories: policy actors and governance; expansion of training and funding; priority thematic areas; training in multiprofessional health residencies. We identified management experiences with the participation of different local actors, incremental investment in residency grants, and expansion of multiprofessional residencies in health. The challenge of implementing a health training policy remains, which, based on in-service education, acts as a driving force to advance the SUS.

KEYWORDS Health human resource training. Internship and residency. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
jucasiqueira@gmail.com



Introdução

A omissão em relação à agenda da gestão do trabalho e da educação na saúde tem trazido graves consequências para o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a baixa capacidade do Estado de orientar a formação dos profissionais de saúde. Segundo Torres et al.⁽¹⁾, “a formação em saúde ainda é um nó crítico das propostas que apostam na mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil”. Para que a formação desses profissionais esteja, de fato, voltada para as necessidades de saúde da população existem inúmeros desafios, especialmente no que se refere aos processos regulatórios.

Desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), a partir de 2003, foram desenvolvidas várias ações, estratégias e programas na busca de integrar educação e trabalho em saúde. Entre estas, a residência em área profissional da saúde se apresentou como uma estratégia de formação superior em saúde que traz sentidos opostos àqueles historicamente atribuídos às residências médicas, as quais se configuram como uma especialização voltada para uma atuação curativa e privada².

A residência em área profissional da saúde, instituída por meio da Lei nº 11.129/2005, como ensino de pós-graduação na forma de educação em serviço, tem como objetivo formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, pressupondo construção interdisciplinar, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas tecnoassistenciais³⁻⁵.

No processo de implantação da política de educação na saúde no Brasil, a estruturação das residências em saúde como política de Estado para a formação profissional no SUS é considerada um avanço. No entanto, essa modalidade de formação está em constante disputa, com ciclos de descontinuidade e incipiente regulação. Observa-se inconstância nas ações de regulação e fomento, inclusive

nos trabalhos da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), órgão máximo de regulação dessa política no País, o que aponta para fragilidades na condução nacional. A política de formação profissional dos trabalhadores da saúde ficou vulnerável às mudanças de gestão, à descontinuidade de investimentos e à falta de coordenação.

No atual contexto, uma série de iniciativas da gestão federal vem sendo empreendidas no sentido de retroceder em questões estratégicas relacionadas com as residências em área profissional da saúde. Distanciando-se de uma proposta de educação em serviço, tem editado normas que não dialogam com as legislações anteriormente produzidas e ainda vigentes, e que não reconhecem os atores que nela atuam nem considera o acúmulo histórico produzido pelos movimentos sociais que fazem as residências em saúde no País.

As produções que tratam da formação pelo trabalho, e mais precisamente sobre as residências em saúde, vêm crescendo no Brasil, mais fortemente a partir da sua institucionalização⁶, mas não foram identificados trabalhos que analisam a implementação da política de residências em saúde nos territórios. Em decorrência disso, reforça-se a necessidade de estudos que analisem a política de residências no contexto da prática e as características desses programas, com vistas ao desenvolvimento do SUS.

Parte-se do pressuposto de que a institucionalização e o fortalecimento da política de residências em saúde no SUS são importante estratégia para consolidar a atuação do Estado na regulação da formação de profissionais de saúde e para o aprimoramento da política de gestão do trabalho e educação na saúde. O artigo tem como objetivo analisar como a política de residência em área profissional da saúde tem sido implementada no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2010 a 2021, nos aspectos da gestão, das características dos programas de residência e dos recursos investidos.

Procedimentos teórico-metodológicos

Trata-se de uma pesquisa social, do tipo estudo de caso, exploratória, cujo objeto é um estudo de análise de implementação da política de residências em área profissional da saúde em Pernambuco, Brasil.

A análise do processo de implementação tem merecido destaque, sendo considerada uma etapa crucial para a compreensão da ação governamental, revelando as reais possibilidades da política, os pactos estabelecidos, os apoios, as disputas e os interesses dos atores⁷. A implementação, dessa forma, está imbricada em estruturas de governança, entendida como regras do jogo e arranjos institucionais que sustentam a cooperação, a coordenação e a negociação⁷.

O referencial teórico-analítico utilizado foi a Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP) proposta por Stephen Ball e Richard Bowe^{8,9}, pesquisadores ingleses da área de políticas educacionais, a qual inclui três contextos na formulação de políticas: o contexto da influência, o contexto de produção de textos e o contexto de práticas⁸⁻¹². Os três contextos ocorrem simultaneamente com elevada imbricação, sendo difícil separá-los, podendo ser encontrados uns dentro dos outros¹¹.

A ACP destaca a natureza complexa e controversa da política, enfatiza os processos micropolíticos e a ação dos atores sociais locais, indicando a necessidade de articular os micro e macroprocessos na análise de políticas¹⁰, sendo importante a caracterização clara e objetiva da política investigada, incluindo dados históricos, legislativos, contextuais, discursivos, político ideológicos, financeiro e outros¹². O presente estudo pretende investigar a política estadual de residências e sua caracterização histórica, de modo a contribuir para a análise do contexto da prática.

Utilizou-se abordagem de métodos mistos, com pesquisa documental e coleta de dados governamentais. A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) disponibilizou

documentos como legislações, relatórios e atas, e as seguintes informações dos programas de residência em área profissional da saúde, no período de 2010 a 2021: instituição, programa, categorias profissionais, ano, vagas credenciadas, órgão financiador. Os dados foram organizados em planilha do *software* Microsoft Excel[®].

Foram selecionados 36 documentos relevantes ao objetivo do estudo: D1 a D4 – planos estaduais de educação permanente em saúde (4 documentos); D5 a D24 – atas e documentos produzidos pelo fórum estadual das Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) (20 documentos); D25 a D34 – atas e documentos produzidos pela Comissão Estadual de Residências em Saúde (10 documentos); D35 a D36 – relatório dos seminários estaduais de residências em saúde (2 documentos).

A análise foi orientada pela seguinte questão: como se implementou a política estadual de residências em saúde nos aspectos da gestão e governança, e quais são as características dos programas de residência em área profissional da saúde e seu financiamento. A pesquisa documental contribuiu ainda para a compreensão dos macro e microcontextos, bem como para identificar as instâncias e os atores sociais envolvidos com o processo, os quais serão sujeitos na próxima fase do estudo. Utilizaram-se as análises descritiva e de conteúdo temática.

Destaca-se a importância da análise do conteúdo e enunciados que se apresentam nos textos da proposta política, em que é possível identificar conceitos utilizados, diferentes visões da estratégia política adotada, incongruências com o contexto e com a trajetória, dando pistas sobre o que está em disputa e as apostas em curso¹³.

A análise temática seguiu as seguintes fases: pré-análise, na qual se realizaram o primeiro contato e a organização do material coletado; exploração do material, operação classificatória para alcançar o núcleo de compreensão do texto; e tratamento dos resultados obtidos,

inferência e interpretação que culminaram em uma análise crítica e reflexiva do conteúdo coletado¹⁴.

Após a realização de todos os procedimentos, produziu-se uma análise baseada na teoria e na perspectiva dos pesquisadores, organizada nas seguintes categorias temáticas: atores da política e governança; expansão da formação e financiamento; áreas temáticas prioritárias; formação nas residências multiprofissionais em saúde.

Este artigo compõe um estudo de análise de política da pesquisa intitulada 'Formação para o SUS na agenda política: análise das residências em saúde em Pernambuco', aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto Aggeu Magalhães, parecer número 5.078.594/2021.

Atores da política e governança

São identificados atores importantes que atravessam as discussões e as práticas das residências em saúde, como: gestores federais, estaduais e municipais; coordenadores de Coremu e de programas de residência; tutores; preceptores; residentes em saúde; conselhos nacional e estadual de saúde; trabalhadores da saúde e suas representações organizadas como os conselhos profissionais; e instituições de ensino. Pode-se afirmar a relevância dos seguintes espaços de governança no âmbito da política de residências para os atores locais: as Coremu, o fórum estadual das Coremu, a comissão estadual de residências em saúde, o seminário estadual de residências em saúde, o encontro nacional de residências, os fóruns dos segmentos e coletivo de residentes.

A governança pode ser conceituada de diferentes formas. Para fins deste estudo, considera-se como o ato de bem governar as relações entre a população, os recursos e os serviços de saúde, de modo a articulá-los em função do objetivo de cuidar da saúde e materializando-se em uma estrutura responsável

pela organização dos recursos, materiais disponíveis e estratégias¹⁵.

As Coremu aparecem como um espaço importante de gestão e decisão compartilhadas entre os diversos segmentos, mas que apresentam limitações diante das fragilidades da legislação nacional, do número excessivo de programas e da efetiva participação dos profissionais residentes. Visando potencializar o trabalho das Coremu e integrá-las, foi instituído o fórum estadual das Coremu, a partir de 2016, coordenado pela SES-PE.

Segundo Cavalcante et al.¹⁶, o fórum vem preencher uma lacuna que havia nas residências em área profissional da saúde, um espaço de diálogo e de pactuação entre as comissões de residência e a SES-PE. Apontam-se como resultados iniciais:

[...] expansão de vagas de residência em áreas estratégicas do SUS PE, formação específica para preceptores, qualificação do processo seletivo, oferta de formação para coordenadores de programas de residência, constituição de grupo de trabalho para discutir a formação em enfermagem obstétrica e estabelecimento de diretrizes estaduais para a organização dos programas e dos campos de prática¹⁷⁽¹⁹⁾.

No sentido de fortalecer os espaços colegiados de gestão, ampliando a participação dos demais atores, constituiu-se, em 2019, no III Seminário Estadual de Residências em Saúde, uma comissão estadual de residências, como pauta estratégica, naquele contexto, para o fortalecimento da política no estado e na região Nordeste. Considerando aquela conjuntura, a intencionalidade dos atores não era apenas de construir uma comissão estadual para intervir nos problemas locais de gestão das residências, estrutura inexistente até então no âmbito da política nacional, mas também de pressionar politicamente a CNRMS e fortalecer a representação dos coletivos organizados, como os fóruns de segmentos, nos diversos espaços de gestão.

Destacam-se como dispositivos de governança: a realização de encontros anuais que

discutam as residências em área profissional da saúde, como o encontro nacional de residências, mobilizado pelos fóruns de segmento; e os seminários estaduais de residências em saúde. A construção coletiva e a representatividade são elementos-chave desses espaços, em que a discussão sobre a governança da política de residências em saúde visa fortalecer a gestão participativa, possibilitando a compreensão das diferentes realidades e contextos locorregionais dos programas de residência e dos serviços de saúde¹⁸.

Um ponto crítico da gestão e governança da política de residências no âmbito local é a constatação dos impactos adversos da ausência do funcionamento da CNRMS, da frágil coordenação nacional e da precária regulamentação da política de residência em área profissional da saúde. Destaca-se ainda a percepção de que a retomada do funcionamento da comissão nacional no contexto autoritário vivido no País seria prejudicial ao desenvolvimento das residências em área profissional da saúde, reforçando a importância do fortalecimento da política estadual. A retomada da CNRMS aconteceu em 2021¹⁹,

[...] sem considerar todo processo histórico acumulado e amplamente pactuado entre os atores desta modalidade de formação acerca de seus instrumentos de regulação e regulamentação, e sem diálogo com os atores do movimento de residências²⁰⁽⁵⁾.

Está presente, ainda, a compreensão de que é necessário fortalecer a pauta da educação permanente e das residências em saúde nas instâncias de pactuação do SUS. Faz-se necessário avançar nas parcerias e pactuações com a rede de serviços de saúde dos municípios para que os gestores compreendam a importância da formação em serviço para mudança das práticas e qualificação dos trabalhadores da rede²¹.

A estruturação da educação permanente em saúde nos municípios e

[...] o reconhecimento do plano estadual de educação permanente em saúde é fundamental para que os gestores compreendam a diretriz da residência como estratégia de melhoria das práticas e fortalecimento do SUS²⁰⁽²⁰⁾.

Na trajetória das residências em saúde em Pernambuco, observam-se estratégias e arranjos locais que visam ao aprimoramento das práticas de governança. A política foi sofrendo ajustes e sendo adaptada pelos diversos atores e instituições à medida que novos espaços colegiados foram criados, regulamentados e experimentados. No contexto da prática, é onde se verifica a política em uso, em que ela, de fato, efetiva-se, e no qual ocorrem os ajustes secundários, ou seja, as adaptações e as recriações que os atores precisam fazer para dar conta da própria política²². Ball⁹ destaca que os ajustes secundários, que relacionam os atores às políticas e ao Estado de maneiras diferentes, podem criar nos contextos respostas de política que se ajustam, mas não criam pressões para mudanças radicais, ou respostas disruptivas, ou seja, respostas que tentam alterar radicalmente a estrutura ou abandoná-la.

Vislumbra-se, na atual conjuntura, um importante desafio para os atores locais, com o surgimento recente das comissões descentralizadas multiprofissionais de residência – Codemu, instância auxiliar à CNRMS, que deverá ser constituída por Unidade da Federação (UF)^{19,23}. Diferentemente do que foi desenvolvido no estado, essa comissão descentralizada não prevê na sua composição a participação dos gestores estaduais e municipais, do controle social, e ainda nega a existência e o papel histórico dos fóruns de coordenadores, preceptores, tutores e residentes.

Observa-se que a política de residência, compreendendo os papéis e os poderes dos diversos atores, tomou contornos bem específicos no estado, no que se refere à produção de espaços de gestão compartilhada e ao papel exercido pela gestão estadual da saúde, ainda que persistam desafios. As adequações e os

ajustes locais à gestão dessa política de formação não alcançaram mudanças estruturais, tampouco conseguiram, até onde pôde ser verificado, influenciar outras UF ou até mesmo o gestor nacional da política em análise.

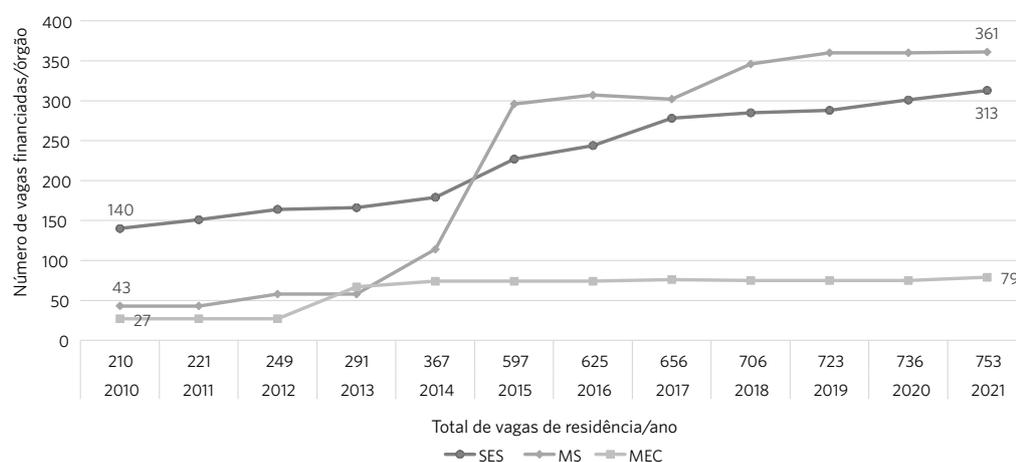
Expansão da formação e financiamento

A expressiva expansão de vagas de residência em área profissional da saúde observada na série histórica (incremento de 258,57%) é resultado dos incentivos do MS e da existência

de uma sólida linha de financiamento para bolsas de residência com recursos do tesouro estadual, a qual foi decisiva desde os primeiros programas implantados e nos momentos de redução do financiamento federal, como fica evidenciado a partir do ano de 2016 (*gráfico 1*).

Constata-se que a SES-PE foi, inicialmente, o principal órgão financiador, respondendo por 66,67% das bolsas em 2010. Ao final do período (2021), sua participação era de 41,57% devido ao progressivo incremento de recursos federais, mais expressivo por parte do MS, entre 2014 e 2015 (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Evolução das vagas nos programas de residência em área profissional da saúde, por órgão financiador e ano, no estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2010 a 2021



Fonte: elaboração própria.

Com uma expansão média de 49,36 vagas por ano, destaca-se o aumento de 230 vagas em 2015, um incremento de 62,67% em relação ao ano anterior (*gráfico 1*). Parte desse resultado é reflexo dos incentivos do MS, que multiplicou por sete o número de vagas de residência financiadas pelo órgão para o ano de 2015 desde o início da série histórica.

Observou-se que a adesão ao programa nacional de bolsas, com financiamento vinculado à definição de áreas prioritárias, foi decisiva para a expansão das residências, principalmente as multiprofissionais, somada à participação

do governo do estado, que aparece como importante financiador de bolsas de residências em saúde ao longo de todo o período.

Sarmiento et al.²⁴ apontam que, entre 2010 e 2015, foram aprovados 320 novos programas de residência em área profissional da saúde nas diferentes regiões do Brasil, com bolsas financiadas pelo MS. A região Sudeste foi a mais contemplada em todo o País (46,3%), ficando o Nordeste em segundo lugar (20,6%)²⁴. Segundo as autoras, todos os estados do Nordeste aprovaram projetos de residência com bolsas do MS, com a maior frequência observada em

2014. Pernambuco apresentou o maior número de programas aprovados nessa região, com 7,8% de todos os programas aprovados nacionalmente, seguido pelo estado do Ceará, com 5,6%, e da Bahia com 4,1%²⁴.

Evidencia-se certa continuidade na gestão local da política, tanto no aspecto da governança quanto na garantia do financiamento das bolsas, a despeito das incertezas relacionadas com o contexto nacional. No entanto, é importante destacar o discurso de que alguns coordenadores de programa de residência não se envolvem em espaços de debate nem se conectam às pautas nacionais, talvez porque,

[...] não estejam sentindo o impacto, pelo fato da SES-PE está sustentando grande parte das bolsas, e outros estados que estão sem uma política forte estadual, estão sofrendo, reduzindo vagas e fechando residências²⁵⁽¹²⁾.

Para além do financiamento das bolsas dos residentes, aponta-se a necessidade de recursos para promover a implementação da política de residência, incluindo melhorias estruturais dos serviços e valorização dos profissionais preceptores. Algumas dificuldades são vislumbradas no processo de expansão das residências, como a existência de vínculos precários dos preceptores, dificuldades estruturais e financeiras das instituições e secretarias municipais de saúde, dificuldade em garantir equipe pedagógica descentralizada como tutoria e docência. Portanto, observa-se que, nos ciclos de expansão dos programas de residência, optou-se por expandir o financiamento de bolsas, entretanto sem construir mecanismos que garantam a estrutura e a qualidade dos programas.

Nesse sentido, é importante destacar que um programa de formação de trabalhadores para o SUS, de forma isolada, não será suficiente para superar o desafio de ordenar a formação de acordo com as necessidades de saúde, sem buscar condições para a valorização desses trabalhadores e do seu trabalho. Destarte, a consolidação do campo da gestão do trabalho e educação na saúde enquanto política de Estado ainda persiste como um grande desafio para o SUS.

Apresenta-se ainda como entrave para a expansão de programas: a instabilidade relacionada com o sistema de informação do Ministério da Educação; o desalinhamento dos prazos de cadastro, avaliação e aprovação dos programas com os editais de financiamento de bolsas do MS e a realização do processo seletivo no estado; e a necessidade de abertura de novas Coremu. Observou-se que a expansão de programas e vagas de residência em área profissional da saúde não foi acompanhada na mesma proporção da abertura de novas Coremu, o que pode indicar dificuldades na gestão e desenvolvimento desses programas.

Áreas temáticas prioritárias

Os 116 programas de residência em área profissional da saúde em funcionamento no estado de Pernambuco em 2021 foram agrupados por áreas temáticas, usando como referência a organização das câmaras técnicas da CNRMS^{4,26}, adaptando-a para alinhá-la à discussão de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (*quadro 1*).

Quadro 1. Distribuição dos programas de residência em área profissional da saúde por área temática em 2021, Pernambuco, Brasil

Áreas Temáticas	Programas de Residência em Área Profissional da Saúde
Atenção hospitalar	Multiprofissional em cuidados paliativos, Enfermagem cirúrgica, Enfermagem em centro cirúrgico, Enfermagem em clínica e cirurgia, Enfermagem em diagnóstico por imagem, Enfermagem em Transplante Cardíaco e Assistência Ventilatória Mecânica, Cirurgia e Traumato-buco-maxilo-facial, Odontologia Hospitalar, Farmácia, Nutrição, Multiprofissional de interiorização de atenção à saúde
Atenção especializada à saúde	Multiprofissional em saúde do idoso, Enfermagem em cardiologia, Enfermagem em hematologia e hemoterapia, Enfermagem em infectologia, Enfermagem em nefrologia, Enfermagem em neurologia / neurocirurgia, Enfermagem em pneumologia, Multiprofissional em saúde em nefrologia, multiprofissional em cardiologia
Intensivismo, urgência e emergência	Enfermagem em emergência geral, Enfermagem em UTI, Enfermagem pré-hospitalar, Enfermagem em urgência em emergência, Fisioterapia respiratória, Fisioterapia terapia intensiva, Fisioterapia hospitalar com ênfase em cardiorrespiratória, Multiprofissional em urgência, emergência e trauma, Multiprofissional em terapia intensiva
Atenção oncológica	Física médica, Enfermagem em oncologia, Odontologia com enfoque em oncologia, Multiprofissional em atenção ao câncer e cuidados paliativos, Multiprofissional em oncologia
Atenção básica, saúde da família e comunidade	Multiprofissional em saúde da família, Multiprofissional de interiorização de atenção à saúde
Saúde coletiva	Multiprofissional em saúde coletiva, Odontologia em saúde coletiva, Multiprofissional em vigilância em saúde
Saúde da criança e do adolescente	Enfermagem em saúde da criança, Odontologia pediátrica, Multiprofissional em neonatologia
Saúde da mulher	Enfermagem em saúde da mulher, Enfermagem obstétrica, Multiprofissional em saúde da mulher
Saúde funcional/Reabilitação física	Enfermagem em Ortopedia/Traumatologia, Multiprofissional em reabilitação física
Saúde mental	Psicologia, Enfermagem em psiquiatria, Multiprofissional na rede de atenção psicossocial, Multiprofissional em saúde mental
Saúde animal e ambiental	Medicina veterinária

Fonte: elaboração própria.

Dentre as 753 vagas de residência em área profissional da saúde ofertadas em 2021, as áreas temáticas com números mais expressivos foram: atenção básica, saúde da família e comunidade (172); saúde coletiva (142); atenção hospitalar (106); intensivismo, urgência e emergência (80); e saúde da mulher (65) (*gráfico 2*). Quanto à expansão de vagas no período de 2010 a 2021, verificou-se um maior crescimento proporcional na área saúde animal e ambiental, devido à abertura de dois programas em medicina veterinária, com 22 vagas. Em seguida, aparecem as áreas temáticas atenção oncológica (800%), saúde coletiva (468%) e intensivismo, urgência e emergência (400%) (*gráfico 2*).

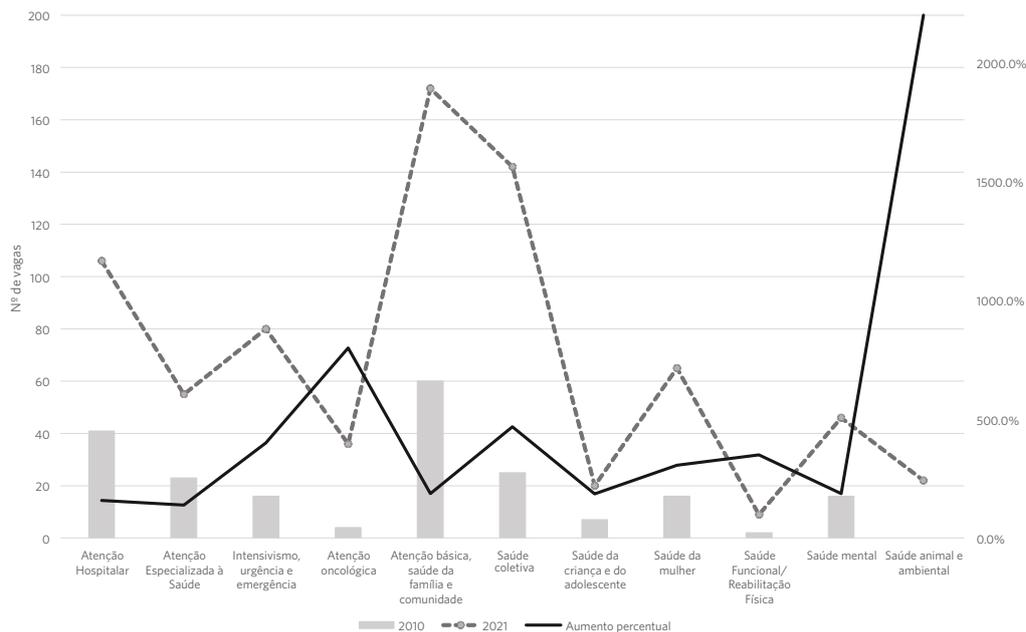
Observou-se ainda um crescimento importante nas áreas temáticas saúde da mulher (306,25%), saúde mental (187,50%), atenção básica, saúde da família e comunidade (186,67%) e na saúde da criança e do adolescente (185,71%). A formação voltada à estruturação da atenção às doenças crônicas pode ser evidenciada na variedade de programas que se organizaram nas áreas temáticas atenção hospitalar e atenção especializada à saúde ao longo do período (*quadro 1; gráfico 2*).

Os documentos apontam para a necessidade de ampliação da oferta de formação em áreas estratégicas para atender à organização das RAS no estado, destacando-se as redes de urgência e emergência, materno-infantil, atenção

às doenças crônicas, atenção oncológica, atenção psicossocial, atenção primária à saúde, indo ao encontro dos dados apresentados na

série histórica que demonstram expansão dos programas de residências nessas áreas temáticas (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Evolução das vagas de residência em área profissional da saúde por área temática, Pernambuco, Brasil, 2010 a 2021



Fonte: elaboração própria.

Pode-se observar que as discussões realizadas no estado em relação às áreas prioritárias para a formação de especialistas em área profissional da saúde apontadas na análise documental se concretizaram, em certa medida, com a abertura de programas de residência (*gráfico 2*). O desafio que se apresenta é a efetiva incorporação desses trabalhadores nos serviços de saúde municipais e estaduais em uma rede integrada e regionalizada.

Considerando a diversidade de programas e suas variadas inserções no território, reflexões precisam ser feitas para que a formação de profissionais de saúde esteja, de fato, voltada para as reais necessidades da população, e para que ocorram mudanças nos processos de trabalho em saúde. Essa modalidade de ensino tem contribuído para qualificação dos trabalhadores da saúde no sentido de compreenderem as necessidades da saúde pública

e utilizarem as estratégias formativas para desconstruir o modelo biomédico que ainda é hegemônico no sistema de saúde¹⁸.

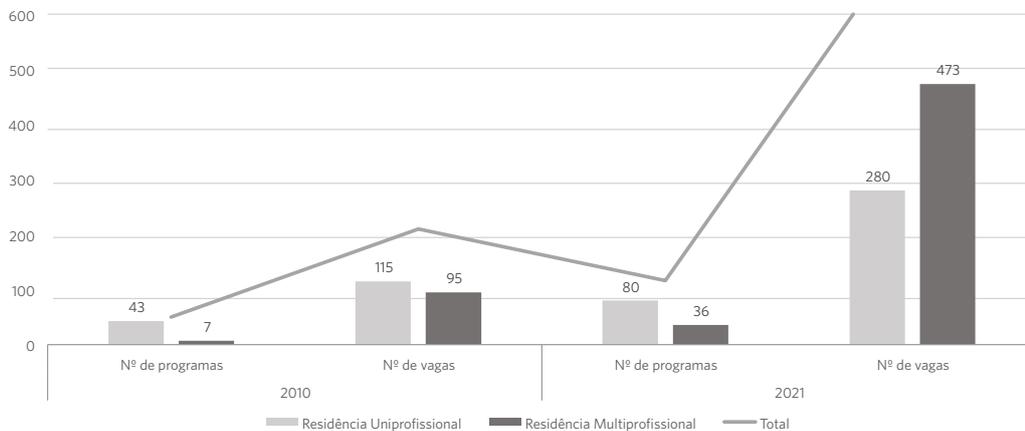
As residências em saúde foram apresentadas, entre as políticas de formação de recursos humanos para a saúde, como uma estratégia do Estado para formar profissionais com perfil voltado para a transformação das práticas, com uma nova compreensão da saúde e de intervenções que visam à implantação do SUS²⁷. A partir da expansão de programas de residências evidenciada em Pernambuco, e da afirmação do papel que essa estratégia formativa exerce na estruturação das RAS, ressalta-se a importância de articulação de políticas no âmbito da gestão do trabalho e da educação na saúde para fazer face à adequada formação e à absorção desses trabalhadores para atuarem efetivamente no SUS.

Formação nas residências multiprofissionais em saúde

Observou-se um incremento de 397,89% nas vagas de residências multiprofissionais em

saúde no período analisado, e um aumento de 143,48% nas residências uniprofissionais (gráfico 3), culminado, no final da série histórica, em, respectivamente, 473 e 280 vagas nesses programas.

Gráfico 3. Evolução dos programas e vagas de residência em área profissional da saúde nas modalidades uniprofissional e multiprofissional no período de 2010 a 2021, Pernambuco, Brasil



Fonte: elaboração própria.

Quando se analisa a expansão das residências multiprofissionais em saúde por áreas temáticas, observa-se a abertura de programas em áreas nas quais só havia programas uniprofissionais no início da série histórica, como atenção hospitalar, saúde funcional/reabilitação física, atenção especializada à saúde, atenção oncológica, intensivismo, urgência e emergência, saúde da criança e do adolescente e saúde da mulher (tabela 1). Na atenção hospitalar, apesar da expansão de programas multiprofissionais, as vagas em programas uniprofissionais ainda são predominantes (tabela 1).

É importante destacar o papel desempenhado pela residência multiprofissional no ambiente hospitalar. Ainda se verificam dificuldades em consolidar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar na residência multiprofissional desenvolvida em hospitais, em parte às limitações existentes na formação dos profissionais de saúde na graduação, ao corporativismo, à relação desses profissionais residentes com os médicos e à hegemonia do modelo em saúde centrado na atenção individual, curativa e privativa²⁸.

Tabela 1. Número de vagas em programas de residência uniprofissional e multiprofissional por área temática nos anos 2010 e 2021, Pernambuco, Brasil

Área Temática	Uniprofissional		Multiprofissional	
	2010	2021	2010	2021
Atenção hospitalar	41	76	0	30
Saúde Funcional/ Reabilitação Física	2	4	0	5
Atenção especializada à saúde	23	30	0	25
Atenção básica, saúde da família e comunidade	0	0	60	172
Atenção oncológica	4	14	0	22
Intensivismo, urgência e emergência	16	51	0	29
Saúde coletiva	0	12	25	130
Saúde da criança e do adolescente	7	14	0	6
Saúde da mulher	16	49	0	16
Saúde mental	6	8	10	38
Saúde animal e ambiental	0	22	0	0
Total	115	280	95	473

Fonte: elaboração própria.

Entende-se que as residências multiprofissionais se constituem como um dispositivo contra-hegemônico, que opera estratégias de resistência contra a reprodução acrítica da visão de mundo que predomina nas instituições de ensino, ao modelo tecnicista da educação superior e ao modelo de especialidades da residência médica, para alcançar o objetivo de enfrentar as desigualdades sociais e regionais.

Ainda há muito o que avançar no sentido de consolidar as residências multiprofissionais como uma estratégia política, que, ao mesmo tempo que promove mudanças no interior dos serviços de saúde, provoca reflexões sobre o ensino superior em saúde no Brasil. Destaca-se que a abertura de programas multiprofissionais em saúde é um movimento que deve caminhar na contramão da lógica de formação centrada no âmbito hospitalar, e que busca romper com o caráter exclusivamente biologicista na educação dos trabalhadores da saúde, o que ainda é dominante.

Dito isso, a evolução das residências multiprofissionais em saúde no estado de Pernambuco pode sinalizar a importância de políticas públicas de educação na saúde postas

de forma clara, com diretrizes e investimento. Esse papel regulatório é decisivo para que as instituições de saúde abram programas que atendam às necessidades de formação de trabalhadores, em quantidade e qualidade para o SUS local.

Essa tendência de ampliar a formação por meio de residências multiprofissionais está colocada em permanente disputa, considerando a novas diretrizes nacionais trazidas no bojo de uma ‘retomada’ da CNRMS, por meio da Portaria Interministerial nº 7/2021¹⁹. Não obstante, com conceitos divergentes, concentração de poder no Ministério da Educação e nos conselhos de categorias profissionais, a ‘nova’ CNRMS apresenta estrutura e funcionamento que exclui os atores e as representações que se organizam historicamente em torno das residências em saúde, descaracterizando a formação multiprofissional a ser desenvolvida nas RAS e dando ênfase às residências uniprofissionais e ao retorno à lógica hospitalocêntrica e curativa.

Em trecho do documento ‘Carta da comissão estadual de residências em saúde do estado de Pernambuco’, observa-se que os segmentos

ou as representações dos atores sociais dos programas de residência no estado, apesar de afirmarem aguardar “há bastante tempo a reativação da CNRMS”²⁹⁽¹⁾, apresentam posicionamento contrário ao movimento conduzido pelos Ministérios da Saúde e da Educação:

Destacamos ainda que a referida Portaria vai de encontro aos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e descaracteriza a formação multiprofissional, que valoriza o trabalho em equipe como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, que aprofunda a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar a articulação das ações e dos saberes²⁹⁽¹⁾.

Em relação às mudanças recentes na política nacional de residências em área profissional da saúde, entende-se que

[...] as medidas adotadas pelo governo federal embora pareçam contribuir com as residências, na verdade, visam enfraquecer os princípios e diretrizes defendidos pelo SUS²⁰⁽¹⁴⁾.

Isso reforça, entre os atores locais, a necessidade de fortalecer a política estadual, por meio da construção de estratégias e ações que viabilizam a produção cotidiana da política pública na reorientação do modelo de formação, e contrapondo-se ao ‘modelo de gestão federal’ posicionando-se enquanto coletivo. A formação dos agentes das práticas de saúde é determinada por um conjunto de interesses e forças que se movem, tanto no sentido da reprodução quanto da transformação do sistema de educação e de saúde, e o desafio que se apresenta é o de orientá-las para atender às necessidades de saúde da população.

Considerações finais

Neste trabalho, observou-se que os movimentos locais de organização coletiva dos espaços

de governança da política de residência em área profissional da saúde contribuíram para uma certa estabilidade na gestão e no financiamento, a despeito dos diferentes contextos nacionais e das mudanças na concepção, nas diretrizes e nos rumos da política nacional, especialmente a partir de 2016. Espaços de governança locais, como o fórum estadual de Coremu, comissão estadual de residências e seminário estadual, foram se consolidando como alternativas diante da ausência da CNRMS e da falta de condução da política no âmbito nacional.

Compreendendo que a política está sujeita a interpretação e recriação pelos atores que atuam nos territórios onde se desenvolve, a pesquisa forneceu pistas de como os atores locais transformam a política original, adaptando-a. Como toda produção científica apresenta limitações, ao tomar como base a pesquisa documental, ainda que permita a compreensão do objeto em sua contextualização histórica, este estudo indica a necessidade de outras investigações que aprofundem as questões aqui discutidas, visando obter uma compreensão processual e interpretativa dos caminhos percorridos e a visão dos diversos atores no contexto da prática.

Pode-se afirmar que as residências em saúde se apresentam como uma política de Estado em Pernambuco, consolidando-se, ao longo do período estudado, com inovações no âmbito da gestão local, expressiva expansão de vagas e de financiamento de bolsas. Contudo, ainda não é possível afirmar se esse movimento local conseguiu produzir mudanças estruturais na política estadual, resistindo a possíveis mudanças de gestão, tampouco influenciou a gestão nacional da política. A tão aguardada retomada das atividades da comissão nacional tem sido recebida com preocupação, considerando o contexto político e a falta de representatividade dos atores sociais, e trazendo, entre outros desafios locais, a implantação, ainda em andamento, da Codemu.

Verificou-se que o investimento ordenado e incremental nessa modalidade de formação

contribuiu para a afirmação das residências em saúde como parte fundamental de uma política de educação dos trabalhadores de saúde para o SUS. Linhas de financiamento de bolsas de residência direcionadas às áreas prioritárias resultaram em expressiva expansão da formação, em destaque para as residências multiprofissionais. Entretanto, nos últimos anos, observou-se certa estabilidade na velocidade de ampliação.

Frágil coordenação nacional, redução de investimento federal em bolsas, dificuldades locais para desenvolvimento dos programas são alguns aspectos que influenciam esse cenário. Faz-se necessário que as políticas de formação profissional se estruturam no campo da política de gestão do trabalho e da educação na saúde e se consolidem como importante estratégia para atender às necessidades do SUS e à organização das RAS. Estudos de caso como o apresentado nesta pesquisa podem indicar caminhos e possibilidades de superação das dificuldades.

A análise das áreas temáticas demonstra a variedade de programas de residência formando profissionais para atuar em diversas redes de atenção, e a necessidade de estudos locais regionais que apontem as áreas prioritárias para abertura de novas residências em área profissional da saúde no estado, de modo a contemplar os principais problemas de saúde e a distribuição regional.

As estratégias de governança desenvolvidas no nível local para viabilizar a oferta e a expansão da formação de profissionais para o SUS são movimentos de resistência

aos cortes orçamentários federais e ao frágil papel exercido pelos Ministérios da Saúde e da Educação. O desenvolvimento da política ocorreu a despeito da irregularidade no funcionamento da CNRMS, a qual tem papel de regulamentação, regulação e avaliação da formação em nível nacional. No entanto, a efetiva consolidação da política nacional de residência em área profissional da saúde, que caminhe no sentido de concretizar o desafio da ordenação da formação de profissionais para o SUS, passa pelo adequado funcionamento da CNRMS, não de modo cartesiano e burocrático, mas de forma participativa e que se volte para o fortalecimento da gestão descentralizada.

A educação superior em saúde no Brasil ainda apresenta desafios para que a formação de profissionais de saúde se consolide como uma força motriz para o processo de mudança para fazer avançar o SUS. É nesse sentido que se reafirma a implementação de uma política de formação de profissionais de saúde para atuação no SUS que, pautada pelo ensino em serviço, tem o trabalho em saúde como princípio educativo.

Colaboradores

Santos JS (0000-0002-4784-5639)* contribuiu para a concepção do estudo, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito original, revisão e edição final. Santos Neto PM (0000-0001-5665-0924)* contribuiu para a concepção do estudo, revisão do manuscrito e edição final.■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019 [acesso em 2022 ago 16]; (23):e170691. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>.
2. Dallegre D, Kruse MHL. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2009 [acesso em 2022 ago 16]; 13(28):213-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100018>.
3. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *REME rev. min. enferm.* 2006 [acesso em 2022 jun 29]; 10(4):435-439. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v10n4/v10n4a20.pdf>.
4. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União*. 16 Abr 2012.
5. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, et al. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto & contexto enferm.* 2016 [acesso em 2022 jul 31]; 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>.
6. Dallegre D, Ceccim RB. Residências em saúde: o que há na produção de teses e dissertações? *Interface (Botucatu)*. 2013 [acesso em 2022 ago 16]; 17(47):759-776. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>.
7. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde debate*. 2015 [acesso em 2022 ago 16]; 39(104):210-225. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040201>.
8. Ball SJ, Bowe R. Subject departments and the 'implementation' of National Curriculum policy: an overview of the issues. *J. Curric. Stud.* 1992 [acesso em 2021 out 25]; 24(2):97-115. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/0022027920240201>.
9. Ball SJ. What Is Policy? Texts, Trajectories and Toolboxes. *Discourse: Stud. Cult. Polit. Educat.* 1993 [acesso em 2021 out 25]; 13(2):10-17. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0159630930130203>.
10. Mainardes J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educ. Soc.* 2006 [acesso em 2021 out 25]; 27(94):47-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302006000100003>.
11. Rezende M, Baptista TWF. A análise da política proposta por Ball. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 273-283.
12. Mainardes J. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da Política Educacional. *J. Polít. Educ.* 2018 [acesso em 2021 out 25]; 12(16). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/jpe.v12i0.59217>.
13. Baptista TWF, Mattos RA. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 83-149.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Teixeira C, Silveira P, organizadoras. *Glossário de análise política em Saúde*. Salvador: Edufba; 2016. 222 p. [acesso em 2022 jul 29]. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/22110>.
16. Cavalcante LM, Almeida TC, Martins EMLR, et al. Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco. In: Santos JS, Felipe DA, organizadoras. *Experiências em educação permanente em saúde*.

- de no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede. 1. ed. Recife: Secretaria de Saúde; 2019. p. 33-52. (v. 1).
17. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Plano de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco. Recife: Secretaria de Saúde; 2018. 102 p.
 18. Andrade KR. Residência Multiprofissional em Saúde: a formação em serviço no Brasil. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2020. 203 p. [acesso em 2022 ago 16]. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/23175>.
 19. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. 17 Set 2021.
 20. Pernambuco. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Relatório Final: IV Seminário Estadual de Residências em Saúde – Saúde e democracia: Pernambuco na defesa das Residências em Saúde e do SUS. Recife: SES; 2021. 29 p.
 21. Meneses JR, Ceccim RB, Martins GC, et al. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: Ceccim RB, Meneses LBA, Soares VL, et al., organizadores. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 33-48. [acesso em 2022 jul 30]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/179754>.
 22. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Debate: A abordagem do ciclo de políticas como epistemologia. Canal PPGE UEPG [Youtube]. Vídeo: 98 min. 2020 jul 28. [acesso em 2021 jul 3]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-GAI4RnAuys>.
 23. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 1, de 03 de março de 2022. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência – CODEMUs. Diário Oficial da União. 4 Mar 2022.
 24. Sarmento LF, França T, Medeiros KR, et al. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade residência multiprofissional em saúde. Saúde debate. 2017 [acesso em 2022 ago 16]; 41(113):415-424. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711306>.
 25. Pernambuco. Governo do Estado, Secretaria de Saúde. Relatório Final: III Seminário Estadual de Residências em Saúde – Residências no SUS em Pernambuco: Agir e Resistir. Pernambuco: SES; 2019. 27 p.
 26. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 Jan 2012.
 27. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. Trab. Educ. Saúde. 2009 [acesso em 2022 jun 15]; 7(3):479-498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000300006>.
 28. Cavallet LHR. Formação e(m) serviço: a residência multiprofissional em atenção hospitalar no discurso de egressos. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2016. 144 p. [acesso em 2022 ago 29]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/45167>.
 29. Pernambuco. Comissão Estadual de Residências em Saúde. Carta da comissão estadual de residências em saúde do estado de Pernambuco. Recife: CERS; 2021. 2 p.

Recebido em 29/09/2022
Aprovado em 05/04/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Spatial and temporal patterns of infant mortality and its components in Rio de Janeiro

Padrões espaciais e temporais da mortalidade infantil e seus componentes no Rio de Janeiro

Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues^{1,2}, Denise Leite Maia Monteiro¹, Valéria Teresa Saraiva Lino², Mônica Kramer de Noronha Andrade²

DOI: 10.1590/0103-1104202313812

ABSTRACT Objectives. The study aims to assess the trend of neonatal, post-neonatal, and infant mortality from 1996 to 2020 within the metropolitan region of the state of Rio de Janeiro and other regions. Methods. Ecological study using the region as analysis unity. Data were accessed from the Mortality Information System and Live Birth Information System in the capital Rio de Janeiro, in the neighboring areas of Niterói, São Gonçalo, Baixada Fluminense, and the remaining regions of the state of Rio de Janeiro State. We applied Poisson multilevel modeling, where the models' response variables were infant mortality and its neonatal and post neonatal components. Fixed effects of the adjusted models were region and death year variables. Results. During the 1996-2020 period, the Baixada Fluminense showed the highest infant mortality rate as to its neonatal and post neonatal components. All adjusted models showed that the more recent the year the lower the mortality risk. Niterói showed the lowest adjusted risk of infant mortality and its neonatal and post neonatal components. Conclusion. Baixada Fluminense showed the highest mortality risk for infant mortality and its neonatal and post-neonatal components in the metropolitan region. The stabilization in mortality rates in recent years was identified by the research.

KEYWORDS Infant mortality. Epidemiology. Longitudinal studies. Multilevel analysis. Spatial analysis.

RESUMO *Objetivos. Avaliar a tendência da mortalidade neonatal, pós-neonatal e infantil de 1996 a 2020, na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro e nas outras regiões. Métodos. Estudo ecológico utilizando regiões como unidade de análise. Os dados foram acessados no Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos da Capital (Rio de Janeiro), dos territórios vizinhos (Niterói, São Gonçalo e Baixada Fluminense) e das outras regiões do Estado do Rio de Janeiro. Utilizamos a modelagem multinível de Poisson, onde as variáveis de resposta dos modelos foram mortalidade infantil e seus componentes neonatal e pós-neonatal. Os efeitos fixos dos modelos ajustados foram região e ano da morte. Resultados. No período 1996-2020, a Baixada Fluminense apresentou a maior taxa de mortalidade infantil de seus componentes neonatal e pós-natal na região metropolitana. Todos os modelos ajustados mostraram que quanto mais recente o ano, menor o risco de mortalidade. O risco ajustado da mortalidade infantil e seus componentes neonatal e pós-neonatal foi menor em Niterói. Conclusão. A Baixada Fluminense apresentou o maior risco de mortalidade infantil e de seus componentes neonatal e pós-neonatal na região metropolitana. Detectamos estabilização das taxas de mortalidade nos últimos anos.*

PALAVRAS-CHAVE *Mortalidade infantil. Epidemiologia. Estudo longitudinal. Análise multinível. Análise espacial.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nadiacristinapr@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introduction

Infant mortality measures the occurrence of deaths within the first year of life, while its two components, neonatal and post neonatal, measure the deaths during the first 27 days of life and the deaths between the 28th and the 364th, respectively¹.

The infant mortality rate is an indicator of a population's quality of life and level of development. Most deaths occur within the first year of life, especially during the first month. Perinatal mortality from causes such as prematurity is still quite high. Factors related to pregnancy, childbirth, congenital syphilis, and the puerperium, generally preventable with more qualified care, are related to these causes². The mortality in the first week of life depends mainly on technology, given the need for a neonatal intensive care unit. It is also influenced by maternal conditions, which, if properly administered in primary or specialized care, can reduce perinatal infections, prematurity, low birth weight, and other problems, avoiding the need of high technology for newborns². Post-neonatal mortality can also be reduced by actions aimed at primary care, in addition to the development of intersectoral actions that address socio-economic and environmental issues, such as basic sanitation³.

Within the metropolitan area of Rio de Janeiro State, the cities of Niterói and Rio de Janeiro show the highest Human Development Index (HDI), respectively 0.84 and 0.80, while the average HDI in Baixada Fluminense is 0.70, as for 2010 data⁴. The average monthly income per capita in the cities of Niterói and Rio de Janeiro is also the highest in the state, respectively 1951 and 1422 reais, while the average income of the municipalities in the Baixada Fluminense is 550 reais, as for 2010 data⁵.

Considerable progress has been made in reducing infant deaths worldwide over the last decades. The infant mortality rate in the United States decreased from 2017 to 2018, varying from 5.8/1,000 to 5.7/1,000⁶. The reduction of poverty and the expansion of health

care caused infant mortality to decrease in many countries. However, Sub-Saharan Africa still depicts very high levels of infant mortality, although also experiencing significant reductions in infant mortality rates, which varied from 106.6/1,000 in 1990 to 51.7/1,000 in 2019⁷. In poor countries, the greater challenge is to reduce neonatal mortality. In Tanzania, for example, there was little variation in neonatal mortality rates from 2004 (27/1,000) to 2016 (22/1,000). However, post neonatal mortality rates showed a significant reduction, from 35/1,000 in 2004 to 16/1,000 in 2016⁸. In developed countries, these mortality rates are lower. In the United States, for example, the population groups showing the highest mortality rates, e.g. blacks and indigenous people, neonatal and post neonatal death rates were 7.16/1,000 and 4.41/1,000, respectively (2017)⁹.

Infant mortality rates in Brazil have declined in the last three decades. However, they can still be considered high in some regions of the country as per international standards¹⁰. From 2003 to 2017, the infant mortality rate in Brazil varied from 22.5/1,000 in 2003 to 13.4/1,000 in 2017¹¹.

From 2000 to 2013, the preventable mortality rates in southeastern Brazil reduced 4.5%. The reduction was attributed to the better quality of care during childbirth¹². The Northeast is one of the regions showing the highest percentage of preventable deaths. Data from 1980 to 2012 indicate that almost 80% of deaths in the region are considered preventable and 51% could be reduced with adequate care during pregnancy¹³. Improving the Health System contributes to reducing preventable infant mortality. Prenatal quality is critical to avoiding preventable pregnancy deaths.

The reduction of some preventable mortality causes, such as the reduction of the newborn respiratory distress syndrome, intrauterine hypoxia, asphyxia at birth, and neonatal aspiration syndrome, detected in southeastern Brazil from 2000 to 2013, seems to have brought about positive effects in the reduction of infant mortality¹². Data indicate

a sharp decrease in infant mortality and its neonatal and post neonatal components, not only in the Southeast Region but also in Brazil as a whole¹⁴. On the other hand, there is some evidence that mortality levels stopped decreasing between 2015 and 2016¹⁵. This study aimed to assess the tendency of neonatal, post neonatal, and infant mortality among metropolitan regions of the state of Rio de Janeiro and other regions of the state from 1996 to 2020.

Material and methods

This is an ecological study using public data from the Mortality Information System (SIM) and the Live Birth Information System (SINASC), available on the website of the Informatics Department of the Unified Health System. We used the territorial geo-referenced mesh of Brazilian municipalities (shapefile), available on the website of the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

For each selected region, we assessed the number of neonatal, post neonatal, and infant deaths, as well as the number of live births from 1996 to 2020, and calculated the annual rate of mortality per 1,000 live births.

The long study period of 24 years was chosen so to increase the consistency of the findings. To ease the envisage the descriptive analysis of mortality rates by period, both in the table and in choropleth maps, we opted to use five-year period mobile data, as per 1996-2000, 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015, and 2016-2020.

The analysis unity is the region. The study focused on the investigation of the city of Rio de Janeiro and the adjacent territories that form its metropolitan region – Niterói, São Gonçalo, and Baixada Fluminense. Baixada Fluminense itself comprises a set of municipalities – Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti and Seropédica. The rates of the other regions of the state of Rio de Janeiro

– Leste Fluminense, excluding the municipalities of Niterói and São Gonçalo; Baía da Ilha Grande; Baixada Litorânea; Centro-Sul; Médio Paraíba; Noroeste; Norte; and Serrana – were compared to Rio de Janeiro City and its adjacent regions.

The state of Rio de Janeiro is located in the southeastern of Brazil. Its capital is Rio de Janeiro City, one of the main cities of the country, whose total of inhabitants reached 6,625,849 in 2022. Niterói City is near Rio de Janeiro City and is the second most important city in the state, totaling 523,664 inhabitants in 2022. Neighboring these large cities, the Baixada Fluminense region and the municipality of São Gonçalo stand out with 929,446 and 3,419,577 inhabitants in 2022, respectively, as they are highly populated areas with worse socioeconomic conditions. It was decided to investigate the municipalities of the Baixada Fluminense as a whole, and not as single municipalities, since, in general, the region comprises municipalities facing a disorderly occupation of the urban population pertaining to the city of Rio de Janeiro that avoid the high property prices of the capital¹⁶. The municipalities of Baixada are also known as ‘dormitory cities’, as they are highly dependent on the capital for matters such as employment, specific medical exams, and hospitals.

From statistical analysis, median and interquartile ranges were used to describe mortality rates. As to compare mortality rates between regions and periods, we used the Kruskal test and pairwise comparisons, applying Kruskal Dunn’s test for multiple comparisons of independent samples, and the Holm P-value adjustment method.

We carried out Poisson multilevel modeling, with the following random effects: region (intercept), death year (slope), and death year square term (slope). Separate models were built to explain neonatal, post neonatal, and infant mortality. Fixed effects of the three adjusted models were region, death year, and death year square term. We also included an offset with the logarithm of the live births.

We calculated the deviance and standard deviation of the random effects for null and adjusted models and used analysis of variance to test the improvement of model specification by including random effects.

We used area data analysis to spatially describe the infant mortality rate by choropleth maps over the period. So to assess the spatial dependence, we calculated Univariate Moran's Local I and built Lisa Cluster Maps using Queen contiguity Weight (order of contiguity = 1).

Graphical models were constructed to supplement the analysis. The software R-Project (version 4.2.3), GeoDa (version 1.4.6), and QGIS (version 3.16) were used in the analysis.

Results

Over the period 1996-2020, within the metropolitan region, the highest rate of infant mortality and its neonatal and post neonatal components was observed in Baixada Fluminense, whose rates reached 18.79/1,000 for infant mortality, 12.44/1,000 for neonatal mortality, and 6.33/1,000 for post neonatal mortality. The post neonatal mortality rate in Baixada Fluminense was the highest of any region of the State. However, the Centro-Sul region overcame the Baixada Fluminense rates of infant and neonatal mortality, while the Norte region also overcame the Baixada Fluminense rates of neonatal mortality (*table 1*).

Table 1. Distribution of neonatal, postneonatal and infant mortality rates by the period in Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, and other regions of Rio de Janeiro State, 1996-2020

Region	Annual rate						P-value
	1996-2020	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	
Median Coefficient /1,000 live births (IQR)							
Rio de Janeiro							
Neonatal	9.58	12.01 (1.41)	10.53 (0.30)	8.73 (0.26)	7.92 (0.60)	7.99 (0.50)	0.0003
Post neonatal	4.94	6.16 (0.59)	4.90 (0.29)	4.88 (0.30)	4.31 (0.51)	3.93 (0.41)	0.0007
Infant	14.53	18.19 (1.41)	15.43 (0.30)	13.72 (0.26)	12.55 (0.60)	12.10 (0.50)	0.0002
Niterói							
Neonatal	9.30	12.09 (0.62)	11.31 (1.15)	9.05 (1.33)	6.55 (1.49)	6.79 (0.93)	0.0005
Post neonatal	4.25	5.58 (0.83)	4.22 (0.49)	3.34 (0.64)	3.87 (1.00)	3.85 (0.25)	0.003
Infant	13.55	17.24 (1.44)	15.53 (1.84)	13.11 (2.28)	10.51 (0.21)	9.98 (1.08)	0.0004
São Gonçalo							
Neonatal	10.47	13.55 (1.26)	11.05 (0.72)	10.15 (0.36)	8.03 (0.84)	7.98 (0.21)	0.0003
Post neonatal	4.60	4.86 (0.47)	4.21 (0.53)	4.70 (1.05)	4.15 (0.65)	4.89 (0.49)	0.15
Infant	15.10	18.41 (1.85)	15.38 (0.47)	14.09 (1.03)	12.11 (1.26)	12.75 (1.65)	0.0005
B Fluminense							
Neonatal	12.44	16.41 (5.35)	13.30 (2.90)	10.55 (3.02)	9.39 (2.57)	9.76 (2.54)	0.0001
Post neonatal	6.33	8.53 (3.78)	6.39 (1.72)	4.95 (1.67)	5.27 (1.68)	5.18 (1.72)	0.0001
Infant	18.79	25.97 (8.19)	19.77 (4.75)	15.69 (3.00)	14.25 (3.38)	14.98 (3.50)	0.0001
L Fluminense							
Neonatal	10.90	13.12 (5.86)	12.42 (4.00)	10.55 (4.30)	7.96 (4.89)	7.91 (4.15)	0.0001
Post neonatal	4.66	5.09 (3.35)	3.93 (4.07)	4.04 (3.43)	4.06 (3.50)	4.10 (2.13)	0.09
Infant	15.56	20.12 (5.89)	17.29 (7.83)	14.91 (4.38)	13.11 (4.86)	10.83 (4.11)	0.0001
Baía I Grande							
Neonatal	9.41	17.01 (1.65)	8.22 (0.93)	6.57 (1.36)	8.29 (0.93)	7.11 (2.32)	0.007

Table 1. Distribution of neonatal, postneonatal and infant mortality rates by the period in Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, and other regions of Rio de Janeiro State, 1996-2020

Region	Annual rate						P-value
	1996-2020	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	
	Median Coefficient /1,000 live births (IQR)						
Post neonatal	4.65	5.97 (1.97)	4.14 (2.74)	4.82 (0.35)	4.01 (1.07)	4.33 (2.16)	0.02
Infant	14.08	23.03 (3.12)	12.96 (3.76)	11.32 (0.27)	12.45 (0.48)	11.94 (4.68)	0.01
B Litorânea							
Neonatal	10.18	15.88 (3.65)	11.09 (1.18)	9.31 (0.37)	7.86 (0.45)	8.30 (0.74)	0.0009
Post neonatal	4.32	7.63 (1.90)	4.14 (0.34)	3.37 (0.50)	3.47 (0.08)	3.41 (0.56)	0.007
Infant	14.53	22.27 (2.26)	14.34 (1.03)	12.58 (0.47)	11.75 (1.12)	12.23 (1.06)	0.0009
Centro-Sul							
Neonatal	13.80	19.09 (7.62)	14.93 (5.41)	11.31 (1.84)	8.75 (0.43)	11.07 (2.45)	0.0009
Post neonatal	5.41	9.45 (3.08)	5.26 (1.18)	3.43 (1.08)	4.80 (0.95)	2.59 (1.31)	0.004
Infant	19.21	28.54 (4.99)	20.19 (7.52)	14.91 (2.01)	12.88 (1.95)	14.22 (1.89)	0.001
Médio Paraíba							
Neonatal	11.84	16.99 (0.72)	14.26 (1.96)	10.33 (1.31)	8.58 (1.13)	8.70 (0.12)	0.0005
Post neonatal	4.56	6.70 (0.41)	4.69 (0.54)	4.37 (0.28)	3.47 (0.74)	3.30 (0.75)	0.003
Infant	16.42	23.68 (0.84)	19.37 (0.84)	14.04 (1.41)	12.22 (1.01)	11.90 (0.43)	0.0004
Noroeste							
Neonatal	11.67	16.39 (1.51)	11.99 (3.08)	11.32 (2.34)	8.69 (1.77)	9.50 (0.36)	0.001
Post neonatal	4.64	8.59 (3.16)	4.44 (1.07)	4.19 (1.33)	3.01 (0.51)	3.31 (2.35)	0.05
Infant	16.32	22.48 (2.92)	17.67 (2.99)	15.51 (4.35)	11.44 (1.13)	13.02 (2.61)	0.001
Norte							
Neonatal	12.90	19.28 (1.07)	13.37 (3.54)	10.52 (0.67)	10.34 (0.33)	9.69 (1.97)	0.0009
Post neonatal	5.84	10.19 (1.79)	5.72 (0.13)	5.30 (0.54)	4.26 (0.23)	4.33 (1.31)	0.001
Infant	18.76	30.19 (1.62)	19.70 (3.87)	15.68 (0.44)	14.68 (0.53)	13.70 (0.68)	0.0003
Serrana							
Neonatal	12.12	15.98 (1.03)	13.10 (0.69)	10.81 (0.40)	10.50 (1.47)	8.58 (0.43)	0.0002
Post neonatal	4.76	6.88 (1.55)	4.69 (0.12)	4.16 (0.19)	3.74 (0.91)	3.07 (0.40)	0.0003
Infant	16.89	23.73 (1.29)	17.89 (0.66)	14.94 (0.38)	14.90 (2.07)	11.66 (0.44)	0.0002

Source: Own elaboration.

IQR = interquartile range; B Fluminense = Baixada Fluminense; L Fluminense = Leste Fluminense excluding the municipalities of Niterói and São Gonçalo; Baía I Grande = Baía da Ilha Grande; B Litorânea = Baixada Litorânea.

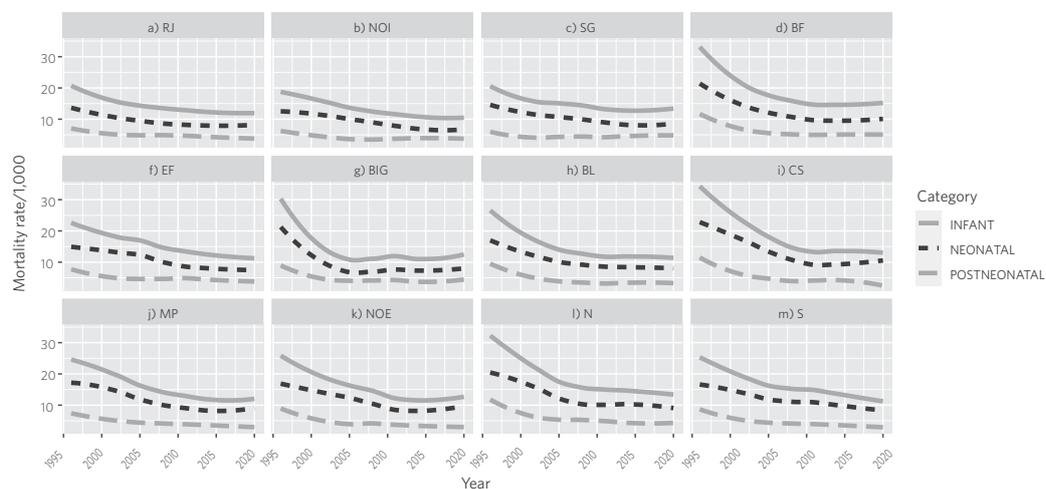
Note: Kruskal Wallis tests were used to compare the rates.

According to pairwise comparisons of Kruskal Dunn's test for multiple comparisons, infant and post neonatal mortality rates are statistically higher in Baixada Fluminense compared to all the regions of metropolitan areas (p -value<0.05). The rates in Baixada Fluminense were statistically higher for neonatal mortality than in Rio de Janeiro and Niterói (p -value<0.004),

noting that the results are not shown in the tables.

Main trends of neonatal, post neonatal, and infant mortality suggest their decreasing over time, showing a tendency toward the stabilization of rates in recent years (*figure 1*). Baixada Fluminense rates for infant, neonatal, and post neonatal mortality respectively decreased 53.26%, 42.37 %, and 57.45% from 1996 to 2020.

Figure 1. Distribution of neonatal, post neonatal, and infant mortality by region of Rio de Janeiro State, 1996-2020



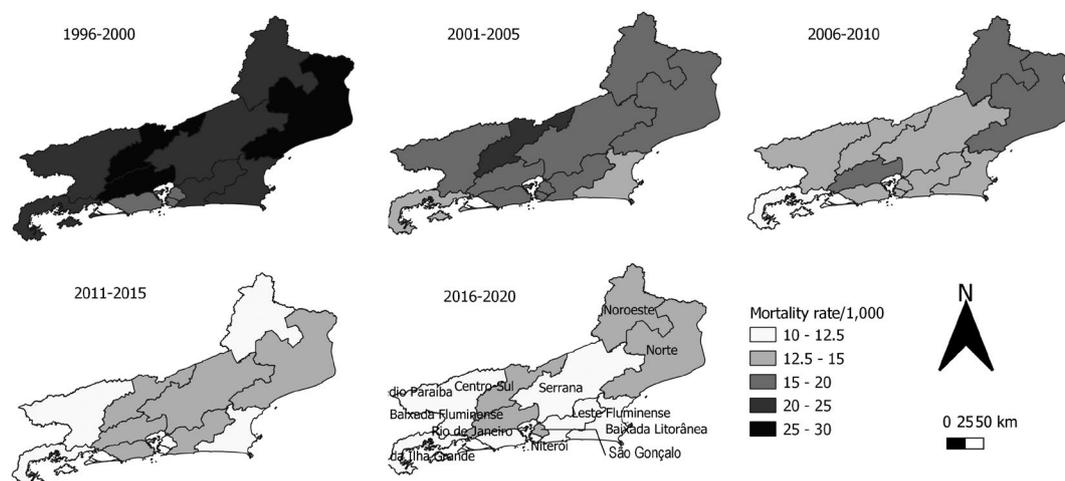
A progressive decline was observed in infant mortality rates and its neonatal component in all regions over time. In most regions, the greatest reduction in mortality rates occurred between the first two periods. For example, Baixada Fluminense showed a reduction of 23.87% in infant mortality between the first two periods, and a small reduction of 9.17% between the third and the fourth periods (*table 1*). Mostly, Baixada Fluminense, Baía de Ilha Grande, Centro-Sul, and Norte regions showed the sharpest reduction in rates over the first years of the period (*figure 1, table 1*).

According to pairwise comparisons of Kruskal Dunn's test for multiple comparisons, there was a reduction in most mortality rates over the period. Except for the post neonatal mortality rate in São Gonçalo and the regions

of Leste Fluminense and Noroeste, all mortality rates were statistically higher in the first period compared to the last ($p\text{-value} > 0.05$), noting that the results are not shown in the tables.

Figure 2 depicts the gradual reduction in the state of Rio de Janeiro as for infant mortality rates over the periods. The first period (1996-2000) revealed mortality rates between 20 and 30 deaths per 1,000 prevail, except for Rio de Janeiro, Niterói, and São Gonçalo. The second period (2001-2005) rates do not exceed 20/1,000, except for the Centro-Sul region. The third period (2006-2010) rates stay below 15/1,000 in most regions. The fourth period (2011-2015) rates are kept below 15/1,000. As for the last period (2016-2020), most regions rates remained below 12.5/1,000.

Figure 2. Distribution of infant mortality rate in Rio de Janeiro State over the time, 1996-2020



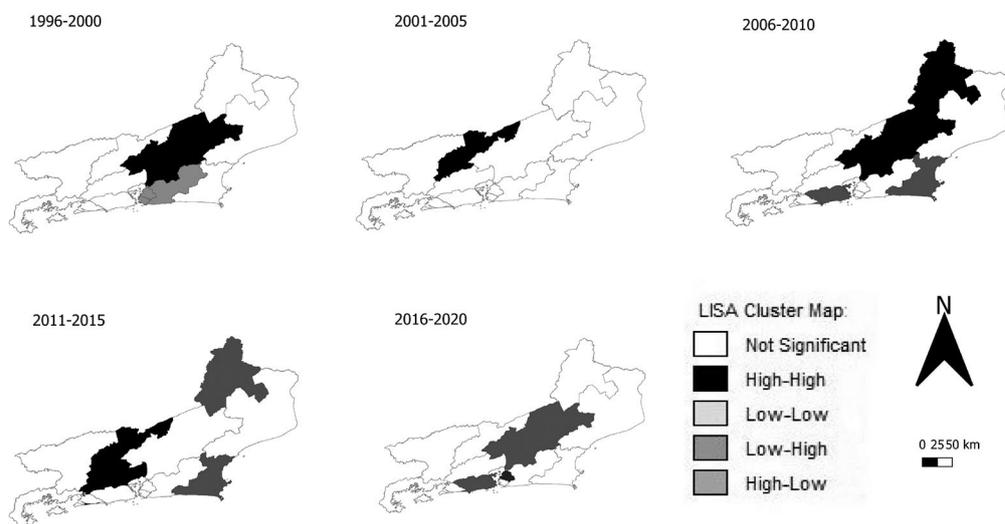
N = North; km = Kilometers.

Moran's Local I for infant mortality was 0.25 in the first period, indicating low spatial dependence, and rates of neighboring areas similar to each other. The second, third, and fourth periods showed a Moran's Local I of respectively -0.13, -0.14, and -0.16, indicating low spatial dependence, and different rates of neighboring areas. As for the last period, Moran's Local I stayed close to zero (0.04), indicating an absence of spatial autocorrelation, noted the results are not shown in tables and figures.

Figure 3 shows the spatial cluster areas. During the first period, Leste Fluminense appears as a region with a low infant mortality rate, surrounded by other regions with low rates, while the Serrana region appears as an area with a high mortality rate, surrounded by other regions with high rates. As to the second period, the Centro-Sul region

appears as an area with a high mortality rate, surrounded by other regions with high rates. The third period reveals two regions as areas with a high mortality rate, surrounded by other regions with high rates, Serrana and Noroeste. Rio de Janeiro and Baixada Litorânea appear as transition zones, with low rates, but surrounded by regions with high rates. Within the fourth period, the Baixada Fluminense and the Centro-Sul appear as areas with a high mortality rate, surrounded by other regions with high rates, while the Baixada Litorânea and the Noroeste appear as transition zones, showing low rates, but surrounded by regions with high rates. The last period displays Rio de Janeiro and the Serrana region as transition areas, showing low rates, but surrounded by regions with high rates. São Gonçalo also appears as a transition zone, but showing high rates and surrounded by regions with low rates.

Figure 3. Distribution of the clusters of infant mortality rate in the state of Rio de Janeiro over the period 1996-2020



N = North; km = Kilometers.

The adjusted analysis also showed that Baixada Fluminense was the region with the highest risk as to post neonatal mortality (table 2). As for neonatal mortality, Norte and Centro-Sul showed a mortality risk of respectively 6% and 11% higher than Baixada Fluminense. As for infant mortality, there was no difference among the mortality risk of Baixada Fluminense, Centro-Sul and Norte regions, but the risk in Baixada Fluminense

was higher than in all the others regions. The adjusted risk of infant mortality and its components neonatal and post neonatal was lower in Niterói. There was a reduction in the risk of death over the period for infant mortality and its components.

The evidence suggests that the better specification model includes the random effects of the region (intercept), death year (slope), and death year square term (slope) (table 2).

Table 2. Crude and adjusted rate ratio of neonatal, postneonatal, and infant mortality in Rio de Janeiro State, 1996-2020

Fixed effect	Neonatal		Postneonatal		Infant							
	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted	Crude	Adjusted						
	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v
Region												
BF	1		1		1		1		1		1	
RJ	0.79	***	0.77	***	0.78	***	0.78	***	0.80	***	0.78	***
NOI	0.75	***	0.75	***	0.67	***	0.67	***	0.74	***	0.72	***
SG	0.85	***	0.83	***	0.71	***	0.71	***	0.83	***	0.80	***
LF	0.88	***	0.89	***	0.74	***	0.74	***	0.85	***	0.84	***
BIG	0.72	***	0.77	***	0.75	***	0.75	***	0.71	***	0.76	***

Table 2. Crude and adjusted rate ratio of neonatal, postneonatal, and infant mortality in Rio de Janeiro State, 1996-2020

Fixed effect	Neonatal		Postneonatal		Infant		Crude		Adjusted		P-v	
	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v	RR	P-v
BL	0.85	***	0.86	***	0.72	***	0.73	***	0.79	***	0.82	***
CS	1.06	•	1.11	**	0.84	**	0.85	**	0.95	•	1.02	NS
MP	0.93	**	0.95	*	0.72	***	0.72	***	0.87	***	0.87	***
NOE	0.93	*	0.93	*	0.72	***	0.73	***	0.84	***	0.86	***
N	1.04	•	1.06	**	0.94	•	0.94	NS	0.98	NS	1.02	NS
S	0.99	NS	0.97	NS	0.74	***	0.74	***	0.91	*	0.89	***
Year	0.97	***	0.97	***	0.98	•	0.97	***	0.97	***	0.97	***
Year ²	1.00	NS	1.00	***	1.00	•	1.00	***	1.00	NS	1.00	***
Random effect												
	Std. Dev.		Std. Dev.		Deviance							
	Null model	P-v	Adj model	P-v	Null model	Adj model						
Neonatal					4818	4718						
Region (inter)	0.24	***	0.06	***								
Year (slope)	0.03	***	0.004	***								
Year2 (slope)	0.002	***	0.001	***								
Postneonatal					4142	4069						
Region (inter)	0.11	***	0.06	***								
Year (slope)	0.03	***	0.01	***								
Year2 (slope)	0.002	***	0.001	***								
Infant					5158	5063						
Region (inter)	0.12	***	0.05	***								
Year (slope)	0.03	***	0.01	***								
Year2 (slope)	0.002	***	0.001	***								

Source: Own elaboration.

RJ = Rio de Janeiro; NOI = Niterói; SG = São Gonçalo; BF = Baixada Fluminense; LF = Leste Fluminense excluding the municipalities of Niterói and São Gonçalo; BIG = Baía da Ilha Grande; BL = Baixada Litorânea; CS = Centro-Sul; MP = Médio Paraíba; NOE = Noroeste; N = Norte; S = Serrana.

RR = Rate ratio; Adj = Adjusted; inter = intercept; Std. Dev. = Standard Deviation; P-v = P-value; P-value significance codes: *** : < 0.001; ** : < 0.01; * : < 0.05; • : < 0.10; NS : > 0.10

Note: We used Poisson multilevel modeling, with the following random effects: region (intercept), death year (slope), and the death year square term (slope). The response variables of crude and adjusted models were neonatal, postneonatal, and infant mortality. Fixed effects of the three adjusted models were region, death year, and death year square term. Also, we included an offset with the logarithm of the live births.

Discussion

The infant mortality rate in the capital of the state of Rio de Janeiro in 2017 was slightly lower than the rate in Brazil (11.22/1,000 vs. 13.4/1,000¹⁷), which can be considered high compared to developed countries. China, for example, experienced almost half of the infant mortality rate in Brazil in 2017¹⁸.

Infant mortality data as for all Brazilian states from 1990 to 2015 also indicate falling rates. The decline has enabled the Country to meet the Millennium Development Goals targets¹⁴. The intra and inter-regional differences in infant mortality rates persist among certain Brazilian regions. Data from 2000 to 2016 confirm that the North and Northeast regions showed the highest infant mortality rates. The Northeast depicted the highest rates in 2000 (45/1,000), although decreasing more sharply than in other regions, and reaching in 2014 the same mortality levels as in the North region (18/1,000)¹⁹. The South is the region showing the lowest infant mortality rate since 2000, reaching 9/1,000 in 2016, and followed by the Southeast (10/1,000 in 2016). In 2016, the infant mortality rate was almost 50% lower in the South than in the North and Northeast regions¹⁹.

On the other hand, disparities are also found within large regions. For example, in the North region (2006), Tocantins showed the lowest infant mortality rate (16/1,000), while Amapá depicted the highest one (23/1,000). In the Northeast region, Pernambuco experienced the lowest infant mortality rate (13/1,000), while Maranhão faced the worst ones (21/1,000). The South and Southeast regions showed the lowest disparities in infant mortality rates¹⁹.

In general, the determinants of infant mortality can be subdivided into 1) distal determinants: demographic and socioeconomic characteristics; 2) intermediate determinants: health care and maternal characteristics; and 3) proximal determinants: characteristics of the newborn^{20,21}.

Socioeconomic condition is an important factor affecting disparities in infant mortality rates, especially deaths after the first month of life. Basic sanitation coverage, for example, affects the occurrence of diarrheal diseases, which, in its turn, exerts a significant impact on infant mortality. Specific interventions to reduce the regional differences can decrease socioeconomic inequities, improving sanitary conditions in communities and reducing infant mortality by diarrhea.

Urban areas are home to about 55% of the world's population²². In southeastern Brazil, where the state of Rio de Janeiro is located, about 93% of the population lives in urban areas²³. This growing percentage of urbanity over the years is justified by the search for work in large cities and greater infrastructure. One of the challenges to be overcome in Brazil, as well as in other countries is housing, especially for the low-income population, given that the housing process is a consequence of a visible picture of social inequality. The occupation process of territories in urban areas occurs without prior planning, in areas unsuitable for housing, infringing several aspects such as 1) environmental issues, related to protected environmental spaces and the nature of risk to the environment and the occupants themselves; 2) legal, related to the prohibition of building construction in those locations; 3) socioeconomic, as these occupations are often associated with poverty and social exclusion²⁴.

The factors that possibly contributed to the high infant mortality rates found in the Baixada Fluminense in the present study can be related to socioeconomic factors, considering that this is a quite poor region of the state. A Brazilian study (2006-2008) found an association between socioeconomic indicators and the risk of infant death²⁵.

Neonatal mortality reduced in the state of Rio de Janeiro from 16.90 to 8.81 deaths per thousand live births over the period 1996 to 2020. These results indicate that the state of Rio de Janeiro is fulfilling the goal of reducing neonatal mortality to at least 12 per 1,000

live births, listed among the United Nations' Sustainable Development Goals. The state of Rio de Janeiro met this goal in 2004, when the neonatal mortality reached the rate of 11.80/1,000. Despite all, rates displayed for Rio de Janeiro are still high when compared to cities of developed countries like London and New York, where neonatal mortality rates hover around three or fewer deaths per thousand live births^{26,27}.

Neonatal mortality has been a growing public health concern in Brazil since the 1990s, when it became the main component of infant mortality due to the sharp reduction in post neonatal mortality. The neonatal mortality rate reflects the quality of prenatal care and delivery. Congenital syphilis can also affect neonatal mortality rates. During the study period, the percentage of neonatal deaths in the State, whose underlying cause was congenital syphilis, began to increase from 2008 onwards, ranging from 0.43% in 2008 to 3.14% in 2017. Comparing the total neonatal mortality rates in the State with what would be the corrected rates, excluding deaths from congenital syphilis, we observe that the temporal trend lines stop overlapping, especially from 2015 onwards. A spatial analysis study showed a reduction in neonatal mortality of all Brazilian regions from 1997 to 2012²⁸. In 2015, infant deaths in Brazil represented about 90% of the total number of deaths under-5 years. The 0-7 days age group contributed to 41% of all under-5 years old deaths, followed by those of 28-364 days, 7-27 days, and 1-4 years old age groups²⁹. The concentration of deaths during the first week of life is related to the quality of actions aimed at maternal health, e.g., prenatal care and childbirth assistance.

Prematurity and congenital anomalies are important causes of infant death in Brazil, although their rates have reduced since 1990. In 2015, infant mortality rates due to prematurity and congenital anomalies reached respectively 3.18/1,000 and 3.03/1,000²⁹. Regarding diseases preventable by immunization, their reduction over time seems to have contributed to the

reduction of infant deaths²⁹. As to congenital syphilis, Brazil has not met the goal of eliminating the disease. The persistence of the epidemic results in significant neonatal and fetal mortality. This persistence has several causes, among them, inadequate prenatal care, e.g., less than six medical visits, and the recent temporary lack of the antibiotic benzathine penicillin.

A study conducted from 1974 to 2004 reinforces that the reduction in mortality in the first week of life was unimportant³⁰. The factors stressed by the authors as connected to the neonatal component of infant mortality include both the improvement of technological resources required to deliver a high-risk baby and the largest primary health care offering³⁰.

High post neonatal mortality rates are related to external factors, like diarrheic diseases due to low basic sanitation coverage. Mostly, high rates reflect low levels of socio-economic development and living conditions¹. In Tokyo, for example, the post-neonatal mortality rate was around 1.5/1,000 in 2012³¹. Both Baixada Fluminense and São Gonçalo present some common structural problems that can justify the higher post neonatal mortality rates observed in the 2016-2020 period. Some of them are lack of job opportunities, poor basic sanitation, insufficient health and education networks, and higher hospitalization rate for diarrhea: 0.3/1,000 inhabitants in Baixada Fluminense and São Gonçalo vs. 0.1/1,000 inhabitants in Rio de Janeiro and Niterói³².

The higher infant mortality rates in the Brazilian regions between 2015 and 2016 were influenced by the increase in the postnatal diarrhea-specific mortality coefficient in the North, Northeast, Southeast, and Midwest¹⁵. Results of a spatial correlation study indicated a positive relation between perinatal mortality and socioeconomic factors³³. There is evidence of a reduction in mortality as the maternal education increase³⁴. It is important to maintain continuous monitoring of the spatial distribution of the infant mortality components.

We detected a stabilization of the infant mortality rates in recent years. This pattern

seems to have also occurred in Brazil as a whole. A study spanning from 1990 to 2015 also showed a reduction of 67.6% in the Brazilian infant mortality rate²⁹. However, the Brazilian Health Ministry reports an increase in 2016, which occurred also in Brazil as a whole as in each region, except for the South, where it kept decreasing. In 2017, compared to 2016, a fall was still observed in infant mortality in all regions, except for the South, where rates remained stable¹⁷.

Data indicate that most infant deaths in the city of Rio de Janeiro occur in public health care (70%), which concentrates the most significant number of childbirth and birth service³. The expansion of the Family Health Strategy coverage was a factor that positively impacted the reduction of infant mortality, including access to primary care to the poorest populations. As a result, it made feasible to reduce malnutrition and to increase breastfeeding rates, both of which are important factors to reduce infant mortality rates²⁹. Perhaps what is still missing is qualifying of the service.

In August 2011, the Brazilian Ministry of Health implemented a national program called 'Rede Cegonha' in the metropolitan regions of Rio de Janeiro so to structure and organize maternal and infant health care in Brazil. However, Rede Cegonha program still faces problems such as discoordination of services, fragmentation of actions, absence of bed guarantee in the maternity ward, difficulty in linking the pregnant woman to the maternity ward and in her transportation to the maternity ward.

The underreporting of live births and infant deaths is a limitation of this study. The heterogeneities of birth underreporting resulting from intra-regional inequalities in the units included in the study may have been hidden in the analysis process. However, in southeastern states, such as Rio de Janeiro, this problem shows a lower magnitude^{29,30}. A study conducted in Northeast Brazil from 1980 to 2012 stressed the incompleteness

of the death certificate's as for the cause of death, the underlying cause of death being the better determinant in 52% of deaths¹³. Another study suggests that underreporting is related to the fact that the municipality is a urban or rural one, as the rural one usually shows higher number of underreporting³⁵. Ethnicity is another factor reported in the literature as related to underreporting. Non-whites infant deaths would run a greater chance of underreporting³⁵. Since the literature emphasizes differences in infant mortality according to race in Brazil – higher infant mortality in non-whites³⁶ –, underreporting may be even greater in populations with a higher proportion of non-white individuals.

The mortality system is fed with information from death certificates. Training and encouraging services for the correct completion of death certificates have also contributed to data quality improvement^{14,37}.

The Live Births Information System has been improving its coverage and quality in Brazil from 2000 to 2015^{14,33,34}. Death surveillance plays a key role in informing preventable deaths. Actions for identification, investigation, analysis, and monitoring of deaths have been carried out to increase the number of notifications of births and deaths captured in Live Birth and Mortality Information Systems.

The general trends of infant mortality and its components suggest that the rates decreased from 1996 to 2020 in every region, although a recent stabilization of the rates was detected in the last years of the study. The results of this study indicate the need for constant monitoring of factors related to infant mortality components, especially those concerning the improvement of delivery care, seeking to qualify delivery care and birth.

Strategies aimed at reducing iatrogenic prematurity or intrapartum asphyxia due to interventions during childbirth can contribute to reduce neonatal mortality. The incentive for natural births can also contribute to reduce prematurity since the literature reinforces that the increase in prematurity rates is connected

to high rates of cesarean sections. In addition, it is important to carry on social policies already in place, such as income transfer programs aimed at the poorest population, maternal and child care policies, and improvement in children's living conditions and health. Income transfer programs, for example, promote the monitoring of pregnant women through prenatal care and of children under the age of seven. The program also has repercussions in reducing illiteracy and fertility rates, and

the number of people with inadequate basic sanitation conditions.

Collaborators

Rodrigues NCP (0000-0002-2613-5283)*, Monteiro DLM (0000-0003-3613-1419)*, Lino VTS (0000-0002-3087-5778)*, and Andrade MKN (0000-0002-4285-5926)* contributed equally to the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Brasil. Ministério da Saúde, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: OPAS; 2008.
2. Lansky S, Friche AAdL, Silva AAMd, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(supl1):S192-S207.
3. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Mortalidade infantil no MRJ Rio de Janeiro: Superintendência de Vigilância em Saúde; 2019. [accessed 2023 Jul 17]. Available in: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7973075/4299725/MortalidadeInfantil-noMRJ.pdf>.
4. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desenvolvimento Humano e IDH. [accessed 2023 Jul 17]. Available in: <https://www.undp.org/pt/brazil/idh>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. 2014. [accessed 2023 Jul 17]. Available in: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#geociencias.
6. Xu J, Murphy SL, Kockanek KD, et al. Mortality in the United States, 2018. *NCHS Data Brief*. 2020; (355):1-8.
7. The World Bank. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) - Sub-Saharan Africa. 2020. [accessed 2020 Jan 20]. Available in: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?locations=ZG>.
8. Ogbo FA, Ezech OK, Awosemo AO, et al. Determinants of trends in neonatal, post-neonatal, infant, child and under-five mortalities in Tanzania from 2004 to 2016. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):1243.
9. Kamal R, Hudman J, McDermott D. What do we know about infant mortality in the U.S. and comparable countries? *Peterson-KFF Health System Tracker*. 2019 out 18. [accessed 2023 Jul 17]. Available in: <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/infant-mortality-u-s-compare-countries/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Leal MDC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1915-28.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde no Brasil 2003-2019. *Boletim Epidemiológico*. 2019 [accessed 2023 Jul 17]. (n. especial):1-156. Available in: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>.
12. Saltarelli RMF, Prado RRD, Monteiro RA, et al. Trend in mortality from preventable causes in children: contributions to the evaluation of the performance of public health services in the Southeast Region of Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2019; (22):e190020.
13. Oliveira CM, Bonfim CV, Guimarães MJB, et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(3):282-90.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, DF: MS; 2018. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf.
15. Abrasco. Especial Abrasco sobre o aumento da mortalidade infantil e materna no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/especial-abrasco-sobre-o-aumento-da-mortalidade-infantil-e-materna-no-brasil/36777/>.
16. Silva L. Baixada Fluminense como vazão demográfico? População e território no antigo município de Iguazu (1890/1910). *Rev. bras. estud. popul*. 2017; 34(2):415-25.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2019 - Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>.
18. Embaixada China. Expectativa de vida dos chineses aumenta para 76,7 anos. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: <http://br.china-embassy.org/por/szxw/t1568569.htm>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de mortalidade infantil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020. [acesso em 2023 jul 5]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3834>.
20. Jobim R, Aerts D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1):179-187.
21. Lima S, Carvalho ML, Vasconcelos AG. Proposal for a hierarchical framework applied to investigation of risk factors for neonatal mortality. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(8):1910-6.
22. United Nations Human Settlements Programme. World Cities Report 2022: Envisaging the future of cities. Nairobi: United Nations Human Settlements Programme; 2022. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: https://unhabitat.org/sites/default/files/2022/06/wcr_2022.pdf.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015 Rio de Janeiro: IBGE; 2023. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>.
24. Pavez CMP, Freitas MJCC, Dias VLN. "Favela" Territory (ies) and Socio-Environmental Conflicts: in the Arvoredo Community, Florianópolis-sc. *Ambient. Soc.* 2019; (22):e01692.
25. Ramalho WM, Sardinha LM, Rodrigues IP, et al. Inequalities in infant mortality among municipalities in Brazil according to the Family Development In-

- dex, 2006-2008. *Rev Panam. Salud. Publica.* 2013; 33(3):205-12.
26. Trust for London. Infant mortality Infant mortality rate per 1,000 live births (2001-2020). [accessed 2023 Jul 5]. Available in: <https://trustforlondon.org.uk/data/infant-mortality-over-time/>.
27. New York. Department of Health. Table 45: Infant Deaths, Neonatal Deaths, Post Neonatal Deaths and Perinatal Mortality By Resident County New York State – 2015. New York: Department of Health; 2015. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: https://www.health.ny.gov/statistics/vital_statistics/2015/table45.htm.
28. Rodrigues NCP, Monteiro DLM, Almeida AS, et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997-2012. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2016; 92(6):567-573.
29. França EB, Passos VMA, Malta DC, et al. Cause-specific mortality for 249 causes in Brazil and states during 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Populat. health metrics.* 2017; 15(1):39.
30. Matos LN, Alves EB, Teixeira EMM, et al. Mortalidade de infantil no município do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery R Enferm.* 2007; 11(2):283-8.
31. Tashiro A, Yoshida H, Okamoto E. Infant, neonatal, and postneonatal mortality trends in a disaster region and in Japan, 2002-2012: a multi-attribute compositional study. *BMC Public Health.* 2019; 19(1):1085.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. [accessed 2023 Jul 5]. Available in: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
33. Migoto MT, Oliveira RP, Andrade L, et al. Correlação espacial da mortalidade perinatal com condições sociais, econômicas e demográficas: estudo ecológico. *R Saúde Públ Paraná.* 2020; (3):75-85.
34. Martins EF, Rezende EM, Almeida MCdM, et al. Perinatal mortality and socio-spatial inequalities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21(5):1062-70.
35. Gava C, Cardoso AM, Basta PC. Infant mortality by color or race from Rondônia, Brazilian Amazon. *Rev Saude Publica.* 2017; (51):35.
36. Birn AE. Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. *Hist Cienc Saude Mang.* 2007; 14(3):677-708.
37. França EB, Lansky S, Rego MAS, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras. Epidemiol.* 2017; (20):46-60.

Received on 03/02/2022

Approved on 04/19/2023

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

Malformações fetais: distribuição temporal e sua associação com o uso de agrotóxicos no Rio Grande do Sul

Fetal malformations: temporal distribution and its association with the use of pesticides in Rio Grande do Sul

Milena Makoski Donat¹, Silvana Ceolin¹, Angélica Reolon da Costa¹, Carlíce Maria Scherer¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313813

RESUMO O objetivo do presente estudo é investigar a distribuição temporal das taxas de malformações congênicas no estado do Rio Grande do Sul e sua associação com o uso de agrotóxicos. A pesquisa é de abordagem quantitativa, do tipo descritivo exploratória, realizada durante o primeiro semestre de 2022. O estudo foi conduzido através da associação da ocorrência de malformações com o uso de agrotóxicos, que foi calculada por meio dos Odds Ratios, sendo o Intervalo de Confiança (IC) adotado para as amostras de 95%. Houve variação nas taxas de malformações congênicas ao longo dos cinco períodos analisados. Os resultados indicam que há probabilidade da ocorrência de malformações no estado do Rio Grande do Sul estar associada ao uso de agrotóxicos. Todos os valores de variações percentuais anuais foram significativos e a presença de valores positivos indica tendência de aumento anual da incidência de malformações congênicas no Rio Grande do Sul. É evidente ainda que há variabilidade no número de casos notificados para todas as malformações incluídas no estudo ao longo do período analisado. Ressalta-se a importância de prevenção da exposição aos agrotóxicos, visto que o uso extensivo e inadequado desses está associado a efeitos deletérios na saúde humana.

PALAVRAS-CHAVE Agroquímicos. Anormalidades congênicas. Saúde pública.

ABSTRACT *The aim of this study is to examine the temporal distribution of congenital malformation rates in Rio Grande do Sul and its potential correlation with pesticide use. This quantitative research adopts an exploratory descriptive approach and was conducted in the first half of 2022. The association between malformation occurrences and pesticide use was determined using Odds Ratios, with a 95% Confidence Interval (CI) applied to the sample. The study reveals variations in congenital malformation rates across the five analyzed periods. The findings suggest a likely association between malformation occurrences in Rio Grande do Sul and pesticide use. Notably, all annual percentage variation values were statistically significant, with positive values indicating an annual increase in congenital malformation incidences in the region. Moreover, the study highlights the presence of variability in the reported cases of all malformations examined throughout the analyzed period. This research underscores the importance of preventing exposure to pesticides, as their widespread and inappropriate usage is linked to detrimental effects on human health. Safeguarding against such exposure becomes crucial in mitigating the risks associated with congenital malformations.*

KEYWORDS *Agrochemicals. Congenital abnormalities. Public health.*

¹Sociedade Educacional Três de Maio (Setrem) – Três de Maio (RS), Brasil. donatmilena@gmail.com



Introdução

A biodiversidade e extensão do território brasileiro impulsionam o País a adotar um modelo de práticas agrícolas cada vez mais eficaz, objetivando aumentar a produtividade e consolidar o Brasil como um dos maiores produtores de grãos do mundo¹. Esse fato refletiu no aumento do consumo de agrotóxicos de diferentes tipos e classes toxicológicas, de forma que a venda de agrotóxicos no País chegou a 685.745,68 toneladas no ano de 2020, já no Rio Grande do Sul (RS) esse número chegou a 69.744,38 toneladas no referido ano².

O uso desses produtos, quando feito de forma abusiva e inadequada, pode resultar em impactos na saúde humana e no meio ambiente com efeitos em curto, médio e longo prazo¹. Todos os anos, no Brasil, cerca de 500 mil pessoas são diagnosticadas com intoxicação por agrotóxicos, a maioria é de trabalhadores rurais^{3,4}. No RS, as taxas foram de 1,56 em 2012 e 7,08 em 2018, destaca-se ainda que no ano de 2019 foram registrados 577 atendimentos relacionados a intoxicações graves por agrotóxicos no estado^{5,6}.

Além dos casos de intoxicação, há outros efeitos na saúde humana associados à exposição aos agrotóxicos, entre esses cita-se o câncer, alergias, distúrbios gastrointestinais, respiratórios, endócrinos, reprodutivos, neurológicos, além do crescente risco de suicídio⁷⁻¹¹. Há relação provada também com a ocorrência de malformações fetais, como testículo não descido, malformações do aparelho circulatório, sistema nervoso, aparelho digestivo, aparelho geniturinário, aparelho osteomuscular, anomalias cromossômicas, espinha bífida, malformação de fenda labial e palatina e outras malformações congênicas^{12,13}. Sendo que foram registrados, no período de 2007 a 2019, 19.953 casos de malformações congênicas no estado do RS¹⁴.

Assim, considerando esse número, o aumento das áreas cultivadas no estado, o aumento do uso de agrotóxicos e, por consequência, da probabilidade de exposição

materna, paterna e fetal, é necessário investir na realização de estudos que determinem a associação da ocorrência dessas malformações com o uso de agrotóxicos¹⁴, visto que na literatura existem poucas pesquisas abordando a temática supracitada, a maioria restritas aos estados do Mato Grosso¹⁵, Paraná¹⁶ e um no município de Giruá (RS)¹⁷. Tais achados revelaram associação significativa entre a exposição paterna e materna aos agrotóxicos e o risco de ocorrência de malformações.

Foi observado, ainda, que as malformações congênicas de maior prevalência foram as cardiopatias, gastrintestinais, geniturinárias, músculo esqueléticas, fenda orofacial, anomalia do testículo não descido, malformações do tubo neural e do sistema nervoso, as normalmente vinculadas¹⁵⁻¹⁷. Nesse contexto, destaca-se a importância da atuação dos profissionais de enfermagem, com ênfase no cuidado da população rural, na identificação de suas necessidades, promoção e educação em saúde¹⁸⁻²⁰.

Ao considerar a carência de estudos nacionais sobre o tema e que o estado do RS tem a sua economia baseada na agricultura, somado aos números relativos ao consumo de agrotóxicos no estado e que grande parte da população tem contato direto ou indireto com esses produtos, tornam-se relevantes pesquisas que analisam o impacto dos agrotóxicos na população exposta. Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo investigar a distribuição temporal das taxas de malformações congênicas no estado do RS e sua associação com o uso de agrotóxicos.

Material e métodos

A pesquisa é de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratória e foi realizada no estado do RS, o qual é composto por 497 municípios¹⁹. A coleta de dados ocorreu durante o período de janeiro a abril de 2022.

Para determinar a associação do uso de agrotóxicos com a ocorrência de malformações

congênitas no estado, primeiramente, foi realizado o levantamento das informações dos nascidos vivos com malformações, no período de 2009 a 2019. Tais dados foram obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (Sinasc)¹⁴. Trata-se de um sistema de informação de base populacional que agrega os registros contidos na declaração de nascidos vivos, o que permite diversas análises na área de saúde materno-infantil. Foram desconsiderados os casos de nascidos vivos com registro ignorado ou desconhecido. As taxas de malformações foram calculadas por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Nº de nascidos vivos com malformação} \times 1.000}{\text{Total de nascidos vivos no período}}$$

Foi feita uma comparação das taxas de malformações registradas, dividindo-se os dados em cinco períodos: primeiro período (2009-2010), segundo período (2011-2012), terceiro período (2013-2014), quarto período (2015-2016) e quinto período (2017-2019). As taxas referentes ao segundo período foram tidas como referência, uma vez que apresentavam um menor nível de exposição.

A possível associação do uso de agrotóxicos com a ocorrência de malformações no município foi calculada por meio do Odds Ratios (OR) e o Intervalo de Confiança (IC) adotado para as amostras foi de 95%. Os OR fornecem dados sobre a força da associação entre o fator estudado e o desfecho, permitindo que se faça um julgamento sobre uma relação de causalidade.

Para a construção das variáveis de exposição, levou-se em consideração a área plantada em hectares, no período de 2009 a 2019, das culturas de soja, trigo e milho, cujos dados foram obtidos na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²¹. Bem como, a quantidade de agrotóxicos comercializados (por princípio ativo) no RS no mesmo período, tais dados foram obtidos na base de dados do Sistema Integrado de Gestão de Agrotóxicos (Siga). Neste sistema,

as empresas que comercializam agrotóxicos informam as movimentações de agrotóxicos em seu estoque, informando notas de entrada e saída, bem como os arquivos digitais das receitas agrônomicas feitas pelos profissionais que prescrevem os agrotóxicos.

Para análise dos dados, foram construídas planilhas no Microsoft Excel[®]. Foram formuladas tabelas de frequências, IC de 95% e OR. As associações entre as variáveis independentes com a variável dependente foram estabelecidas sendo utilizados os testes de razão de chances com o respectivo IC de 95% para as variáveis categóricas. Foi adotado o nível de significância de 5% em todos os testes.

Fez-se a análise da tendência por intermédio da estimativa da variação percentual anual (Annual Percentage Change – APC) da taxa de prevalência de anomalias congênitas para cada período e usou-se também a estatística descritiva simples. A apresentação dos dados foi feita em tabelas e gráficos. A pesquisa dispensa Comitê de Ética em Pesquisa por tratar-se de uma pesquisa documental, feita em base de dados de domínio público.

Resultados e discussão

Foi possível observar que a área plantada de soja, milho e trigo, no RS, aumentou 17,40% no período de 2009 a 2019. Os resultados indicam ainda que, em 2010, foi ocupada menor área de cultivo com as *commodities* supracitadas, e maior no ano de 2019 (*tabela 1*). A soja se destacou em tamanho de área cultivada no RS, o que é observado também em nível nacional²². Os resultados também apontam que há variabilidade quanto a esse fator ao longo de dez anos (2009-2019) (*tabela 1*). A segunda cultura de maior relevância é o milho, que representa 14,34% da área total produzida, o restante é destinado ao cultivo de trigo (*tabela 1*).

Para garantir a produtividade e qualidade de grãos, uma prática comum nestas *commodities* é o uso extensivo de agrotóxicos, na maioria das vezes acompanhado do manejo incorreto,

do uso inadequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e da falta de consciência acerca dos riscos à saúde. Tais fatores representam risco de exposição ocupacional

e estão relacionados aos efeitos agudos e crônicos desses na população, o que é variável de acordo com o princípio ativo e classificação toxicológica.

Tabela 1. Quantitativo de hectares plantados na produção de milho, trigo e soja no estado do Rio Grande do Sul, de 2009 a 2019.

Ano x Cultura	Milho	Trigo	Soja	Total (ha)
2009	1.385.754.00	859.790.00	3.823.246.00	6.068.790.00
2010	1.151.397.00	787.480.00	4.021.778.00	5.960.655.00
2011	1.119.220.00	989.534.00	4.269.247.00	6.378.001.00
2012	1.100.309.00	932.390.00	4.075.389.00	6.108.088.00
2013	1.033.728.00	1.059.032.00	4.727.833.00	6.820.593.00
2014	925.514.00	1.181.979.00	4.990.042.00	7.097.535.00
2015	854.793.00	882.566.00	5.263.899.00	7.001.258.00
2016	831.221.00	691.563.00	5.541.860.00	7.064.644.00
2017	763.097.00	760.914.00	5.843.533.00	7.367.544.00
2018	740.510.00	779.045.00	5.464.084.00	6.983.639.00
2019	706.160.00	709.558.00	5.709.084.00	7.124.802.00

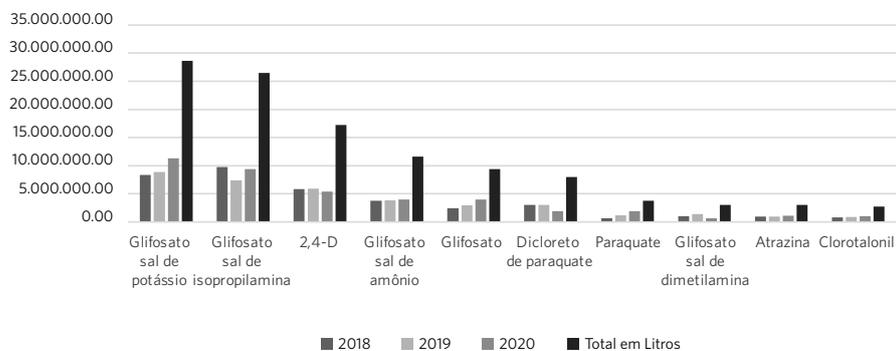
Fonte: elaboração própria.

No RS, os princípios ativos de agrotóxicos mais comercializados entre 2009 e 2019 foram o Glifosato Sal de Potássio, o Glifosato Sal de Isopropilamina, o 2,4-D, Glifosato Sal de Amônio e Glifosato (*gráfico 1*). Quanto à classificação toxicológica, os produtos à base de glifosato citados são categoria 4, ou seja, pouco tóxicos conforme a nova classificação publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O 2,4-D é considerado categoria 1 (extremamente tóxico), com restrições na aplicação²³.

Estudos evidenciam que tanto os produtos à base de glifosato, quanto o 2,4-D estão

associados a efeitos deletérios na saúde, entre eles a ocorrência de malformações congênitas. O glifosato é o princípio ativo mais utilizado no Brasil²⁴, que apesar da baixa toxicidade está associado ao desenvolvimento de câncer, irritação cutânea, dor de cabeça, cansaço extremo, suor excessivo, visão turva e tonturas²⁵. Tais complicações também foram relatadas em estudo desenvolvido no estado de São Paulo²⁶, os autores ainda evidenciaram que a exposição ao glifosato pode estar associada a malformações congênitas. Outro efeito na saúde relacionado com esse princípio ativo é a doença renal terminal²⁷.

Gráfico 1. Quantidade de agrotóxicos comercializados no Rio Grande do Sul no período de 2009 a 2019. Rio Grande do Sul, 2022



Fonte: elaboração própria

O agrotóxico liberado para uso no Brasil de maior nível de toxicidade é o 2,4-D²⁸. Entre os efeitos na saúde relacionados a este, citam-se a toxicidade aguda, as malformações congênitas, alterações neurotóxicas, nefrotóxicas, metabólicas e hormonais, além da contaminação de leite materno, alteração dos hormônios estrógenos e andrógenos²⁹ e de alterações no sistema cardiovascular³⁰.

Outros agrotóxicos com consequências semelhantes, entre os dez mais comercializados no estado, são a Atrazina e o Clorotalonil (*gráfico 1*). Estudo realizado em Goiás⁸ indica correlação significativa desses princípios ativos à desregulação endócrina e desenvolvimento de câncer. Já estudo realizado no Paraná³¹ evidencia que o uso do Paraquat (*gráfico 1*) pode levar à efeitos neurotóxicos, a doença de Parkinson, além do alto índice de suicídio entre seus usuários.

Percebe-se que entre os possíveis efeitos deletérios na saúde causados pelos princípios ativos mais comercializados no RS, estão as malformações congênitas, o que justifica a inclusão dessa variável como fator de exposição. Para este estudo, as análises das taxas de malformações congênitas foram divididas em 5 períodos, de 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016 e 2017-2019 (*tabela 2*), sendo as taxas encontradas de 7,52, 9,64, 8,79, 8,35 e 8,94, respectivamente. A maior taxa de malformações congênitas foi encontrada no segundo período.

A análise do OR Bruta e IC de nascidos vivos com malformações congênitas para o estado do RS, resultou na malformação congênita testículo não descido (OR = 4,51, IC95% = 4,21-6,01) em maior evidência (*tabela 2*). Esta anomalia trata-se da ausência de um ou dos dois testículos na bolsa escrotal, aumentando o risco de hérnia, infertilidade e câncer testicular³².

Tabela 2. Número, Odds Ratios e Intervalos de Confiança de nascidos vivos com malformação congênita para o estado do Rio Grande do Sul

Tipo	2009-2010	2011-2012	2013-2014	2015-2016	2017-2019	Total	OR*	IC**95%
MSN	148	203	169	163	228	911	1.7	1,01-2,35
MAC	249	277	310	303	518	1.657	2.21	2,01-2,45
MFL	189	230	198	206	271	1.094	2.24	2,03-2,60
MAD	93	128	118	103	137	579	2.17	1,71-2,20
MDT	23	42	32	33	70	200	4.51	4,21-6,01
MAG	193	236	247	225	358	1.259	3.1	2,66-3,50
MDQ	13	25	9	14	11	72	1.2	0,90-2,01
MPD	282	304	307	301	416	1.610	2.3	2,15-2,62
MAO	595	729	622	586	931	3.463	2.75	2,54-3,44
OMC	299	324	350	354	544	1.871	2.8	2,35-3,01
MCN	184	171	142	134	237	868	2.6	2,35-2,78
TNV	266.895	276.651	284.665	289.770	416.211			1.534.192
TNVM	2.008	2.669	2.504	2.422	3.721			13.584
TMC	7.52	9.64	8.79	8.35	8.94			8.85

Fonte: elaboração própria.

Estudo desenvolvido no município de Giruá (RS), no período de 1999 a 2016¹⁷, também relatou que a malformação de testículo não descido foi a que mais sobressaiu (OR = 5,6, IC95% = 3,85-10,41), corroborando com pesquisas realizadas nos estados do Paraná⁹ e de Minas Gerais³³, no período de 1994-2014.

A associação dos agrotóxicos com alterações no sistema reprodutor, como a supracitada, relaciona-se ao fato de que alguns princípios ativos como o glifosato e 2,4-D são classificados como disruptores endócrinos, ou seja, substâncias químicas que promovem alterações no sistema hormonal humano, portanto capazes de influenciar a diferenciação sexual do feto e a malformação dos testículos não descidos¹⁶. Outro estudo reforça a associação entre a exposição a agrotóxicos e a ocorrência de desfechos relacionados ao sistema reprodutor e seu papel como disruptores endócrinos³⁴.

A segunda maior relação encontrada para o estado refere-se às malformações do aparelho geniturinário (OR = 3,10, IC95% = 2,66-3,50) (tabela 2), corroborando com estudo transversal, de caráter exploratório, desenvolvido no estado de Minas Gerais³⁵, no qual os OR Bruta

e IC encontrados foram de 2,60 e 95% = 2,34 - 2,88 respectivamente. Divergindo deste¹⁷, um estudo desenvolvido em microrregiões do Brasil⁴¹ retratou malformações do aparelho circulatório (OR = 4,21, IC95% = 4,21-6,01) como a segunda relação significativa com a exposição aos agrotóxicos.

Em terceiro, citam-se (tabela 2) malformações do aparelho osteomuscular (OR = 2,80, IC95% = 2,35 - 3,01). Resultados semelhantes (OR = 3,1 IC95% 2,82-3,30) foram observados em pesquisa realizada no estado de Santa Catarina³², no período de 2010-2018, e em análise de associação dos agrotóxicos com a ocorrência de malformações congênitas no Brasil entre 2013-2019³⁵. Ainda, afirma-se que essas se caracterizam por ser malformações macrossômicas, visíveis e detectáveis ao exame físico, diagnosticadas precocemente no pós-natal imediato e que estão entre as mais prevalentes no Recife³⁶, local foco do recém citado estudo.

As malformações cromossômicas incluem-se como quarta maior relação (OR = 2,60 IC95% 2,35-2,78) (tabela 2), o que também foi observado em estudo realizado no Nordeste

brasileiro³⁷. Neste, os autores relataram que tais anomalias ocupavam 4,3% entre 3269 crianças nascidas com malformações na região analisada. Investigando os tipos de malformações congênicas registradas em Mato Grosso do Sul, entre 2008 a 2016, observaram que as alterações cromossômicas correspondiam a 4,04% das registradas no estado³⁸.

As demais relações encontradas referem-se às malformações congênicas, deformidade dos pés, fenda labial e fenda palatina, malformações do aparelho circulatório, malformações do aparelho digestivo, malformações do sistema nervoso e deformidades do quadril, respectivamente (*tabela 2*). A exposição materna aos

agrotóxicos no primeiro trimestre gestacional e três meses antes da fecundação está associada às malformações congênicas, sugerindo que populações intensamente expostas apresentam maior risco de malformação fetal. Esse fato alerta sobre a necessidade de maior atenção à saúde da população, em especial a mulheres em idade reprodutiva³⁹.

Na *tabela 3*, são apresentadas as taxas de malformações para os períodos de 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016 e 2017-2019, que variaram entre 7,52 e 9,54. As maiores taxas foram encontradas entre 2011 e 2012 e 2017-2019 (*tabela 3*), sendo a taxa média de malformações no RS de 8,64.

Tabela 3. Taxa de malformações por período, variação percentual e Intervalo de Confiança para o estado do Rio Grande do Sul

Período	Taxa de Malformações	Varição percentual	Intervalo de Confiança	p-valor
2009-2010	7.52	1.11%	0,60- 2,13	0
2011-2012	9.64	3.25%	1,50-4,15	0
2013-2014	8.79	11.97%	3, 4 -15,2	0
2015-2016	8.35	4.82%	1,40-6,35	0
2017-2019	8.94	4.04%	1,70-6,10	0

Fonte: elaboração própria.

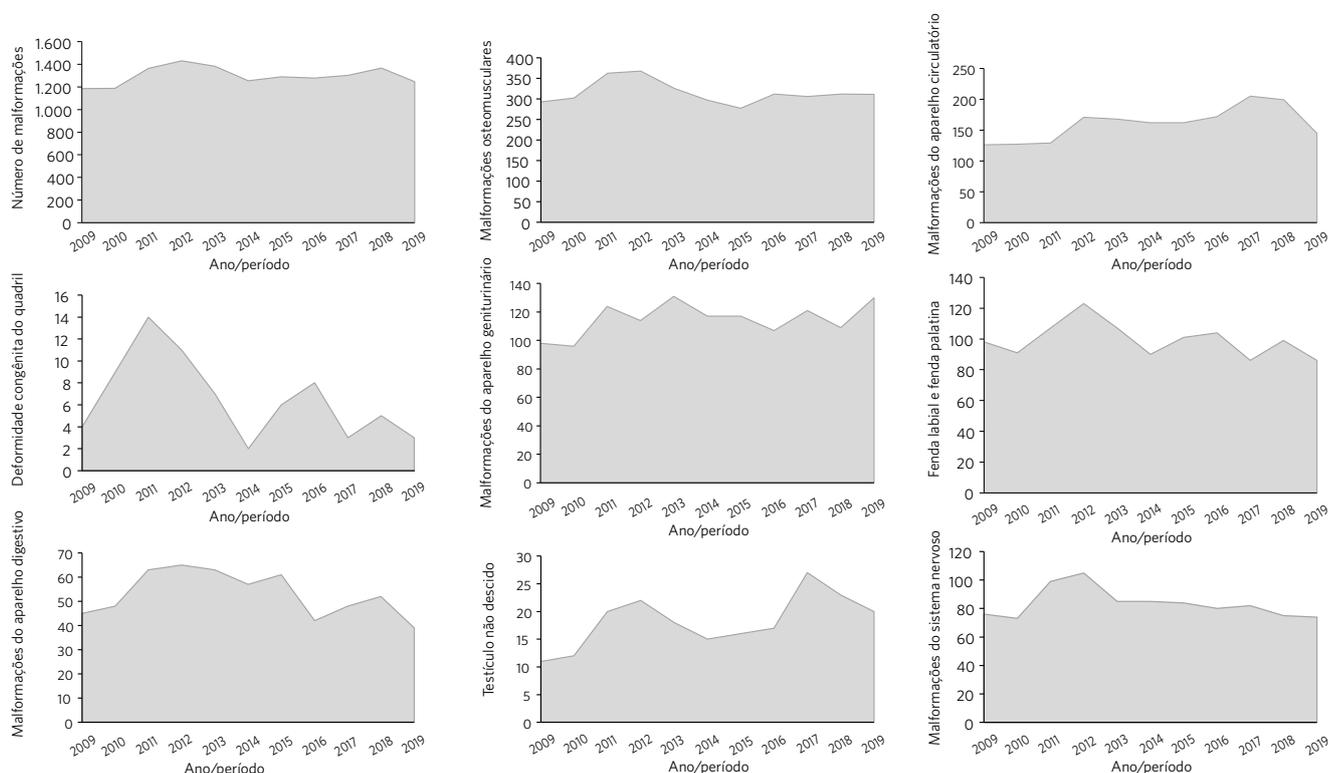
Os resultados indicam também variações percentuais anuais significativas de: APC = 1,11% (IC95%=0,60-2,13), APC = 3,25 (IC95%=1,50-5,15), APC=11,98 (IC95%=3,4-15,2), APC = 4,82 (IC95%=1,40-6,35) e APC = 4,04 (IC95%=1,70-6,60) nos períodos de 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016 e 2017-2019, respectivamente (*tabela 3*). A presença de valores positivos indica tendência de aumento anual da incidência de malformações congênicas no RS.

Estudo realizado em 2019³⁹ indicou variação de 2,3 e 8,61 e entre 4,2 e 10,68 nas taxas de malformações, bem como, variações percentuais anuais (APC) de: APC = 2,5* (IC95%=1,6; 3,3) e APC =2,8* (IC95%=1,3; 4,3) e taxas mais

elevadas de anomalias congênicas nas microrregiões dos estados que apresentavam maiores produções de grãos.

O *gráfico 2* apresenta a distribuição temporal do número de casos para cada uma das malformações congênicas incluídas no estudo, no período de 2009 e 2019. Observe-se que o maior número de casos notificados de malformações osteomusculares, foi em 2012, totalizando 368, enquanto que o menor valor foi registrado no ano de 2009, sendo de 293 casos (*gráfico 2*). Os resultados evidenciam ainda que se trata da malformação com maior incidência no estado do RS, corroborando com pesquisa feita em Goiás⁴⁰.

Gráfico 2. Distribuição temporal do número de casos para cada uma das malformações congênicas incluídas no estudo, no período de 2009 e 2019



Fonte: elaboração própria.

Para as malformações do aparelho circulatório, o número de casos notificados variou de 205 (2017) a 126 registros em 2009. Já para deformidades congênicas do quadril, foram notificados 14 casos em 2011 e 2 no ano de 2014 (*gráfico 2*). No que se refere a anomalias do aparelho geniturinário, há variabilidade ao longo do período analisado, com índice superior em 2011, no qual foram registrados 214 casos (*gráfico 2*). A diferença média em número de casos, de um ano para o outro, foi de 14. Em estudo desenvolvido no estado do Paraná⁴¹ em 2019, esse tipo de malformação foi a terceira com maior número de casos notificados no estado.

A malformação fenda labial e fenda palatina, no ano de 2012, desatou-se com 123 notificações, sendo que, valor inferior foi observado em 2017 e 2019, ambos com 86 notificações informadas. Já pesquisa realizada entre 1994 e 2014 relatou serem essas

malformações a terceira mais incidente no estado de Minas Gerais³³.

Destaca-se ainda que as malformações do aparelho digestivo apresentam curva ascendente nos anos de 2011, 2012 e 2013 e maior número de notificações em 2012 (65) e menor em 2016 (42). Em relação ao testículo não descido, foram observados 27 casos em 2017. Diferente do presente estudo, em pesquisa desenvolvida no município de Giruá – RS¹⁷ essa malformação foi a que apresentou maior taxa de incidência no período analisado.

As malformações do sistema nervoso apresentaram maior variação em número de casos entre os anos de 2010, 2011, 2012 e 2013. O menor valor registrado foi no ano de 2010, sendo de 73 notificações. Para as alterações cromossômicas, a variação no número de notificações foi de 98 (2010) a 60 casos (2015). Outro estudo³⁵ relatou que a probabilidade de ocorrência de malformações congênicas está relacionada com o avanço

da idade, uma vez que mulheres em idade mais avançada apresentam maior risco de desenvolver fetos com anomalias cromossômicas. Outras malformações catalogadas apresentaram maiores picos de casos em 2018 e 2015.

Considerações finais

Os resultados do presente estudo convergem com numerosas pesquisas que comprovam os graves danos à saúde provocados pelos agrotóxicos. As malformações congênitas constituem um importante problema de saúde pública. Houve variação nas taxas de malformações congênitas ao longo dos cinco períodos analisados, sendo as taxas encontradas de 7,52, 9,64, 8,79, 8,35 e 8,94 respectivamente.

Os resultados indicam que há probabilidade da ocorrência de malformações no estado do RS estar associada ao uso de agrotóxicos, uma vez que, todos os valores observados para os OR foram maiores que um. Sendo as maiores relações referentes às malformações: Congênitas do Aparelho Osteomuscular, do Aparelho Circulatório, Deformidades dos Pés e Fenda Palatina, respectivamente. Esses resultados corroboram com os obtidos em outros estudos realizados^{12,15,17}.

Todos os valores de variações percentuais anuais foram significativos e a presença de valores positivos indica tendência de aumento anual da incidência de malformações congênitas no RS. É evidente ainda que há variabilidade no número de casos notificados para todas as malformações incluídas no estudo ao longo do período analisado. Ressalta-se a importância de prevenção da exposição aos agrotóxicos, visto que o uso extensivo e inadequado desses está associado a efeitos deletérios na saúde humana.

Colaboradoras

Donat MM (0000-0002-9524-6710)* contribuiu para desenvolvimento escrito, coleta e análise de dados, formatação e normas técnicas do arquivo. Costa AR (0000-0002-8160-9373)* contribuiu para análise estatística e análise dos dados, bem como, para escrita do artigo. Ceolin S (0000-0001-6635-5515)* e Scherer CM (0000-0002-9184-6794)* contribuíram igualmente para as seguintes atividades: envolvimento na revisão final do manuscrito e aprovação da versão final do manuscrito para publicação. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Campos AL, Ignácio ARA, Junior ESO, et al. O avanço do agrotóxico no Brasil e seus impactos na saúde e no ambiente. *Rev. em Agronegócio e Meio Ambiente*. 2021 [acesso em 2021 maio 15]; 14(1):191-204. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/rama/article/view/7934>.
2. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Relatórios de comercialização de agrotóxicos*. Brasília, DF: IBAMA; 2022.
3. Dutra RMS, Souza MMO. Impactos negativos do uso de agrotóxicos à saúde humana. *Hygeia. Rev. Bras. Geog. Méd. Saúde*. 2017 [acesso em 2021 abr 30]; 13(24):127-140. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>.
4. Araujo IMM, Oliveira AGRC. Agronegócio e agrotóxicos: impactos à saúde dos trabalhadores agrícolas no nordeste brasileiro. *Rev. Trab. educ. saúde*. 2017 [acesso em 2021 abr 28]; 15(1):117-129. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462017000100117&lng=en&nrm=iso.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Vigilância em Saúde: Agrotóxicos*. Porto Alegre: CEVS; 2020.
6. Centro de Informação Toxicológica do Rio Grande do Sul. *Relatório de atendimentos 2020*. Porto Alegre: CIT; 2020.
7. Friedrich K, Silveira RG, Amazonas JC, et al. Situação regulatória internacional de agrotóxicos com uso autorizado no Brasil: potencial de danos sobre a saúde e impactos ambientais. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2022 mar 17]; 37(4):1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00061820>.
8. Neves PDM, Mendonça MR, Bellini M, et al. Intoxicação por agrotóxicos agrícolas no estado de Goiás, Brasil, de 2005-2015: análise dos registros nos sistemas oficiais de informação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2022 mar 17]; 25(7):2743-2754. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.09562018>.
9. Dutra LS, Ferreira AP, Horta MAP, et al. Uso de agrotóxicos e mortalidade por câncer em regiões de monoculturas. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 mar 17]; 44(127):1018-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012706>.
10. Cabral ERM, Alonzo HGA. Aumento das exposições aos agrotóxicos: contribuição da enfermagem. *Rev. Enfer. Atual. Inder*. 2019 [acesso em 2021 abr 14]; 87(2):87-8. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/207>.
11. Lopes CVA, Albuquerque GSC. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 abr 2]; 42(117):518-534. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811714>.
12. Dutra LS, Ferreira AP. Associação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos em monoculturas no Paraná, Brasil. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2021 maio 12]; 2(41):241-253. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0241.pdf>.
13. Luz GS, Karam SM, Dumith SC. Anomalias congênitas no estado do Rio Grande do Sul: análise de série temporal. *Rev. Brasil. Epidem.* 2019 [acesso em 2021 maio 30]; 22(190040):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190040>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC. Anomalia Congênitas*. Rio de Janeiro: MS; SVS; DASIS; 2021.
15. Oliveira NP, Moi GP, Santos MA, et al. Malformações congênitas em municípios de grande utilização de agrotóxicos em Mato Grosso, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 [acesso em 2022 mar 12]; 19(10):4123-4130. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.08512014>.
16. Dutra LS. *Malformações congênitas e exposição a agrotóxicos disruptores endócrinos em estados brasileiros*. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saú-

- de Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2019. 147 p.
17. Ferreira LF, Costa AR, Ceolin S. Malformações congênitas e uso de agrotóxicos no município de Giruá, RS. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2021 abr 4]; 44(126):790-804. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012615>.
 18. Detófano D, Teixeira ML, Oliveira LFS, et al. Evaluation of toxicity risks in farmers exposed to pesticides in an agricultural community in Concórdia, Santa Catarina State, Brazil. *Acta Scient. Health Scienc*. 2012 [acesso em 2022 mar 17]; 35(1):111-118. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/11227>.
 19. Cremonese C, Freire C, Meyer A, et al. Exposição a agrotóxicos e eventos adversos na gravidez no Sul do Brasil, 1996-2000. *Cad. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2022 mar 17]; 28(7):1263-1272. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700005>.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Infográficos: evolução populacional e área da unidade territorial. 2021. [acesso em 2022 mar 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>.
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Produção Agrícola Estadual. Tabela 9201. Área Plantada, área colhida, quantidade produzida. 2021. [acesso em 2022 abr 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/agricultura-e-pecuaria/9201-levantamento-sistematico-da-producao-agricola.html?=&t=destaques>.
 22. Pignati WA, Lima FANS, Lara SS, et al. Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a Vigilância em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso 2022 abr 19]; 22(10):3281-3293. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/grrn-nBRDjmtcBhm6CLprQvN/?!lang=pt>.
 23. Brasil. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Classificação Toxicológica de Agrotóxicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
 24. Matias TP, Castro Neto TZ, Botezelli L, et al. The best-selling pesticides in Brazil: Implications for the environment and health. *RSD*. 2021 [acesso em 2022 abr 19]; 10(8):12110817082. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17082>.
 25. Barbosa RS, Souza JP de, Almeida DJ, et al. As possíveis consequências da exposição a agrotóxicos: uma revisão sistemática. *RSD*. 2020 [acesso em 2022 abr]; 9(11):45191110219. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10219>.
 26. Mello FA, Fagiani MAB, Silva RCR, et al. Agrotóxicos: impactos ao meio ambiente e à saúde humana. *Colloquium Vitae*. 2019 [acesso em 2022 abr 25]; 11(2):37-44. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/2285>.
 27. Lebov JF, Engel LS, Richardson D, et al. Pesticide exposure and end-stage renal disease risk among wives of pesticide applicators in the Agricultural Health Study. *Environ Res*. 2015 [acesso em 2022 abr 25]; 143(PtA):198-210. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662544/>.
 28. Jung IF, Sampaio OJ. A segurança alimentar frente à deriva do 2,4-d no estado do rio grande do Sul: perspectivas do ministério público para a concretização desse direito difuso. *Raespmpce*. 2021 [acesso em 2022 abr 26]; 13(1):185-204. Disponível em: <https://revisitaacademica.mpce.mp.br/revista/article/view/162>.
 29. Coelho ECR, Leal WP, Souza KB, et al. Desenvolvimento e validação de método analítico para análise de 2,4-D, 2,4-DCP e 2,4,5-T para monitoramento em água de abastecimento público. *Engen. Sanit. Ambient*. 2018 [acesso em 2022 maio 19]; 23(6):1043-1051. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-41522018161536>.
 30. Negrão ALC, Oliveira B, Gonçalves MG, et al. Effect of Short-Term Inhalation of The Herbicide 2,4D on Cardiac Remodeling: Morphological Aspects. *Inter. J. Cardio. Scienc*. 2019 [acesso em 2022 maio 22]; 32(9):247-252. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20190014>.

31. Vasconcellos PRO, Rizzotto MLF, Obregón PL, et al. Exposição a agrotóxicos na agricultura e doença de Parkinson em usuários de um serviço público de saúde do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Coletiva*. 2020 [acesso em 2022 abr 18]; 28(4):567-578. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040109>.
32. Vanassi BM, Parma GC, Magalhães VS, et al. Congenital anomalies in Santa Catarina: case distribution and trends in 2010-2018. *Rev. Paul. Pediatr*. 2022 [acesso em 2022 maio 4]; (40):2020331. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1340800>.
33. Dutra LS, Ferreira AP. Malformações congênitas em regiões de monocultivo no estado de Minas Gerais, Brasil. *Med. (Ribeirão Preto)*. 2017 [acesso em 2022 maio 3]; 50(5):285-96. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/143186>.
34. Costa NZ, Nora CRD, Souto LHD, et al. Exposição aos Agrotóxicos e o Desenvolvimento de Malformações congênitas: Revisão de Escopo. *Rev. Texto Contexto Enferm*. 2021 [acesso em 2022 maio 4]; 30(2):20200372. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01040707202100100504&lng=en.
35. Oliveira SM, López ML. Panorama epidemiológico de malformações congênitas no Brasil (2013-2017). *RSM*. 2020 [acesso em 2022 maio 5]; 8(2). Disponível em: <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/121>.
36. Guimarães ALS, Barbosa CC, Oliveria CM, et al. Relationship of databases of live births and infant deaths for analysis of congenital malformations. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2019 [acesso em 2022 maio 7]; 19(4):917-924. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400010>.
37. Rosa PGTOR, Amuzza APS, Santos WB, et al. Perfil das malformações congênitas em um estado do Nordeste brasileiro. *Res. Soc. Dev*. 2020 [acesso em 2022 maio 7]; 9(12). Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3023210-perfil-dasmalforma%C3%A7%C3%B5es-cong%C3%AAnitas-em-um-estado-do-nordeste-brasileiro/Bibliography#tabnav.
38. Claudino RS, Silva RH. Caracterização dos casos de malformações congênitas em um município do centro-oeste do Brasil. *Vittalle Rev. Ciênc. Saúde*. 2020 [acesso em 2022 maio 7]; 32(2):17-26. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/9696>.
39. Oliveira FV. Correlação entre malformações congênitas e a utilização de agrotóxicos no estado de Mato Grosso, Brasil. [tese]. Mato Grosso: Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso; 2021. 34 p.
40. Tavares GG, Leal AC, Campos FI, et al. Land for planting, harvesting and sickness? Agricultural production, pesticides and disease in Goiás, Brazil (2000 to 2013). *Rev. Soc. Nat*. 2020 [acesso em 2022 maio 25]; 362(372):1982-4513. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/SN-v32-2020-46823>.
41. Dutra LS, Ferreira AP. Tendência de malformações congênitas e utilização de agrotóxicos em commodities: um estudo ecológico. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2022 maio 25]; 43(121):390-405. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912108>.
42. Correa MAS, Nepomuceno RB, Mattos WHC, et al. Migração por sobrevivência: soluções brasileiras. *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum*. 2015 [acesso em 2022 maio 12]; 23(44):221-236. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1980-85852015000100221&script=sci_abstract&tlng=pt.
43. Fonseca, BMC, Braga, AMCB, Dias EC. Planejamento de intervenções em Saúde do Trabalhador no território: uma experiência participativa. *Rev. bras. saúde ocup*. 2019 [acesso em 2022 maio 12]; 44(36): Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000015018>.

Recebido em 16/08/2022

Aprovado em 08/06/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Pré-natal em região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19

Prenatal care in a border region during the pandemic of COVID-19

Maria Aparecida Baggio¹, Taís Regina Schapko¹, Ana Paula Contiero Toninato¹, Ana Paula Xavier Ravelli², Rosane Meire Munhak da Silva¹, Adriana Zilly¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313814

RESUMO O estudo objetivou compreender a atenção pré-natal em uma região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em serviços da atenção primária à saúde, com 27 participantes, entre mulheres e profissionais de saúde, por meio de entrevistas semiestruturadas, remotas e presenciais, entre agosto de 2021 e janeiro de 2022, cujos dados foram averiguados por análise temática. Foram identificadas quatro categorias temáticas, quais sejam: Início do pré-natal adiado; Parcialidade nas ações em saúde no pré-natal; (Des)informação em saúde em período de pandemia; e Medidas de prevenção à Covid-19 na gestação. A pandemia da Covid-19 gerou retrocessos no pré-natal, como a restrição do acompanhante nas consultas e exames e suspensão de grupos de gestantes, com prejuízos na educação em saúde, adiamento do início do pré-natal e/ou comprometimento da sua realização, particularmente de brasileiras residentes no Paraguai. Teleatendimento, como estratégia para acompanhamento do pré-natal, apareceu timidamente. Os serviços de saúde se reorganizaram para manter as medidas para evitar a infecção e, assim, tentar garantir o seguimento pré-natal de forma presencial.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado pré-natal. Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Saúde na fronteira.

ABSTRACT *The purpose of this study was to understand prenatal care in a border region during the COVID-19 pandemic. It was a qualitative study conducted between August 2021 and January 2022 in primary health care facilities with 27 participants from among women and health workers in semistructured, remote, and in-person interviews, whose data were analyzed using thematic analysis. Four thematic categories were identified: delayed initiation of prenatal care, partiality in prenatal health measures, (in)health information in a pandemic period, and COVID-19 preventive measures in pregnancy. The COVID-19 pandemic has led to setbacks in prenatal care, such as limiting the presence of others than not the pregnant individual during consultations and examinations, exposing groups of pregnant women to health information losses, postponing the start of prenatal care, and or compromising their deliveries, especially among Brazilian women living in Paraguay. Telecare as a strategy for prenatal follow-up has been slow to be implemented. Health services have been reorganized to maintain infection prevention measures and provide prenatal follow-up in person.*

KEYWORDS *Prenatal care. Primary Health Care. COVID-19. Border health.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
mariabaggio@yahoo.com.br

²Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) – Ponta Grossa (PR), Brasil.

Introdução

Na gestação, o sistema imunológico da mulher se adapta de forma ativa, com características pró-inflamatórias no primeiro e terceiro trimestre gestacional. Essas adaptações deixam as gestantes mais suscetíveis a infecções virais, especialmente respiratórias, como a Covid-19¹.

A Covid-19 é uma infecção viral emergente, causada pelo Sars-CoV-2, que gera afecções respiratórias com alta transmissibilidade e acomete todos os grupos populacionais, incluindo mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Os primeiros casos da Covid-19 foram registrados na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a classificou como pandemia em março de 2020².

Gestantes e puérperas foram consideradas grupos de risco à doença por possuírem maior chance de desenvolver a forma grave da Covid-19, quando comparadas à população geral³. Condição que justifica o aumento no número de óbitos desta população, no Brasil, entre os anos de 2020 e 2021⁴, nos quais o país foi o que registrou mais óbitos maternos por Covid-19 no mundo, no mesmo período⁵.

Os serviços de saúde brasileiros são comumente voltados ao tratamento de condições agudas⁶. Durante a pandemia da Covid-19, essa situação foi intensificada, visto que alguns municípios priorizaram o atendimento aos indivíduos com sintomas respiratórios, adiando as consultas de pré-natal⁷. A atenção pré-natal, por meio de consultas, exames laboratoriais e de imagem, tem o objetivo de garantir o bem-estar ao identificar precocemente riscos à saúde materno-infantil⁸.

A interrupção do pré-natal pode elevar a taxa de morbimortalidade materno-infantil, principalmente entre as populações mais vulneráveis, pois dificulta a identificação e tratamento precoce de morbidades na gestação⁹. Essas taxas podem se elevar na população materno-infantil ao se considerar que gestantes infectadas são mais propensas ao aborto,

crescimento intrauterino restrito, ruptura prematura de membranas e parto prematuro².

Salienta-se que fragilidades na atenção materna infantil no Brasil, sobretudo em região de fronteira, foram agravadas com a pandemia, como o pré-natal inadequado, recursos insuficientes e disparidades no acesso à saúde⁷. No que concerne à região de fronteira, durante a pandemia, a dificuldade já existente de acesso de estrangeiros e brasileiros residentes nos outros países aos serviços de saúde brasileiros foi intensificada devido ao fechamento das fronteiras. Essas regiões registram grandes fluxos migratórios por imigrantes latino-americanos¹⁰ e a tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina possui o maior fluxo de pessoas da América do Sul, com um grande fluxo de migrantes do Paraguai em busca de atendimento à saúde em Foz do Iguaçu¹¹.

Nesse contexto, o objetivo do estudo foi compreender a atenção pré-natal em uma região de fronteira na vigência da pandemia da Covid-19.

Material e métodos

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, realizado em Foz do Iguaçu, Paraná, município brasileiro que faz fronteira com a Cidade do Leste (Paraguai) e Porto Iguaçu (Argentina). A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 e janeiro de 2022, por uma mestrandia, graduada em enfermagem, orientada por pesquisadoras que possuem expertise em pesquisa qualitativa.

Foz do Iguaçu é referência para as gestantes munícipes e de Santa Terezinha de Itaipu e referência de alto risco para os municípios da 9ª regional de saúde do Paraná⁸. Atende também gestantes brasileiras residentes no Paraguai. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim América, Vila Iolanda e o Centro Materno Infantil (CMI) foram definidos como referência para o atendimento de brasileiros residentes no Paraguai, sendo o CMI exclusivo para a assistência a gestantes¹².

Ainda que exista uma unidade de referência para atendimento de gestantes brasileiras residentes no Paraguai, as gestantes buscam outras unidades também para realizar o pré-natal. Ressalta-se que, além dessas mulheres, as gestantes de nacionalidade paraguaia e argentina também acessam os serviços de saúde brasileiros, a fim de garantir o atendimento pré-natal gratuito e de qualidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³.

Foram incluídas(os) no estudo mulheres brasileiras (gestantes ou puérperas), residentes no Brasil ou Paraguai, que realizaram pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) de Foz do Iguaçu e que compreendem a língua portuguesa, e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) atuantes nestas unidades, que realizaram consulta de pré-natal durante a vigência da pandemia por Covid-19. Foram excluídas(os) mulheres menores de 18 anos ou com idade gestacional menor que 27 semanas e profissionais com menos de seis meses de atuação no pré-natal ou afastados do serviço no período da coleta de dados.

As unidades de saúde foram selecionadas de modo intencional, por atenderem estrangeiras e brasileiras que residiam no Brasil e no Paraguai. Aos gestores das unidades, foi solicitado o contato telefônico das mulheres para convite de participação no estudo. Os profissionais foram contatados nas respectivas unidades em que atuavam, pessoalmente ou por telefone.

Foi obtido o contato de 78 mulheres por meio de indicação dos enfermeiros das unidades de saúde. Destas, com 41 não foi possível realizar o contato, pois não atenderam a ligação em mais de duas tentativas ou o número estava incorreto. Uma não compreendia a língua portuguesa, sete se recusaram a participar da pesquisa, 12 solicitaram que retornasse à ligação posteriormente, porém não atenderam em outros momentos e 17 mulheres participaram da entrevista.

Foi realizado contato com 11 profissionais da saúde, entre médicos e enfermeiros, sendo excluído um por tempo de assistência no pré-natal inferior a seis meses. Portanto, o estudo

envolveu 27 participantes, sendo 17 mulheres e dez profissionais de saúde, os quais, após a apresentação dos objetivos da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. As entrevistas foram realizadas de forma remota e presencial, com média duração de 23 minutos.

As entrevistas ocorreram de forma individual, com garantia de privacidade, guiadas por roteiro semiestruturado, iniciado, para as mulheres, pela questão norteadora: Descreva o caminho percorrido para iniciar o pré-natal; e, para os profissionais: Como estão ocorrendo os atendimentos às gestantes na vigência da pandemia da Covid-19?

A coleta de dados iniciou com a inclusão dos participantes por meio de uma entrevista piloto, com necessidade de adequações nos instrumentos de pesquisa, a qual não foi considerada nos resultados. As entrevistas foram suspensas quando houve a saturação teórica e repetição dos dados coletados¹⁴. O registro das falas ocorreu por meio de gravação de voz, com aparelho de áudio digital e posterior transcrição dos dados na íntegra. Ao final das entrevistas, foi oferecida aos participantes a possibilidade de verificar o conteúdo para darem sua anuência.

Os dados foram averiguados por meio de análise temática de conteúdo, que consiste em três fases de análise. Na primeira, de pré-análise, realiza-se a leitura flutuante e formulação de hipóteses. Na segunda, explora-se o material, possibilitando identificar os núcleos de compreensão do texto que deram origem às categorias temáticas. Na terceira, realizaram-se inferências a respeito das informações coletadas¹⁵.

Os participantes da pesquisa foram identificados com a letra M para mulheres, Me para médico e E para enfermeiros, seguido da numeração cardinal, conforme a ordem da entrevista (M1, M2). O artigo faz parte de um projeto maior intitulado Enfrentamento da Covid-19 e a Assistência Materno-Infantil, com aprovação no comitê de ética em pesquisas com seres humanos sob o parecer nº 4.730.796. e CAAE nº 39060120.1.0000.0107.

Resultados

As participantes do estudo eram adultas jovens, com idade entre 20 e 34 anos, autodeclaradas de raça parda, tinham ensino fundamental incompleto, eram donas de casa, com renda familiar de 2 a 3 salários-mínimos e eram residentes no Brasil. Quanto às informações obstétricas, elas foram estratificadas como risco gestacional habitual durante o pré-natal, eram primíparas, iniciaram no pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação, realizaram de 7 a 9 consultas pré-natais e tinham recebido ao menos uma dose da vacina contra a Covid-19.

Com relação à caracterização dos profissionais de saúde, a maioria era de enfermeiras, entre 20 e 34 anos, do sexo feminino e se declaravam da raça branca. Considerando o tempo de atuação, referiram seis a 23 meses de atuação na APS e relataram mais de seis anos de trabalho na área da saúde. Todos os profissionais referiram ter completado o esquema de imunização contra a Covid-19.

O estudo identificou quatro categorias temáticas, quais sejam: Início do pré-natal adiado; Parcialidade nas ações em saúde no pré-natal; (Des)informação em saúde em período de pandemia; e Medidas de prevenção à Covid-19 na gestação; descritas a seguir.

Início do pré-natal adiado

A gestação, em tempo de pandemia da Covid-19, causou surpresa, preocupação e medo às mulheres. Esses sentimentos levaram ao início tardio do pré-natal pelo medo da gestação na pandemia, pela percepção tardia dos sinais de gravidez ou por adiar a sua confirmação, somado às barreiras funcionais impostas pelo número reduzido de profissionais para atendimento na APS.

E para mim foi surpresa. [...] Falei: 'puts, na pandemia, desempregada, agora fiquei grávida! [...]'. Demorou um mês para começar a fazer [pré-natal] [...]. Só tinha um médico. (M1).

[...] fui fazer o da farmácia, o teste [de gravidez], [...] e deu positivo [...]. Atrasou [o início do pré-natal] [...] com 20 semanas [...]. Eu mesma que não quis [confirmar a gravidez]. Estava com medo de saber que estava grávida [...]. (M2).

Medo a gente fica por causa do bebê [...] fui justo engravidar bem numa época difícil, que é a pandemia! (M6).

Para início do pré-natal de brasileiras residentes em outro país (a maioria reside no Paraguai) ou de estrangeiras, são solicitados documentos de identificação. No período inicial da pandemia, estes não estavam sendo emitidos. Isso restringiu, em parte, o início do pré-natal a essas mulheres. Alguns profissionais realizaram o atendimento, mesmo quando não possuíam documentos de identificação.

Várias nacionalidades. Principalmente árabe, paraguaia [...], do Japão, chineses, é bem diversificado [...]. Para abertura de pré-natal [...] é exigida a documentação [...]. Se ela não tiver cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), nenhuma documentação brasileira, também é atendido, só depois limita a questão do seguimento. (E6).

[...] CPF, identidade não tão fazendo, por causa da pandemia. [...] Se ela só tem a identidade lá do Paraguai, aí realmente a gente não consegue fazer nada. (E2).

[...] eu estava lá no Paraguai, [...] meu marido ele é brasileiro [...]. Estava fazendo meus documentos também. Minha identidade [...] não estava saindo. Então não podia consultar aqui [Brasil] [...]. Quando eu retirei a minha identidade [brasileira] [...] eu já vim rápido fazer [pré-natal no Brasil] [...]. (M2).

O pré-natal de mulheres residentes no Paraguai (brasileiras ou estrangeiras) comumente se inicia tardiamente no Brasil. Algumas têm como intenção garantir o acesso à saúde no país para o parto. Elas podem ou não já ter iniciado pré-natal em serviço privado no

país de residência (considerado de qualidade inferior à do Brasil). Contudo, a pandemia condicionou o adiamento do início do pré-natal (ou a não realização) dessas mulheres residentes devido ao período de fechamento da ponte que liga este país ao Brasil.

Elas moram no Paraguai [...] vêm, abre o pré-natal [...] e voltam com a carteirinha de gestante só para ter o parto, para dizer que fez o pré-natal no Brasil, mas não fez. (E1).

Paraguaia chega aqui, as mulheres grávidas com o pré-natal tardio, todo mal feito no Paraguai, [...] só para ganhar o bebê e voltar para lá [...], sem documento, mas a gente tem que atender porque o SUS é universal [...]. (Me3).

[...] a gente teve uma que chegou, que veio já quase para ganhar bebê, paraguaia, logo que abriu a Ponte da Amizade. Ela veio iniciar o pré-natal, [...] ela não tinha documento brasileiro, ela não sabia data da última menstruação, ela não tinha nada. (E3).

Parcialidade nas ações em saúde no pré-natal

As consultas de pré-natal foram suspensas no início da pandemia da Covid-19. Após reorganização da APS, as unidades de saúde retomaram os atendimentos presenciais. Sobretudo, foi possível ampliar os atendimentos à mulher no ciclo gravídico-puerperal, visto que outros atendimentos eletivos estavam suspensos.

Teve uma época ano passado [...] acho que março a junho, que foi fechado. Que não estava fazendo atendimento [...] era só respiratório [...]. Parou todos os postos. (Me3).

[...] o pré-natal, o posto prioriza, por causa da gestação [...]. Aliás, foi um dos únicos tipos de consulta que não [...] excluíram foi o pré-natal. (M1).

[...] o que a gente não parou foi o atendimento pré-natal [...] até conseguiu ampliar um pouco o atendimento, porque daí a gente não tinha outra demanda para atender [...]. (E1).

As gestantes faltavam às consultas de pré-natal por medo da infecção, tiveram consultas adiadas por suspeita de infecção pela Covid-19 (delas ou de profissionais de saúde) ou por suspensão de atendimentos relacionada à condição epidemiológica da doença. O CMI, por sua particularidade de atender principalmente brasileiras residentes no Paraguai, teve a demanda de consultas de pré-natal reduzida durante o período em que a ponte Brasil-Paraguai foi fechada.

[...] tem bastante gestante que está tendo abandono [...], falta nas consultas por causa de medo de estar contaminando [...]. (E4).

A gente não fez tele saúde. A gente continuou a fazer atendimentos presenciais [...], as de risco habitual a gente às vezes espaçava um pouco [...]. (E3).

Duas vezes. É porque ele [médico] estava com suspeita de COVID. Daí eles não atenderam no CMI [...]. (M14).

Uma das consultas eu acho que foi cancelada por conta do COVID [...]. Aí nenhum posto mais estava atendendo, eles estavam atendendo só essas coisas da pandemia [...]. (M15).

[...] os pré-natais ficaram um pouco parados, porque a nossa demanda maior é das brasileiras que moram lá no Paraguai. [...] do que daqui do Brasil [...]. Elas não tinham como passar [...], a ponte ficou fechada uns nove meses [...]. (E2).

O teleatendimento foi uma estratégia de atenção à saúde de algumas unidades para gestantes hesitantes/faltosas à consulta presencial, residentes no Brasil. Contudo, não foi possível o teleatendimento e a busca ativa de residentes no Paraguai, visto que a população

transfronteiriça não informa corretamente os endereços e o número de telefone pelo medo de não receber atendimento caso residam em outro país, e isto impossibilitou localizá-las.

[...] as gestantes não queriam vir [...]. Aí, a gente usou essa estratégia do teleatendimento [...]. (E1).

[...] gestantes que moram no Paraguai e vêm fazer a abertura do pré-natal para ter o bebê aqui [...] não tem como procurar elas [...] dão endereço brasileiro, não paraguaio [...]. (E5).

[...] não teve acompanhamento [das gestantes residentes no Paraguai] por causa da questão do telefone, por ser difícil, na questão do Paraguai [...], não tinha esse contato com elas [...]. (E2).

Exames de laboratório e de imagem foram realizados conforme indicação obstétrica durante a pandemia. Foram adiados quando a gestante tinha suspeita ou diagnóstico da Covid-19.

Os exames [laboratoriais] não atrasaram, nem o ultrassom. As consultas ocorreram de forma habitual. (Me1).

Em alguns períodos também foram suspensos os exames laboratoriais de rotina, ano passado. Mas os de gestante eles mantiveram, não suspenderam. (E3).

Eu só peguei o encaminhamento dos exames [laboratoriais], [...] já foi feito. [...] fiz tudo ali no posto. (M15).

Os atendimentos de pré-natal de alto risco foram mantidos e realizados em ambulatório de especialidades médicas, com médico obstetra. Importante apontar que o pré-natal de risco habitual foi realizado na APS, por médico da saúde da família – clínico geral. A gestante de alto risco se manteve vinculada aos dois níveis de atenção. Convém salientar que os enfermeiros, na realidade estudada, comumente realizam apenas a primeira

consulta de pré-natal – denominada ‘abertura do pré-natal’.

Aqui eu só faço baixo risco [pré-natal]. Se tiver alterado [...] você referencia para o obstetra aqui e coloca se é prioridade ou não, e especifica o porquê [...]. (Me3).

[gestante] alto risco, tanto acompanha aqui como no centro de especialidades médica com o obstetra [...] o enfermeiro aqui faz a abertura [do pré-natal] e o restante [das consultas] é acompanhada pelo médico da família [...]. (E5).

[...] a primeira consulta eu fiz com a enfermeira [...] uns 15 dias depois foi marcado com uma médica. (M15).

(Des)informação em saúde em período de pandemia

Os grupos de gestantes da APS foram suspensos e a educação em saúde foi realizada principalmente por médicos, de forma individual, nas consultas de pré-natal. A educação em saúde e a troca de experiências entre as gestantes ficaram comprometidas com a suspensão dos grupos de pré-natal. Contudo, algumas puderam receber orientações por meio de outros grupos que não dos serviços de APS, inclusive de forma on-line.

Única coisa que a gente parou foram os grupos, os grupos de gestante [...]. Esses grupos aconteciam [...] uma vez por mês [...]. (E2).

[...] eu senti falta [...] acredito que faz muita diferença durante a gravidez, principalmente [...] para quem é a primeira vez, que não tem muita experiência [...] seria muito válido essa troca de experiência. (M17).

Eu participo no que é do CEAE, Centro Espírita lá do Jardim Paraná, da Vila A. Aliás, é um grupo de gestantes carentes [...] orienta na amamentação [...]. Não é encontro pessoalmente, é on-line. (M1).

De acordo com profissionais e mulheres, as orientações realizadas no pré-natal focaram apenas nos sinais de alerta para procurar o hospital de referência, trabalho de parto e parto, necessidade de consulta puerperal, amamentação, além de cuidados com alimentação e o sono durante o pré-natal. Algumas mulheres referiram não ter recebido nenhuma orientação durante o pré-natal, sendo necessário buscar informações fora do serviço de saúde, por meio de pesquisa e informações de familiares.

[...] Orientações com a alimentação, a importância do sono [...]. Em relação aos cuidados que tem que ter se tiver algum sinal de alarme, algum sangramento ou alguma dor. (E6).

A Enfermeira me ensinou [...] os cuidados que eu devo ter durante a amamentação, cuidados com os seios [...] parto, no pós-parto, onde que eu ia ficar, qual hospital, se poderia levar acompanhante [...]. (M17).

Ninguém me falou nada sobre o parto. Tudo o que eu sei é que eu pesquisei e perguntei para os familiares que já tiveram filho [...]. (M1).

Medidas de prevenção à Covid-19 na gestação

Durante a pandemia, os serviços organizaram medidas para prevenir a infecção pela Covid-19, como: disposição de álcool em gel, distanciamento de cadeiras, agendamento de horários para consultas, restrição da presença de acompanhante nas consultas, questionamento sobre sintomas respiratórios e o afastamento do trabalho de gestantes e de profissionais de grupos de risco.

[...] quando a gente iniciou o atendimento do COVID aqui, um dia antes a gente ligava para saber se a gestante tinha sintoma respiratório. [...] fazia a higienização [...], uso de EPI, máscara, avental, touca. (E1).

Era feito o agendamento para não formar filas, marcação de cadeiras, uma sim e outra não, [...] proteção para a recepcionista na entrada, uso de máscara, álcool [...]. (M17).

[...] por motivos de saúde, eu fui afastada. Eu fazia atendimento pela telemedicina, trabalhei durante um ano da minha casa. [...] eu fiquei em casa pelo receio mesmo. (Me4).

Dentre as medidas, a restrição do acompanhante/companheiro condicionou as mulheres ao desamparo, pois se sentiam sozinhas. Alguns médicos abriam exceções para o acompanhante nas consultas.

Não pude levar acompanhante. [...] Isso, tipo, faz a gente se sentir um pouco sozinha [...] nos ultrasons, ele [marido] nunca está. É só eu, eu tenho que filmar para ele poder ver e não é a mesma coisa [...]. (M1).

Geralmente elas vêm sozinhas agora por causa da pandemia, mas quando tem acompanhante, o marido ou mãe, eu deixo entrar. (Me3).

A adesão vacinal contra a Covid-19 na gestação foi influenciada pelo medo das mulheres em relação aos efeitos do imunizante no feto, de aborto, entre outros. Houve maior ou menor adesão, conforme diferentes profissionais, cada qual em sua realidade. Contudo, o fato de haver médicos resistentes à vacina contra a Covid-19, a necessidade de solicitação médica para a gestante receber este imunizante (no município) e de não ser obrigatória a sua realização pode ter influenciado na baixa adesão à vacina.

Elas aderem bem [...]. No município foi pedido para que tenha a solicitação médica para que elas possam ser vacinadas [contra a Covid-19] [...]. (E6).

Tem muita gestante que não quer fazer a vacina [...]. E na unidade tem alguns médicos que também têm algumas restrições quanto à vacina, [...] a

paciente também tem medo, acaba não fazendo [vacina]. (E3).

Tem medo do que possa acontecer com o feto [...] elas se dispõem a vacinar depois que o bebê nasce [...]. Mas são minoria. (Me4).

[...] eu não confio muito bem nessas vacinas por enquanto [...]. Eu sou obrigada a tomar? Eles falaram que não [...]. Então eu não tomei [...] Só tomei a da gripe. (M14).

Aquelas gestantes que acreditavam na prevenção da Covid-19 por meio da imunização acessaram os serviços, superaram barreiras territoriais e se sentiram mais tranquilas após terem recebido as doses recomendadas.

Já tomei [...] As duas doses. Eu fiquei mais tranquila, porque já sei que estou protegida. (M2).

[...] foi muito rápido [...] já na primeira consulta perguntei sobre a vacina da Covid-19 [...] e já fui vacinada. (M15).

Tive dificuldade em conseguir vacinar no Brasil porque precisava de comprovante de residência [gestante residente no Paraguai]. Mas consegui endereço em Foz [...]. (M17).

A testagem de gestantes com suspeita da Covid-19 era realizada por agendamento prévio pelo telefone. As gestantes com suspeita ou diagnóstico da Covid-19 eram orientadas a manter isolamento domiciliar e monitoradas por meio de teleatendimento. Em alguns casos, houve demora na divulgação do resultado do exame. Os médicos, na época, não tinham segurança para prescrição medicamentosa para tratar a nova doença. O efeito colateral de drogas poderia ser pior do que o efeito terapêutico.

[...] Coriza, dor no corpo. [...] Eu agendei para poder fazer o teste. A gente teve bastante dificuldade para ver o que tinha dado. [...] Foram quase duas semanas para sair o resultado. (M10).

[...] a gente ficou meio confuso [...] de não saber bem o que prescrever, ou às vezes prescrever e ter um efeito colateral pior do que o efeito terapêutico [...] a gente se preocupa, é uma doença nova [...] a gente não sabe qual que vão ser os efeitos [...]. (Me1).

A gente [...] dava atestado sanitário para a gestante e [...] orienta ela a isolamento domiciliar [...]. Na telemedicina [...] a gente ligava [...] para saber se estava bem, [...] se podia sair do isolamento [...]. (Me4).

Discussão

No início da pandemia, inúmeras gestantes deixaram de comparecer às unidades de saúde devido ao risco e ao medo de infecção pela Covid-19. A literatura descreve que houve cancelamento de consultas pré-natais e, conseqüentemente, houve redução na taxa média de consultas^{6,16}.

A consulta remota foi apontada como uma estratégia para minimizar o risco de infecção pela Covid-19 e garantir o acompanhamento pré-natal¹⁷. Contudo, foi utilizada de forma tímida pelos profissionais de saúde deste estudo, particularmente focada na busca ativa de faltosas. Não obstante, a busca ativa de gestantes faltosas, residentes no Brasil, comumente é dificultada pela falta de atualização dos dados cadastrais, como telefone e endereço¹⁸. Sobretudo, a busca ativa de gestantes residentes no país vizinho (Paraguai) não é realizada, o que conduz à descontinuidade do atendimento¹⁹.

Em Florianópolis, o atraso no início do pré-natal, com intervalo superior a seis semanas entre as consultas, e o atendimento de forma virtual aumentou o risco de inadequação do pré-natal²⁰. Logo, confirma-se o adiamento de consultas e a baixa adesão delas na forma remota.

As medidas de distanciamento impostas pela pandemia fizeram com que alguns países estabelecessem medidas restritivas aos imigrantes, como o fechamento das fronteiras¹⁰.

O fechamento da fronteira terrestre entre o Brasil e o Paraguai restringiu o acesso de gestantes paraguaias e de brasileiras residentes no Paraguai aos serviços de saúde do Brasil¹¹.

Na região de fronteira do Brasil com o Paraguai e Argentina, a busca pelos serviços de saúde, que inclui a assistência materno-infantil, é realizada por estrangeiros e por brasileiros que residem em outros países²¹. Isso pode ser associado à percepção de que o sistema de saúde do Brasil é melhor estruturado do que os dos países vizinhos e o direito à saúde por meio da universalidade do SUS²².

O atendimento a estrangeiros no Brasil é assegurado em casos de urgência e emergência, contudo, alguns municípios acolhem estrangeiros(as) para atendimento eletivo na atenção primária²². Gestantes estrangeiras buscam a assistência pré-natal no Brasil a fim de garantir direito à saúde para seus filhos. Já gestantes brasileiras residentes no Paraguai possuem garantia de atendimento em saúde, em serviço de pré-natal, no Brasil¹⁹.

A ausência de políticas explícitas sobre o atendimento de estrangeiros(as) condiciona os profissionais de saúde ao estabelecimento de critérios de acesso baseados em valores éticos e morais²². Além disso, uma das barreiras no atendimento a imigrantes é a comprovação de residência no Brasil para emissão do cartão SUS. Isso faz com que estrangeiros(as) utilizem documentos falsos, de familiares ou amigos, para acesso aos serviços de saúde, dificultando a identificação da origem deles(as)¹⁹.

Durante a pandemia, houve a suspensão dos grupos de gestantes como forma de reduzir a infecção viral²³. Para a manutenção da educação em saúde a esses grupos, foi recomendada a utilização de diferentes formas de educação em saúde no pré-natal, como o uso de aplicativos, grupos on-line e vídeos educativos²⁴. Todavia, em função da ausência de orientações e educação em saúde pelos profissionais de forma on-line,

as gestantes buscaram informações em outras fontes, como: televisão, internet, amigos ou familiares²⁵.

Notou-se aumento do uso de mídias digitais, tanto por pacientes quanto por profissionais de saúde, durante a pandemia, sobretudo relacionado à busca de informações sobre a Covid-19²⁶. Elas também foram utilizadas por autoridades de saúde para divulgação de boletins epidemiológicos, informações oficiais sobre a Covid-19 e esclarecimento de dúvidas da população, a fim de evitar disseminação de informações falsas, chamadas de *fake news*²⁷.

A telessaúde, importante ferramenta para a promoção a saúde, foi intensificada durante a pandemia²⁷ e se mostrou complementar ao atendimento presencial na APS, com potencial para ser mantida, se houverem investimentos em infraestrutura, formação de profissionais, fluxos de trabalho organizados, divulgação e acesso à população para condições específicas, no contexto estudado²⁸.

Contudo, mesmo com o aumento do uso da telessaúde na pandemia, confirma-se haver poucas iniciativas para acesso dessa modalidade no ciclo gravídico-puerperal, pelo SUS e pela saúde suplementar, no Brasil. Assim, iniciativas governamentais são requeridas para ampliar o acesso e o uso desta ferramenta, desde o pré-natal²⁹.

A consulta pré-natal compartilhada entre enfermeiro e médico tem maior efetividade, favorece a qualidade do atendimento, a identificação precoce de complicações, gera redução de gastos financeiros e impacta positivamente nos desfechos clínicos maternos e perinatais²³. Porém, o enfermeiro, no contexto estudado, realiza comumente a abertura de pré-natal (primeira consulta), sem continuidade no acompanhamento obstétrico.

Para garantir a segurança nos atendimentos às gestantes, foram adotadas medidas como: distanciamento entre as cadeiras na sala de espera, uso de máscara e a oferta de álcool em gel para higiene das mãos¹⁸. Uma das medidas

de prevenção da Covid-19 foi a restrição do acompanhante no pré-natal.

Quanto à ausência do acompanhante (companheiro), as mulheres manifestam sentimento de perda e insatisfação¹⁶. A presença do parceiro e de amigos é essencial para obter apoio social e diminuir o sofrimento psicológico das gestantes³⁰, particularmente em tempo de pandemia.

O afastamento do trabalho foi indicado para pessoas com comorbidades clínicas e fatores de risco à infecção pela Covid-19, como gestantes¹. Os profissionais de saúde dos grupos de risco também foram afastados do trabalho, reduzindo o quadro funcional dos serviços de saúde³¹. Esses profissionais foram alocados no teleatendimento para monitoramento de casos suspeitos ou positivos para Covid-19.

A imunização foi uma das principais medidas preventivas contra a Covid-19, com demonstração de eficácia e segurança em gestantes, além da transmissão de anticorpos ao feto e/ou ao recém-nascido⁶. Apesar disso, a baixa percepção de risco de infecção pela Covid-19, a disponibilidade da vacina e a falta de confiança na eficácia do imunobiológico podem estar associados ao atraso ou à recusa vacinal contra a Covid-19³².

Em Israel, a imunização contra a Covid-19 foi menos aceita entre as gestantes quando comparada à adesão vacinal na população geral. A baixa adesão foi associada à preocupação com a segurança do imunobiológico. Muitas vezes, elas optam por adiar a vacinação para após o parto³³, assim como identificado pelas falas dos participantes deste estudo.

No Brasil, a vacinação contra a Covid-19 iniciou em janeiro de 2021. Após início da imunização em gestantes, foi notificado um caso de evento adverso grave de tromboembolismo pós-vacina Astrazeneca®, o que condicionou a interrupção da administração deste imunobiológico em gestantes, que fisiologicamente possuem fator de risco aumentado para o evento. A imunização de gestantes e puérperas passou a ser realizada com imunizantes Coronavac® e Pfizer®, sendo obrigatória a

prescrição médica para realização da vacinação³⁴. Isso pode ter aumentado a insegurança perante a imunização.

A APS tornou-se referência para atendimento dos casos suspeitos e confirmados da Covid-19, sendo necessário reorganizar os fluxos de atendimento e organização dos espaços físicos dos pacientes que apresentavam sintomas gripais¹⁸. Para as gestantes com sintomas respiratórios, era solicitado que realizassem o isolamento domiciliar e, somente após término dos sintomas, retornar para consulta pré-natal. Os profissionais apresentavam insegurança no atendimento e tratamento de gestantes infectadas pela Covid-19 por não possuir um protocolo oficial de atendimento².

O estudo se limitou a entrevistar mulheres e profissionais de saúde de um município de fronteira e contemplou o primeiro nível de atenção pré-natal, qual seja a APS. Sugere-se novos estudos que contemplem gestores em saúde e outros níveis de atenção pré-natal, como a atenção especializada, em outras regiões e fronteiras do Brasil.

Considerações finais

A pandemia da Covid-19 gerou retrocessos à atenção pré-natal, como a restrição do acompanhante nas consultas e exames, suspensão do grupo de gestantes, com comprometimento da educação em saúde no pré-natal, adiamento do início do pré-natal e/ou comprometimento da sua realização, particularmente de brasileiras residentes no Paraguai por conta de barreiras de acesso, pelo fechamento das fronteiras.

O pré-natal foi suspenso no início da pandemia. Contudo, após a reorganização dos serviços de saúde de modo a prevenir a infecção pela Covid-19, as unidades de saúde mantiveram as consultas de pré-natal de forma presencial. Diante disso, o teleatendimento como estratégia para acompanhamento pré-natal apareceu timidamente, particularmente para busca ativa de gestantes faltosas e residentes no Brasil.

Recomenda-se a utilização de teleatendimento para acompanhamento pré-natal de mulheres hesitantes em comparecer às consultas por medo e insegurança quanto à Covid-19, quando as condições epidemiológicas da doença forem de risco para a saúde materna, entre outros motivos. Sobretudo, essa estratégia pode favorecer o acompanhamento de gestantes residentes no Paraguai.

Colaboradoras

Baggio MA (0000-0001-6901-461X)*, Schapko TR (0000-0001-6813-437X)*, Toninato APC (0000-0002-7251-6423)*, Ravelli APX (0000-0003-4095-758X)*, Silva RMM (0000-0003-3355-0132)* e Zilly A (0000-0002-8714-8205)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Sharma JB, Sharma E, Sharma S, et al. Recommendations for prenatal, intrapartum, and postpartum care during COVID-19 pandemic in India. *Am J Reprod Immunol*. 2020 [acesso em 2023 maio 5]; 84(5):e13336. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aji.13336>.
- Mascarenhas VH, Becker AC, Venâncio KC, et al. COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. *Rev Latinoam Enferm*. 2020 [acesso em 2023 maio 15]; (28):e3348. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4523.3348>.
- Fabi RE, Ludmir J. Pregnancy, pandemics, and public health policy: the disparate impact of COVID-19 on pregnant immigrants. *Women's health issues*. 2021 [acesso em 2023 maio 15]; 31(3):195-197. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.12.001>.
- Rodrigues FO, Vasconcelos HG, Neto AA, et al. Desfechos maternos da COVID-19 e atualizações sobre a vacinação em gestantes e puérperas. *Braz J Dev*. 2021 [acesso em 2023 maio 15]; 7(6):57232-57247. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-227>.
- Takemoto ML, Menezes MD, Andreucci CB, et al. The tragedy of COVID 19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020 [acesso em 2023 maio 15]; 151(1):154-156. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>.
- Chisini LA, Castilhos ED, Costa FS, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Rev Bras Epidemiol*. 2021 [acesso em 2023 maio 15]; (24):e210013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>.
- Pereira MN, Amorim MM, Pacagnella RC, et al. COVID-19 and Maternal Death in Brazil: An Invisible Tragedy. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020 [acesso em 2023 maio 16]; 42(8):445-447. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715138>.
- Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia – Atenção Materno Infantil. Curitiba: SESA; 2022. [acesso em 2023 maio 5]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_gui_a_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf.
- Osanan GC, Vidarte MF, Ludmir J. Do not forget

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- our pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Women health*. 2020 [acesso em 2023 maio 15]; 60(9):959-962. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1789264>.
10. Silva CA, Oliveira MA, Valle AJ. As políticas públicas de saúde e assistência social para imigrantes internacionais em Corumbá-MS: o caso do fluxo de haitianos nesta região de fronteira e a nova realidade imposta pela pandemia do Covid-19. *Rev GeoPantanal*. 2020 [acesso em 2023 maio 15]; 15(29):39-59. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/re-geo/article/view/12167>.
 11. Magalhães LP, Ronconi L, Assis GO. A gestão pública da Covid-19 nas fronteiras brasileiras. O caso do município de Foz do Iguaçu. *Simbiótica Rev Eletrônica*. 2021 [acesso em 2023 maio 15]; 8(2):67-91. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/simbitica.v8i2.36379>.
 12. Foz do Iguaçu. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. [acesso em 2023 junho 13]. Disponível em: <https://www5.pmf.pr.gov.br/pdf-3942&publicacao>.
 13. Zilly A, Silva RM. Saúde pública na região da fronteira Brasil-Paraguai-Argentina. São Carlos: Pedro & João Editores; 2022. [acesso em 2023 maio 16]. Disponível em: <https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/saude-publica-na-regiao-da-fronteira-brasil-paraguai-argentina/>.
 14. Minayo MC. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. pesq. qualit*. 2017 [acesso em 2023 maio 16]; 5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.
 15. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2015.
 16. Beeson T, Claridge A, Wojtyna A, et al. Pregnancy and Childbirth Expectations During COVID-19 in a Convenience Sample of Women in the United States. *J Patient Exp*. 2021 [acesso em 2023 maio 16]; (8). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/23743735211039329>.
 17. Costa TP, Ferreira ES, Rodrigues DP, et al. Os desafios da enfermagem obstétrica no início da pandemia da COVID-19 no Estado do Pará. *Res Soc Dev*. 2021 [acesso em 2023 maio 16]; 10(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13042>.
 18. Maranduba GC, Silva GB, Melo HE, et al. Garantia de assistência segura para gestantes e puérperas na atenção primária: desafio frente à Pandemia da COVID-19. *Braz. J Health Review*. 2021 [acesso em 2023 maio 17]; 4(3):11038-11048. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-467>.
 19. Picco TM, Baggio MA, Hirano AR, et al. Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. *Esc Anna Nery*. 2022 [acesso em 2023 maio 16]; (26):e20210104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>.
 20. Martin MM, Knobel R, Nandi V, et al. Adequacy of Antenatal Care during the COVID-19 Pandemic: Observational Study with Postpartum Women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022 [acesso em 2023 maio 16]; 44(4):398-408. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1741450>.
 21. Hortelan MS, Almeida ML, Fumincelli L, et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scopingreview. *Acta Paul Enferm*. 2019 [acesso em 2023 maio 17]; (32):229-236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900031>.
 22. Aikes S, Rizzoto ML. Acesso do transfronteiriço aos serviços de saúde em cidades gêmeas do Paraná. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2019 [acesso em 2023 maio 16]; 18(4). Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i4.43582>.
 23. Menezes MD, Knobel R, Andreucci CB, et al. Pré-natal de gestantes de risco habitual por enfermeira obstetra e obstetrix: custo-efetividade sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2023 maio 16]; 37(8):e00076320. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00076320>.
 24. Surita FG, Luz AG, Hsu LP, et al. Outpatient care for

- pregnant and puerperal women during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020 [acesso em 2023 maio 17]; (42):588-592. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718473>.
25. Sahin M, Kabakci EB. The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women Birth.* 2020 [acesso em 2023 maio 16]; 34(2):162-169. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.022>.
 26. Silva RS, Schmtiz CAA, Harzheim E, et al. O papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021 [acesso em 2023 maio 17]; (26):2149-2157. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>.
 27. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2023 maio 17]; 36(5):e00088920. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>.
 28. Hirano AR, Melo DN, Alves E, et al. Telessaúde em tempo de pandemia de COVID-19: perspectiva de usuários e profissionais de saúde em uma região de fronteira. *Rev Pesq. Qualit.* 2023 [acesso em 2023 maio 17]; 11(26):319-337. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.26.564>.
 29. Couto TM, Oliveira PS, Santana AT, et al. A telessaúde no período gravídico-puerperal: estratégia de saúde complementar em um cenário de pandemia. *Texto Contexto Enferm.* 2022 [acesso em 2023 maio 17]; (31):e20210190. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0190>.
 30. Estrela FM, Silva KK, Cruz MA, et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Rev Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2023 maio 17]; 30(2):e300215. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300215>.
 31. Geraldo SM, Farias SJ, Sousa FO. The role of Primary Care in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil. *Res Soc Dev.* 2021 [acesso em 2023 maio 16]; 10(8). Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17359>.
 32. Ransing R, Kukreti P, Raghuvver P, et al. A brief psycho-social intervention for COVID-19 vaccine hesitancy among perinatal women in low-and middle-income countries: Need of the hour. *Asian J Psychiatr.* 2022 [acesso em 2023 maio 17]; (67):102929. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102929>.
 33. Wainstock T, Yoles I, Sergienko R, et al. Prenatal maternal COVID-19 vaccination and pregnancy outcomes. *Vaccine.* 2021 [acesso em 2023 maio 17]; 39(41):6037-6040. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.09.012>.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2021-GAB/SECOVID/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2023 maio 17]. Disponível em: https://cosemsgo.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEL_MS-Nota-Tecnica_Gestantes--07.08.21.pdf.

Recebido em 20/12/2022
Aprovado em 03/05/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Aspectos estruturais para a Diabetes Mellitus nas Unidades Básicas de Saúde em capitais brasileiras

Structural aspects for Diabetes Mellitus in Basic Health Units in Brazilian capitals

Thiala Maria Carneiro de Almeida¹, Mariluce Karla Bomfim de Souza¹, Samilly Silva Miranda¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313815

RESUMO Objetivou-se, neste artigo, analisar as condições estruturais de unidades de saúde e as diretrizes, os objetivos e as metas da gestão municipal relacionados com a qualidade desses serviços nas capitais segundo regiões brasileiras, tendo em vista a atenção às pessoas com Diabetes Mellitus. Para tanto, foram elaborados um modelo lógico e subdimensões/variáveis para direcionar a busca de dados no banco do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Primária à Saúde, do 3º ciclo. Análises descritivas foram realizadas das capitais por região do Brasil. Para análise documental, utilizaram-se os planos de saúde daqueles municípios que apresentaram percentual de inadequação maior que 50% para, no mínimo, quatro dimensões entre as sete analisadas neste estudo. O estudo revelou necessidade de adequação das condições estruturais das Unidades Básicas de Saúde para a maioria das capitais brasileiras em alguns dos aspectos analisados, com piores resultados para estrutura física e equipamentos. A partir da análise dos planos municipais de saúde, evidenciaram-se particularidades, potencialidades e fragilidades que merecem ser consideradas para definição da agenda e direcionamento das ações pela gestão em saúde. As condições de inadequação apontadas podem trazer impactos negativos na qualidade da atenção às pessoas com diabetes na Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Estrutura dos serviços. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Planejamento em saúde.

ABSTRACT *The objective of this article is to analyze the structural conditions of health units and the guidelines, objectives/goals of municipal management related to the quality of those services in the capitals according to Brazilian regions, aimed at caring for persons suffering from Diabetes Mellitus. For that, a logical model and sub-dimensions/variables were developed to direct the search for data in the 3rd cycle of the Program for Improving Access and Quality of Primary Health Care. Descriptive analyzes of the capitals were performed by region of Brazil. For document analysis, we used the Health Plans of municipalities that presented a percentage of inadequacy greater than 50% for at least four dimensions among the seven analyzed in this study. The study revealed the need to adapt the structural conditions of Basic Health Units for most Brazilian capitals in some of the aspects analyzed, with worse results for physical structure and equipment. Based on the analysis of municipal health plans, particularities, strengths, and weaknesses were evidenced that deserve to be considered for defining the agenda and directing actions by health management. The identified conditions of inadequacy can have a negative impact on the quality of care for persons suffering from diabetes in Primary Health Care.*

KEYWORDS *Service structure. Health assessment. Primary Health Care. Health planning.*

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



Introdução

A Diabetes Mellitus (DM), enquanto um problema de saúde pública, apresenta estimativa de prevalência de 9,2% na população adulta brasileira¹. É considerada doença crônica multifatorial e grande responsável por hospitalizações devido a complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais². Suas complicações aumentam os gastos do sistema de saúde, bem como impactam nos anos de vida perdidos por incapacidade e mortalidade. No Brasil, o manejo e a prevenção da diabetes e suas complicações ficam sob a responsabilidade, principalmente, da Atenção Primária à Saúde (APS), que se propõe a dispensar um cuidado integral, resolutivo e de alta qualidade com impacto na situação de saúde da população^{2,3}.

A APS, entendida como um conjunto de ações e serviços de cunho individual e coletivo que visa a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, caracteriza-se pelo acompanhamento de diferentes condições de saúde-doença-cuidado, devendo ser o principal centro integrador e de comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴. Nesse sentido, a diabetes, enquanto doença crônica, deve encontrar nesse nível de atenção o cenário ideal para o cuidado longitudinal⁵.

Em 2011, com o propósito de avaliar a qualidade da APS, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁶, o qual tem em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para a melhoria da qualidade nos serviços de APS⁷. A fim de conhecer a produção científica sobre a utilização de serviços de saúde na APS, foi realizado o levantamento de estudos em bases indexadas, nas quais foram selecionados 17 artigos. Destes, dez apresentavam abordagem nacional⁸⁻¹⁷, inclusive com destaque a divisão regional brasileira, um trouxe enfoque municipal¹⁸ e seis consideraram as realidades estaduais para análise¹⁹⁻²⁴. Destaca-se que tais produções concentraram-se nos anos de 2018 e 2017. Do conjunto dos estudos selecionados,

a maioria deles utilizou os dados do 1º ciclo do PMAQ-AB, apenas um estudo fez comparação entre dois ciclos¹⁴, enquanto os demais trabalharam com os dados do 2º ciclo.

Os estudos analisaram os seguintes elementos: infraestrutura^{8,10,13,16,19}, ambiência¹⁹, acessibilidade¹⁹, utilização²³, disponibilidade de insumos^{9,10,15,24}, equipamentos^{7-10,14,15,23,24}, medicamentos^{8,10,14,15,23}, fatores organizacionais^{10,15}, quantidade de profissionais e composição das equipes^{10,13,15}, processo de trabalho^{10,11,15,18,24}, gestão e oferta do cuidado^{13,15}, tipologia das unidades relacionada com a disponibilidade de equipamentos, porte e condições sociais e econômicas dos municípios relacionados com a disponibilidade de medicamentos nas unidades¹⁴, articulação e assistência da rede e componentes do processo de trabalho¹⁷.

Em relação às condições traçadoras, apenas um estudo utilizou a diabetes¹⁴ embora seja uma das principais condições sensíveis à atenção básica. Os autores abordam sobre a condição dos serviços no que tange à estrutura, como aspectos que podem refletir na qualidade da atenção aos indivíduos com diabetes¹⁴. Entretanto, a análise do acesso, da oferta e do uso de serviços de saúde necessita ser complementada com avaliações sobre a qualidade do cuidado ofertado. No campo da avaliação dos serviços de saúde, a estrutura é um dos componentes para a análise do desempenho destes, considerando-se que estruturas adequadas favorecem a oferta de serviços oportunos e de qualidade¹⁴. Nesse sentido, modelos lógicos, por se tratar de um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e quais os resultados são esperados, compõem a primeira etapa do planejamento de uma avaliação²⁵.

Os resultados das avaliações podem (e devem) servir para o direcionamento das ações para melhoria da qualidade dos serviços e, portanto, precisam constituir a agenda de compromissos da gestão. Assim, o plano de saúde constitui-se pelo conjunto de diretrizes, objetivos e metas da gestão para o desenvolvimento

das ações ao longo do quadriênio, compondo a base das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS²⁶.

O compromisso político é entendido como a responsabilidade da gestão pública municipal pelo desenvolvimento de estratégias que operacionalizem as políticas e os programas considerados prioritários para o município²⁷. Para que os princípios e as diretrizes do SUS sejam cumpridos, as estruturas administrativas e organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem ser entendidas como uma responsabilidade primária e intransferível dos gestores municipais e estar coerentes com o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde²⁸.

Diante da problemática sobre a utilização de serviços de saúde na APS e sua relação com a qualidade da atenção à saúde, este estudo tem por objetivo analisar as condições estruturais de unidades de saúde e as diretrizes, os objetivos as metas da gestão municipal relacionados com a qualidade desses serviços nas capitais segundo regiões brasileiras, tendo em vista a atenção às pessoas com DM.

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo²⁹ e de apreciação normativa para análise dos dados sobre as condições estruturais das unidades de saúde das capitais brasileiras para a qualidade da atenção às pessoas com DM, a partir dos dados do PMAQ-AB do ano de 2017.

A primeira etapa consistiu na busca e na revisão de normativas e referências publicadas no período de 2001 a 2019, para a construção do modelo lógico para atenção às pessoas com DM à luz do referencial de Donabedian^{30,31} nos atributos de estrutura. Consideraram-se os modelos propostos por Borges, Lacerda²⁷ e Santos³², bem como os componentes da atenção à DM e as orientações presentes no 'Caderno de Atenção Básica nº 36' – 'Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus'² – e do 'Manual de estrutura

física das unidades básicas de saúde: saúde da família'³³, com detalhamento das variáveis da dimensão estrutural.

A segunda etapa consistiu na definição de uma matriz com sete dimensões de análise, as quais corresponderam aos aspectos a serem analisados, tais quais: 1) recursos humanos; 2) acessibilidade, sinalização externa; 3) organização e informação sobre oferta de ações e serviços; 4) estrutura física; 5) ambiência; 6) equipamentos, recursos materiais e insumos; e, 7) medicamentos. Para cada dimensão, foram identificadas variáveis e fontes de verificação conforme o instrumento do PMAQ-AB³⁴. Para a definição dos padrões e a qualificação de cada dimensão e/ou variável, procedeu-se à busca pelo referencial documental e/ou teórico para explicação e definição da qualificação/adequação para cada realidade analisada, pela anterior construção do modelo lógico.

Para caracterização das dimensões de estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) das capitais brasileiras, foram obtidos os dados sobre as condições estruturais das unidades de saúde a partir do banco de dados da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB, disponibilizado pelo Ministério da Saúde de acesso público³⁵. Para cada dimensão, foram selecionadas variáveis correspondentes a partir do acesso ao banco do PMAQ-AB.

Para este estudo, foi construído um banco de dados em que foram selecionados os resultados e as respectivas variáveis relacionadas com a estrutura das unidades de saúde referente às capitais brasileiras para atenção às pessoas com DM oriundas do 'Módulo I do instrumento de avaliação externa – Observação na Unidade Básica de Saúde', em que se avaliaram as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos de UBS.

As variáveis foram categorizadas em adequadas, intermediárias e inadequadas de acordo com a criação de padrões de adequação, segundo as normativas vigentes, estabelecendo o conjunto de subvariáveis necessárias para atender ao padrão adequado por dimensão, tendo algumas dimensões o padrão

intermediário com a presença de subvariáveis mínimas para atendê-las, e inadequado quando houver a ausência de um ou mais item necessário do padrão intermediário ou adequado.

Após organização desse banco e categorização das variáveis de interesse, foram obtidas as frequências absolutas e relativas por meio do programa Stata, versão 10.0.

Na terceira etapa, identificaram-se os municípios com percentual de inadequação maior que 50% para, no mínimo, quatro dimensões entre as sete analisadas neste estudo; em seguida, realizou-se análise documental, por meio dos Planos Municipais de Saúde (PMS), do quadriênio 2018-2021 desses municípios. Sete capitais atenderam a esse critério. Dos municípios selecionados, três planos não foram encontrados em buscas feitas nos sítios eletrônicos de acesso livre de cada município/capital. Desse modo, foram incluídos os municípios que tinham disponíveis em seus sítios institucionais o acesso livre ao respectivo PMS, sendo, portanto, excluídos aqueles cujos planos não foram identificados por essa busca.

Assim, seguiram para análise quatro PMS de três regiões brasileiras, a saber: capitais do Norte (N1, N2); capital do Nordeste (NE1); e capital do Centro-Oeste (CO1). A fim de considerar, para análise documental, ao menos uma capital por região, foram selecionadas uma capital da região Sudeste e outra da região Sul, que atendiam aos seguintes critérios: ao menos três dimensões com inadequação acima de 50%; e o maior percentual obtido a partir da média da soma dos valores dessas três dimensões. Por fim, foram selecionados para

as regiões Sudeste e Sul, respectivamente, os municípios codificados como SE1 e S1.

Os achados dos seis PMS (PMS1... PMS6) foram sistematizados em uma matriz que explicita quais planos fizeram referência ao PMAQ-AB, aspectos da análise situacional sobre APS, particularmente sobre as unidades de saúde, e as diretrizes, os objetivos e as metas para cada município no quadriênio de 2018-2021.

Por se tratar de pesquisa com dados secundários do banco/PMAQ, de acesso público e acesso livre, disponível em plataforma do Ministério da Saúde, não foi preciso submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Modelo lógico

O modelo lógico considerou as dimensões de gestão e do cuidado, com respectivos objetivos, ações e atividades que têm por resultado final/efeito: garantia de acesso e qualidade da atenção à saúde às pessoas com DM na APS, com redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida. Enquanto subdimensões da estrutura, definiram-se: espaço físico e disposição da estrutura física; ambiência e acessibilidade; organização e informação sobre oferta de ações e serviços; recursos humanos; equipamentos, materiais e insumos; e, medicamentos.

Figura 1. Modelo lógico de atenção às pessoas com DM na APS



Fonte: elaborada a partir de Borges e Lacerda; Santos Brasil^{2,27,32}.

Caracterização das dimensões de estrutura das Unidades Básicas de Saúde das capitais brasileiras

Os resultados seguem apresentados por dimensões da estrutura das 2.176 UBS das capitais avaliadas, conforme dados do 3º ciclo do PMAQ-AB do ano de 2017.

Sobre a dimensão ‘recursos humanos’, a maioria das capitais do País apresenta pessoa responsável pela gerência de suas UBS. No entanto, chama atenção que Porto Alegre, Cuiabá e Belém possuem um pequeno percentual (3,82%, 3,92%, 8,06% respectivamente) das unidades avaliadas que dispõem de gerência, têm-nos de modo exclusivo para essa função.

Também são poucas as capitais em que o profissional não se divide entre a gerência da

UBS e o cuidado ao usuário. Destaque principalmente para as capitais da região Sudeste. Evidência é vista em Porto Alegre, em que, em aproximadamente 91% das suas unidades, o profissional que presta o cuidado é também responsável pela gerência da unidade.

Quanto à ‘acessibilidade’, observou-se que a maioria das unidades das capitais possui placa na fachada adequada com as especificações do Guia de Sinalização, porém não possui totem externo, faixa na parede da entrada e pintura com identificação na parede da entrada da UBS. Destaca-se a capital Goiânia com maiores percentuais desses três itens avaliados, respectivamente, 88,89%, 50,79% e 76,19%.

Sobre sinalização externa em que as variáveis complementam a dimensão da acessibilidade, esteve ausente, na maioria das

unidades, corrimão nos locais não nivelados, apresentando a maior variação entre Porto Velho (0%) e Florianópolis (85,71%). Para a maioria das unidades das capitais, também estiveram ausentes piso tátil e portas internas adaptadas para cadeira de rodas, com destaque deste último para Rio de Janeiro com 80,20%.

Na dimensão ‘organização de informações sobre a oferta de ações e serviços’, os piores

percentuais estiveram relacionados com o horário de funcionamento da unidade de saúde no que tange à manutenção das atividades no intervalo do almoço, com exceção da maioria das unidades das capitais do Sudeste e do Sul. Nesse aspecto, chama a atenção a capital Florianópolis com apenas 10% de suas unidades com presença desta variável.

Tabela 1. Frequência das variáveis de organização de informações sobre a oferta de ações e serviços de Unidades Básicas de Saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid. aval. (N)	O horário de funcionamento da unidade de saúde (Geral)	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe (Estratégico)	A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho (Geral)	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de saúde (Geral)	Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco) (Geral)	Horário fixo de funcionamento da UBS	A UBS mantém todas as suas atividades no horário do almoço
			Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
N	Belém	62	62,90	58,06	45,16	29,03	45,16	93,55	11,29
	Boa Vista	34	76,47	85,29	97,06	94,12	73,53	97,06	17,65
	Macapá	39	74,36	82,05	64,10	35,90	43,59	79,49	35,90
	Manaus	188	65,43	90,96	63,30	75,00	54,26	89,89	79,79
	Palmas	36	97,22	100,00	91,67	97,22	58,33	100,00	86,11
	Porto Velho	35	31,43	89,31	20,00	14,29	22,86	60,00	51,43
	Rio Branco	58	67,24	62,07	39,66	62,07	17,24	68,97	8,62
NE	Aracaju	43	83,72	81,40	83,72	72,09	44,19	100,00	23,26
	Fortaleza	93	40,86	49,96	49,46	35,48	21,51	51,61	47,31
	João Pessoa	103	84,47	90,29	83,50	89,32	80,58	92,23	30,10
	Maceió	41	73,17	78,05	78,05	73,17	29,27	85,37	41,46
	Natal	42	97,62	90,48	92,86	69,05	61,90	100,00	23,81
	Recife	126	21,43	23,81	34,92	43,65	15,87	50,00	4,76
	Salvador	67	53,73	47,76	44,78	58,21	29,85	64,18	23,88
	São Luís	49	93,88	87,76	91,84	81,63	65,31	95,92	38,78
	Teresina	24	91,67	91,67	95,83	91,67	83,33	95,83	45,83
CO	Brasília	76	34,21	35,53	44,74	21,05	53,95	80,26	55,26
	Campo Grande	36	100,00	97,22	94,44	100,00	94,44	100,00	2,78
	Cuiabá	51	62,75	45,10	76,47	52,94	31,37	86,27	9,80
	Goiânia	63	92,06	96,83	95,24	95,24	74,60	93,65	93,65

Tabela 1. Frequência das variáveis de organização de informações sobre a oferta de ações e serviços de Unidades Básicas de Saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid. aval. (N)	O horário de funcionamento da unidade de saúde (Geral)	A listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe (Estratégico)	A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho (Geral)	O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de saúde (Geral)	Identificação de todos os profissionais (por ex.: crachás, uniformes, jaleco) (Geral)	Horário fixo de funcionamento da UBS	A UBS mantém todas as suas atividades no horário do almoço
			Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
SE	Belo Horizonte	149	71,81	60,40	66,44	75,17	65,77	81,88	75,84
	Rio de Janeiro	197	92,89	95,43	92,89	94,92	91,88	95,94	95,43
	São Paulo	270	90,74	91,85	94,44	95,93	94,07	98,15	98,15
	Vitória	23	65,22	60,87	73,91	60,87	73,91	86,96	82,61
S	Curitiba	89	83,52	76,92	92,31	90,11	90,11	94,51	97,80
	Florianópolis	47	95,92	89,80	87,76	93,88	87,76	95,92	10,20
	Porto Alegre	132	85,50	89,31	90,84	87,79	90,84	98,47	32,82

Fonte: PMAQ-AB³⁵.

Na dimensão de ‘estrutura física’, muitas áreas estiveram ausentes na maioria das unidades, tais como área de fracionamento na farmácia, sala para curativo, inalação/nebulização, administração, local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos. Quanto aos sanitários, houve um elevado número de

unidades com presença de sanitário, com destaque para Palmas, Aracaju, Natal e Campo Grande com 100%; no entanto, houve uma diminuição acentuada quando é para pessoas com deficiência, apresentando o menor percentual em Recife com 17,46%.

Tabela 2. Frequência das variáveis de estrutura física de Unidades Básicas de Saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Unid. aval. Cap.	Unid. (N)	Sanitário para usuário	Sanitário para pessoa com deficiência	Sala para recepção/espera	Sala de vacina	Área para dispensação de medicamentos	Área de fracionamento	Área para seguimento farmacoterapêutico	Área para estocagem de medicamentos	Disponibilidade de computador na farmácia	Consultórios para atendimento clínico	Sala para inalação/nebulização coletiva	Sala para coleta de material para exames	Sala para curativo	Sala para procedimentos	Sala para observação	Sala para administração e gerência	Sala para atividades coletivas	Depósito de Material de Limpeza	Local exclusivo para abrigo externo de resíduos sólidos	Área externa para embarque e desembarque de ambulância
			Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
N	Belém	62	93,55	32,26	67,74	50,00	43,55	6,45	9,96	48,39	77,42	59,67	14,52	19,35	16,13	30,65	1,61	14,52	30,65	54,84	19,35	38,71
	Boa Vista	34	91,18	50,00	88,24	85,29	91,18	11,76	26,47	47,06	94,12	26,47	26,47	8,82	44,12	64,71	25,53	79,41	35,29	76,47	61,76	55,88
	Macapá	39	82,05	35,90	53,85	56,41	66,67	28,11	11,84	58,97	20,51	87,18	15,38	25,64	53,85	33,33	17,95	46,15	20,51	43,59	25,64	51,28
	Manaus	188	73,94	40,96	60,11	46,81	61,70	17,02	3,72	32,68	55,85	79,79	45,21	13,83	18,09	35,11	4,26	17,02	10,11	44,68	27,66	23,94
	Palmas	36	100,0	69,44	97,22	91,67	33,33	22,22	5,56	36,11	33,33	0	47,22	36,11	50,00	58,33	27,78	77,78	25,00	80,56	55,56	86,11
	Porto Velho	35	65,71	40,00	62,86	54,29	54,29	17,14	14,29	60,00	37,15	62,86	17,14	7,63	25,71	37,14	17,14	57,14	28,57	51,43	25,71	17,14
	Rio Branco	58	70,69	55,17	5*,62	63,79	63,79	13,79	3,45	20,69	8,62	56,9	27,59	6,90	6,90	25,86	8,62	50,00	39,66	55,17	37,93	25,86
	NE	Aracaju	43	100,0	81,40	97,67	95,35	34,88	34,88	25,58	69,77	39,53	93,02	93,02	20,93	50,00	51,16	65,12	93,02	65,12	83,72	62,79
Fortaleza		93	47,31	35,48	48,39	41,94	12,90	12,90	66,45	38,71	51,62	68,62	4,30	46,24	47,31	44,09	22,58	49,46	31,18	38,71	27,96	32,26
João Pessoa		103	91,26	47,57	89,32	85,44	6,80	6,80	17,48	40,78	25,24	91,26	27,18	23,30	59,22	21,36	24,77	34,95	38,83	66,99	43,69	50,49
Maceió		41	80,49	41,46	70,73	75,61	12,50	12,20	7,32	68,85	68,29	70,73	17,07	12,20	41,46	41,46	2,44	60,98	19,51	51,22	14,63	34,15
Natal		42	100,0	78,57	73,81	88,10	21,43	21,43	28,57	80,95	85,71	19,05	59,52	16,67	90,48	69,05	9,52	90,48	69,05	69,05	78,57	54,76
Recife		126	54,76	17,46	53,17	44,44	5,56	5,56	4,76	36,31	15,08	60,32	10,32	97,14	29,37	10,32	1,59	13,49	16,67	33,33	17,46	13,49
Salvador		67	62,69	46,27	58,21	56,72	8,86	8,96	2,92	46,27	62,68	95,52	2,99	16,42	91,48	44,78	1,49	64,18	38,81	52,24	34,33	31,34
São Luís		49	95,92	55,10	89,80	87,76	32,65	32,65	18,37	79,59	2,04	83,67	55,10	14,29	71,43	42,86	6,12	83,67	40,82	71,43	46,94	36,73
Teresina		24	95,83	83,33	79,17	83,33	33,33	33,33	20,83	62,50	50,00	20,8	54,17	75,00	58,33	45,83	4,17	70,83	66,67	70,83	50,00	79,17
CO		Brasília	76	89,47	51,32	67,11	28,95	11,89	22,37	11,84	56,58	47,38	18,42	26,32	34,21	38,16	23,68	13,16	40,79	39,47	64,47	43,22
	Campo Grande	36	100,0	69,44	97,22	88,89	27,78	27,78	27,78	88,89	91,67	22,22	86,11	50,00	80,56	55,56	41,67	91,67	69,44	91,67	63,89	75,00
	Cuiabá	51	86,27	70,33	76,47	76,47	21,57	33,33	21,57	74,51	68,63	21,57	58,82	50,98	43,14	33,33	19,61	15,69	31,37	66,67	43,14	43,14
	Goiânia	63	96,83	36,51	82,54	58,73	7,94	14,29	7,94	42,86	33,24	33,33	6,35	31,75	50,79	58,73	46,03	77,78	44,44	66,67	53,97	50,79
	São Paulo	270	97,78	92,22	94,07	93,10	45,19	15,56	45,19	95,19	96,76	54,54	70,00	54,81	91,48	63,70	41,85	94,81	67,04	94,81	81,85	79,26
SE	Belo Horizonte	149	80,54	55,70	79,87	75,84	14,7	22,82	14,77	61,07	81,21	24,16	5,37	52,35	67,11	31,54	39,60	74,50	52,35	64,43	37,58	54,36
	Rio de Janeiro	197	95,94	74,62	93,91	86,29	70,05	13,20	70,05	95,43	95,95	11,17	19,80	72,08	89,34	70,05	59,39	89,85	77,16	89,85	66,50	87,31
	São Paulo	270	97,78	92,22	94,07	93,10	45,19	15,56	45,19	95,19	96,76	54,54	70,00	54,81	91,48	63,70	41,85	94,81	67,04	94,81	81,85	79,26
	Vitória	23	86,96	69,57	86,96	82,61	43,48	17,39	43,48	78,26	86,95	17,39	73,91	78,26	82,61	65,22	56,52	82,61	86,96	65,22	78,26	73,91
S	Curitiba	89	97,80	70,33	92,31	92,31	34,07	2,20	34,07	92,31	97,8	6,59	38,46	67,03	68,13	43,96	43,96	94,51	73,63	90,11	92,31	68,13
	Florianópolis	47	95,92	83,67	85,71	85,71	22,45	24,49	22,45	91,84	95,92	0	12,24	4,08	44,90	10,20	10,20	79,51	69,39	87,76	51,02	69,39
	Porto Alegre	132	99,65	51,91	95,42	81,68	9,92	4,58	9,92	72,52	58,88	3,82	24,43	7,63	38,93	15,27	15,27	32,82	45,04	73,28	70,23	51,15

Fonte: PMAQ-AB³⁵.

Na dimensão da ‘ambiência’, os aspectos pisos e paredes laváveis e privacidade dos usuários nos consultórios apresentaram os menores percentuais, correspondentes às capitais Rio Branco (24,14%) e Recife (25,40%).

Quanto ao conjunto de ‘equipamentos, materiais e insumos’, houve ausência nos vários aspectos avaliados em parte das unidades de saúde da maioria das capitais (estetoscópios

adulto, balanças antropométricas, régua antropométrica, glicosímetros, kits de monofilamentos para teste de sensibilidade (estesiômetro), tiras reagentes de medida de glicemia), com ausência mais acentuada para geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia, cuja variação foi de 9,68% em Belém a 100% em Teresina.

Tabela 3. Frequência das variáveis de materiais, equipamentos e insumos de Unidades Básicas de Saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid. aval. (N)	Aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão)	Estetoscópios adulto	Balanças antropométricas de 150 ou 200 kg	Balanças infantis	Réguas antropométricas adulto	Réguas antropométricas infantil	Macas/ mesa para exame clínico	Geladeiras exclusivas para medicamentos na farmácia	Glicosímetros	Tiras reagentes de medida de glicemia	Recipientes duros para descarte de perfurocortante	Fita métrica
			Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
N	Belém	62	96,77	96,77	88,71	82,26	90,32	83,87	95,16	9,68	80,65	83,87	93,55	93,55
	Boa Vista	34	100,00	100,00	100,00	97,06	100,00	94,15	100,00	91,18	100,00	100,00	100,00	88,24
	Macapá	39	97,44	97,44	89,74	92,31	92,31	94,37	94,37	30,77	89,74	56,41	84,62	84,62
	Manaus	188	99,47	99,47	93,62	98,4	93,62	82,45	79,26	22,87	97,87	89,89	94,15	90,43
	Palmas	36	100,00	100,00	100,00	97,22	100,00	100,00	100,00	30,56	100,00	100,00	100,00	97,22
	Porto Velho	35	100,00	97,14	65,71	85,71	100,00	85,71	100,00	82,86	74,13	34,29	62,86	51,14
	Rio Branco	58	100,00	100,00	74,14	94,83	98,28	85,71	98,28	58,62	98,28	63,79	72,41	100,00
NE	Aracaju	43	97,67	100,00	100,00	100,00	90,7	95,35	100,00	86,05	95,35	93,02	100,00	97,67
	Fortaleza	93	97,85	96,77	51,61	96,77	100,00	98,92	100,00	96,77	93,55	43,01	100,00	93,65
	João Pessoa	103	99,03	100,00	93,00	98,06	98,06	98,06	100,00	58,25	100,00	93,20	92,23	93,20
	Maceió	41	95,14	95,12	82,93	100,00	100,00	100,00	97,56	48,78	97,56	78,05	80,49	78,05
	Natal	42	100,00	100,00	100,00	100,00	97,62	97,62	100,00	92,86	95,24	97,62	92,86	90,48
	Recife	126	100,00	99,21	51,59	98,41	91,27	96,83	100,00	56,35	97,17	54,76	55,56	52,38
	Salvador	67	98,51	97,01	64,18	98,51	100,00	89,55	100,00	92,54	98,51	62,69	100,00	61,19
	São Luís	49	100,00	95,92	89,80	100,00	93,88	91,84	97,96	69,39	100,00	93,98	100,00	83,67
Teresina	24	100,00	100,00	91,67	100,00	95,83	100,00	100,00	100,00	100,00	95,83	100,00	87,50	

Tabela 3. Frequência das variáveis de materiais, equipamentos e insumos de Unidades Básicas de Saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid. aval. (N)	Aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão)	Estetoscópios adulto	Balanças antropométricas de 150 ou 200 kg	Balanças infantis	Réguas antropométricas adulto	Réguas antropométricas infantil	Macas/mesa para exame clínico	Gelaadeiras exclusivas para medicamentos na farmácia	Glicosímetros	Tiras reagentes de medida de glicemia	Recipientes duros para descarte de perfurocortante	Fita métrica
			Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)	Sim (%)
CO	Brasília	76	96,05	98,68	90,79	95,74	73,68	95,74	100,00	56,58	96,05	80,26	81,58	71,05
	Campo Grande	36	100,00	100,00	97,22	97,22	86,11	100,00	100,00	91,67	100,00	97,22	100,00	97,22
	Cuiabá	51	98,04	98,04	84,31	98,04	66,67	66,67	100,00	92,16	96,08	78,43	68,63	80,39
	Goiânia	63	100,00	100,00	96,83	98,41	95,24	98,41	100,00	33,33	100,00	95,24	100,00	93,65
SE	Belo Horizonte	149	100,00	100,00	81,21	100,00	97,99	100,00	100,00	95,3	99,33	78,52	100,00	81,88
	Rio de Janeiro	197	100,00	100,00	96,45	100,00	65,48	100,00	99,49	98,48	100,00	96,45	100,00	95,94
	São Paulo	270	99,26	99,63	98,52	100,00	94,07	99,63	100,00	97,41	100,00	94,44	95,56	95,56
	Vitória	23	100,00	100,00	86,96	100,00	56,52	100,00	100,00	91,3	100,00	82,61	100,00	86,96
S	Curitiba	89	100,00	100,00	100,00	98,90	78,02	100,00	100,00	91,21	100,00	97,80	96,70	96,70
	Florianópolis	47	100,00	100,00	100,00	100,00	53,06	100,00	100,00	95,92	100,00	95,92	100,00	95,92
	Porto Alegre	132	100,00	100,00	98,47	98,47	58,78	100,00	98,47	96,18	100,00	98,47	100,00	98,47

Fonte: PMAQ-AB³⁵.

Na categoria de ‘medicamentos’, a maioria das capitais apresentou elevada frequência para glibenclâmida e metformina, e baixa frequência em suas unidades de saúde de ampolas de glicose 50%, medicamentos para urgência clínica, insulina NPH e insulina regular. Para estas últimas variáveis, destacam-se as capitais das regiões Sudeste e Sul com frequência acima de 90% para a maioria das capitais.

Em síntese, considerando todas as capitais do Brasil, e o percentual de adequação, intermediário e inadequação de estrutura de UBS, todas as cidades avaliadas tiveram um percentual inferior a 25% das unidades de saúde adequadas que

apresentaram todos os espaços para a dimensão ‘estrutura física’, apresentando o maior número de inadequação entre as dimensões analisadas. Em seguida, a ‘disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos’ foi de até 25% em 22 capitais – Boa Vista, Macapá, Manaus, Palmas, Porto Velho, Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Natal, Recife, Salvador, São Luís, Teresina, Brasília, Cuiabá, Goiânia, Belo Horizonte, São Paulo, Vitória, Florianópolis e Porto Alegre, configurando-se como a segunda dimensão mais inadequada – além da dimensão ‘organização de informações disponibilizadas para os usuários’.

Tabela 4. Percentual de adequação das dimensões de análise de estrutura de Unidades Básicas de Saúde das capitais brasileiras, agrupadas por região, 2017

Rg.	Cap.	Unid. aval. (N)	Recursos Humanos				Organização e informações sobre a oferta de ações e serviços				Estrutura física		Ambiência		Equipamentos		Medicamentos		
			AD (%)	I (%)	IN (%)	AD (%)	IN (%)	AD (%)	I (%)	IN (%)	AD (%)	I (%)	AD (%)	IN (%)	AD (%)	IN (%)	AD (%)	IN (%)	
N	Belém	62	8,06	82,56	9,68	95,16	4,84	1,75	22,81	75,44	-	-	100,0	22,58	77,42	100,00	-	10,81	89,19
	Boa Vista	34	35,29	64,71	-	100,00	-	6,25	59,38	34,38	-	-	100,0	61,76	38,24	18,18	81,82	96,88	3,13
	Macapá	39	51,28	30,77	10,26	94,44	5,56	17,14	28,70	45,71	-	2,78	88,89	21,62	70,27	-	86,36	10,81	81,08
	Manaus	188	14,89	73,40	6,91	97,19	2,81	24,02	59,78	11,17	0,56	-	94,41	20,59	74,12	5,26	71,05	12,02	83,06
	Palmas	36	80,56	19,44	-	94,44	5,56	50,00	38,89	11,11	-	-	100,0	72,22	27,78	5,56	94,44	64,29	35,71
	Porto Velho	35	31,43	34,29	-	95,35	4,65	3,03	45,45	15,15	-	-	65,71	11,43	54,29	4,55	40,91	37,14	28,57
	Rio Branco	58	10,34	60,34	3,45	97,67	2,33	-	21,82	50,91	-	-	74,14	15,79	57,89	48,28	-	52,73	20,00
NE	Aracaju	43	52,81	41,86	2,33	93,02	6,98	2,33	51,16	46,51	4,65	9,30	86,05	53,49	46,51	11,63	88,37	88,10	11,90
	Fortaleza	93	46,24	5,38	-	97,92	2,08	10,75	37,63	3,23	-	1,08	50,54	29,03	22,58	1,18	45,88	40,86	10,75
	João Pessoa	103	13,59	79,61	0,97	89,58	10,42	23,76	49,50	20,79	-	-	94,17	57,58	36,36	4,82	87,95	19,64	69,64
	Maceió	41	73,17	9,76	2,44	100,00	-	34,15	43,90	34,15	-	-	85,00	20,51	64,10	-	81,25	30,77	53,85
	Natal	42	40,48	59,52	-	80,95	19,05	9,52	52,38	38,10	-	-	100,0	51,22	48,78	7,89	92,11	90,48	9,52
	Recife	126	15,08	22,22	18,25	100,00	-	44,07	7,63	0,85	-	-	55,56	12,10	42,74	-	53,33	16,81	33,63
	Salvador	67	59,70	4,48	-	100,00	-	5,97	34,33	23,88	-	-	64,18	13,43	50,75	2,99	61,19	43,94	19,7
	São Luís	49	55,10	38,78	2,04	95,74	4,26	20,41	59,18	20,41	-	2,04	93,88	41,30	54,35	-	88,89	32,65	63,27
	Teresina	24	45,83	50,00	-	85,71	14,29	33,33	50,00	12,50	-	-	95,83	45,83	50,00	-	94,74	50,00	45,83
CO	Brasília	76	46,05	42,11	5,26	94,37	5,63	-	60,61	31,82	-	-	93,42	30,67	62,67	6,45	85,48	46,67	45,00
	Campo Grande	36	69,44	30,56	-	85,71	14,29	2,78	83,33	13,89	-	8,33	91,67	66,67	33,33	33,33	66,67	91,43	8,57
	Cuiabá	51	3,92	70,59	13,73	97,78	2,22	-	22,92	64,58	-	-	88,24	18,00	70,00	-	53,85	62,00	26,00
	Goiânia	63	82,54	14,29	-	67,24	32,76	69,35	25,81	1,61	-	3,23	93,55	32,26	64,52	16,13	80,65	8,82	85,29
SE	Belo Horizonte	149	75,84	6,04	-	90,98	9,02	40,27	38,93	2,68	-	1,34	80,54	31,54	50,34	10,74	71,14	75,84	6,04
	Rio de Janeiro	197	92,39	4,06	-	75,34	24,46	-	12,24	-	1,02	7,11	88,32	59,90	36,55	47,72	48,73	95,43	1,02
	São Paulo	270	95,19	2,96	0,37	70,94	29,06	83,58	14,55	0,37	2,96	13,33	82,22	51,85	46,67	18,59	79,93	8,24	90,26
	Vitória	23	82,61	4,35	-	85,00	15,00	39,13	47,83	8,70	8,70	13,04	65,22	52,17	34,78	4,35	82,61	82,61	4,35
S	Curitiba	89	57,14	39,56	1,10	97,75	2,25	60,23	37,50	-	-	9,89	87,91	43,96	53,85	26,37	71,43	95,60	2,20
	Florianópolis	47	32,65	63,27	-	91,49	8,51	10,20	67,35	18,37	-	-	95,92	69,39	26,53	16,33	79,59	93,88	2,04
	Porto Alegre	132	3,82	92,37	2,29	95,35	4,65	22,90	56,49	19,08	-	0,76	97,71	42,75	55,73	2,31	96,15	84,92	13,49

Fonte: PMAQ-AB³⁵.

AD=adequação; I=intermediário; IN=inadequação.

Diretrizes, objetivos e metas da gestão municipal relacionados com os aspectos de estrutura das unidades de saúde

A partir da análise dos seis PMS do quadriênio 2018-2021 foram apresentados a referência do PMAQ e os conteúdos que se referem a: diretrizes, objetivos, ações, metas e programação relacionados com os elementos estruturais das unidades de saúde da APS.

A referência sobre PMAQ-AB foi identificada nos planos de PMS2, PMS3 e PMS6. Sobre a análise situacional da APS, a cobertura mencionada foi de 47,36% em PMS1, 43,95% em PMS2, 45,21% em PMS3, 62,6% em PMS5 e 62,5% em PMS6. Sobre as condições estruturais das unidades, PMS2 refere unidades de saúde com infraestrutura inadequada, e PMS3 refere falta de insumos, equipamentos e medicamentos.

Quanto aos objetivos e às metas assumidas nos planos de saúde analisados, destacam-se

ampliação e reforma das unidades (PMS1, PMS2), expansão da rede com construção, ampliação, reforma e aparelhamento das unidades (PMS3, PMS5). Já o PMS6 apresenta a meta de qualificar a estrutura das unidades de APS e implantar horário de funcionamento estendido. Além disso, os PMS2, PMS3, PMS4 e PMS5 trazem questões relacionadas com a assistência farmacêutica e metas relativas ao abastecimento e ao acesso aos medicamentos.

Discussão

As evidências cotejadas pelo modelo lógico e banco de dados organizado a partir do PMAQ-AB destacaram que a adequação das condições estruturais das UBS das capitais brasileiras encontra-se majoritariamente abaixo de 50% para todas as dimensões de análise, exceto em acessibilidade, sendo que as dimensões de estrutura física e equipamentos obtiveram os mais baixos percentuais.

Observaram-se diferenças nas condições estruturais das unidades de acordo com a região, com piores resultados para ambiência e medicamentos em capitais das regiões Norte e Nordeste. Esse resultado vai ao encontro dos achados na literatura sobre avaliação dos serviços de saúde de acordo com as regiões. Estudos mostraram desigualdades regionais em relação à estrutura das UBS, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram a maior precariedade nos serviços em relação a estrutura física, materiais e insumos^{9,14,36,37}. Considerando as regiões, houve diferenças significativas entre as capitais na maioria das dimensões, exceto em estrutura física na qual todas tiveram baixa adequação e acessibilidade, em que todas tiveram alta adequação.

Sobre a dimensão de recursos humanos, a falta do gerente exercendo a atividade de forma exclusiva implica a multiplicidade de tarefas assumidas pelo profissional e, conseqüentemente, a efetividade do seu trabalho. Esse achado revela que o trabalhador, além de dedicar tempo para articular recursos e

necessidades do serviço e para coordenar o processo de trabalho das equipes em acordo com os objetivos e as finalidades da APS, precisa desenvolver ações de caráter assistencial. Nesse contexto, organizar o tempo entre cuidar e gerenciar torna a dinâmica do trabalho complexa, na medida em que as atividades a serem desenvolvidas, na maioria das vezes, não são ações intercessoras e intercomplementares³⁸.

No que se refere à acessibilidade, as ausências de totem externo e de corrimão foram problemas encontrados nas unidades de saúde neste e em outro resultado³⁹. Quanto aos demais aspectos de acessibilidade analisados neste estudo, como piso tátil e adequações para cadeira de rodas, configuram-se como direitos fundamentais do acesso aos serviços de saúde, garantidos pela Constituição Federal, além de possibilitar um atendimento adequado ao público de DM, com sequelas e mobilidade restrita⁴⁰.

As dimensões estruturais são essenciais para garantir a acessibilidade dos usuários^{41,42}. Além da atenção às pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida, também prevista no campo de intervenção da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estas são fundamentais para garantir acesso para os indivíduos com incapacidades decorrentes da DM^{33,43}.

Quanto à organização e à informação sobre oferta de ações e serviços, os resultados demonstram fragilidades pela falta de funcionamento das unidades no horário de almoço e em horário flexíveis, corroboradas em outros estudos^{15,19}. O funcionamento das unidades em horários alternativos pode representar a ampliação do acesso aos usuários impedidos de comparecer ao serviço em horário comercial e que poderiam se beneficiar de um atendimento em horários flexíveis, em especial, o atendimento à população masculina.

De acordo com os dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico⁴⁴, as mulheres ainda representam o maior percentual de acometimento pela DM, embora o

aumento da prevalência nos homens seja expressivo, representando 54% entre 2006 e 2018 para os homens e 28% para as mulheres. Esses dados chamam a atenção para a organização e a disponibilização de serviços, assim como para a sensibilização da população masculina sobre a necessidade de acompanhamento pelos serviços de saúde.

Em relação à estrutura física, os resultados revelam que ainda persistem problemas nas unidades de saúde, como falta de sanitário para pessoa com deficiência, dispensação de medicamentos na unidade, áreas da farmácia, consultórios, sala para nebulização, sala para coleta, sala para curativo, procedimentos e observação. Estudo anterior na atenção às pessoas com diabetes nos Ciclos I e II do PMAQ-AB trouxe a baixa adequação nesse aspecto pelo conjunto de itens avaliados (consultório clínico, farmácia, recepção, sala de acolhimento e reunião)¹⁴.

Apesar dos resultados positivos e dos recursos investidos na APS advindos do PMAQ-AB e do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), ainda há inadequação ou insuficiência de estrutura nas UBS, principalmente nos estados das regiões Norte e do Nordeste, possivelmente associadas ao baixo desenvolvimento econômico e à oferta de serviços. Em contraposição, as regiões Sul e Sudeste, mais desenvolvidas e com maior número de serviços, apresentam resultados mais satisfatórios quanto à infraestrutura⁴⁵.

Para que a atenção às pessoas com DM seja realizada de forma adequada, a gestão municipal da saúde deve garantir que as UBS possuam espaços físicos adequados de acordo com o 'Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família'³³ e com os elementos presentes no instrumento de avaliação externa do PMAQ-AB³⁴.

No que tange à ambiência, este estudo evidenciou a falta de acústica na maioria das unidades de saúde para evitar ruídos do ambiente externo e interno. O Ministério da Saúde adota o conceito de ambiência de forma ampla, como um espaço social, profissional e de relações

interpessoais que possibilite atenção de forma resolutiva, humana e acolhedora, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde^{19,46}. Outro estudo conclui que a ambiência é influenciada pela estrutura e pela interação estabelecida entre os profissionais de saúde⁴⁷.

Sobre a disponibilidade de equipamentos, materiais e insumos, os achados revelam que há uma baixa adequação das unidades de saúde no conjunto de itens. Observou-se, por exemplo, a ausência de geladeiras exclusivas para medicamentos em muitas unidades, corroborando resultados de outro estudo⁴⁸. Apenas unidades de saúde que disponham de todos os equipamentos, materiais e insumos avaliados podem cumprir integralmente a atenção às pessoas com diabetes, uma vez que a disponibilidade do conjunto de itens elencados pode ser considerada como situação ideal para o acompanhamento de saúde. Os resultados apontam uma variação importante entre capitais quanto à presença de tiras reagentes para glicemia capilar e do aparelho de pressão do adulto. De acordo com o 'Caderno de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus', esses elementos são essenciais para o monitoramento da glicemia e da pressão arterial, com vistas ao controle e à prevenção de complicações².

Quanto à disponibilidade de medicamentos, os resultados deste estudo expressam situação desfavorável para ampolas de glicose a 50%, medicações para urgência e insulinas. A baixa disponibilidade de insulina para atenção às pessoas com diabetes na APS também pode estar relacionada com financiamento e ausência de geladeiras para seu condicionamento^{8,48}. Esses medicamentos são imprescindíveis para o cuidado às pessoas com diabetes e devem estar sempre disponíveis à população.

O acesso a medicamentos e a garantia de tratamento medicamentoso adequado propiciam controle mais efetivo da DM, o que possibilita a redução da morbimortalidade e a melhoria da saúde e da qualidade de vida do usuário. Os medicamentos insulina humana NPH e

insulina humana regular compõem o Grupo de Medicamentos de Hipertensão e Diabetes. Cabe ao Ministério da Saúde o financiamento e a aquisição, além da sua distribuição até os almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição da insulina humana e da insulina humana regular aos municípios⁴⁹.

Embora as características estruturais de um serviço de saúde isoladamente não possam garantir a qualidade assistencial, é possível dizer que estruturas adequadas facilitam uma melhor atenção à saúde. A relação entre os elementos estruturais e operacionais dos serviços de saúde é capaz de produzir análises que não estão relacionadas com efeitos diretos na saúde da população, mas com a forma para obter os melhores resultados em saúde⁵⁰⁻⁵².

Diante das dimensões e das respectivas variáveis aqui discutidas, as condições estruturais das unidades de saúde se constituem como problema relacionado com o serviço e o sistema de saúde; e, portanto, demandam iniciativas e compromisso dos gestores para a melhoria dessa situação. Nesse sentido, os planos de saúde devem considerar a análise situacional das condições de saúde das pessoas, bem como dos serviços de saúde para constituir as diretrizes, objetivos e metas que devem direcionar as ações da gestão no quadriênio.

Sobre o conjunto dos seis PMS analisados, com representação de, ao menos, uma capital por região brasileira, pode-se constatar que metade não mencionou o PMAQ-AB, programa que propunha aprimoramento do acesso e da qualidade da APS, tendo em vista os critérios pactuados com os municípios para cada ciclo de avaliação³⁵. Nesse sentido, a situação de saúde evidenciada com a avaliação do PMAQ-AB deve ser citada no capítulo de análise de situação nos planos de saúde, para, com base nisso, definirem-se as diretrizes, os objetivos e as metas voltados para melhoria do acesso e qualidade na APS.

Sobre os elementos estruturais das unidades, os planos de saúde analisados pouco

referiram sobre a ambiência, a gerência de serviços de saúde, o funcionamento e a informação sobre as unidades de saúde. Os planos destacaram a necessidade de reformas em unidades de saúde, inclusive com definição de objetivos e metas com estas relacionados. Também foi registrado, em dois planos, sobre a necessidade de equipar e reequipar as unidades. Há que destacar que tais aspectos são importantes para o acesso da população aos serviços públicos de saúde, influenciando diretamente sobre a qualidade da atenção prestada, de modo que circunda aspectos da estrutura e que repercute sobre os processos e resultados. Achados de outros estudos evidenciaram relações existentes entre estrutura, processo de trabalho e qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família no País^{9,53,54}.

Considerações finais

A análise das condições estruturais de unidades de saúde nas capitais brasileiras mostrou a necessidade de adequação para a maioria delas em algum(ns) dos aspectos analisados, a fim de alcançar a qualidade na atenção às pessoas com DM.

Este estudo revela aspectos das dimensões de estrutura das unidades de saúde das capitais brasileiras, o que evidencia as particularidades, as potencialidades e as fragilidades que merecem ser consideradas para definição da agenda e do direcionamento das ações pela gestão em saúde. Há que destacar, ainda, que as condições de inadequação apontadas podem trazer impactos negativos na qualidade da atenção às pessoas com diabetes na APS. As condições estruturais das unidades de saúde devem se constituir compromisso da gestão para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, foi sinalizado que muitos elementos relacionados com a estrutura das unidades, detalhados por meio de percentuais de adequação, ainda não têm destaque nos planos de saúde de capitais brasileiras, não se constituindo objetivo/meta a serem alcançados.

Como limitações, pode-se citar a utilização de uso de dados secundários do PMAQ-AB. Ademais, as informações para avaliação da estrutura não correspondem ao total das unidades de saúde dos municípios, excluindo-se aquelas que não aderiram ao programa, além da indisponibilidade de alguns PMS para análise documental. Entretanto, essas limitações não reduzem a qualidade dos resultados apresentados, pois os dados obtidos a partir do programa são potentes para o diagnóstico das condições estruturais das unidades de saúde. Nesse sentido, destaca-se que a interrupção ou a falta de um programa de avaliação da qualidade dos serviços implica prejuízos tanto para o investimento em estrutura quanto para a indução de melhorias por meio da avaliação desses aspectos de forma institucionalizada.

Este estudo, portanto, analisou as condições estruturais de unidades de saúde

articulando-as com as diretrizes, os objetivos e as metas dispostos nos planos de saúde das capitais incluídas. Entretanto, novas investigações podem buscar: avaliar os fatores que interferem na qualidade da atenção ao indivíduo com DM; os aspectos que determinam a inadequação das condições estruturais das unidades; analisar a efetividade do cuidado ao paciente com DM; e a eficiência no uso dos recursos para a tomada de decisão dos gestores.

Colaboradoras

Almeida TMC (0000-0002-8383-9519)*, Souza MKB (0000-0002-7895-4432)* e Miranda SS (0000-0002-1488-1246)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Muzy J, Campos MR, Emmerick I, et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2023 mar 23]; (37):1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília, DF: MS; 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). [acesso em 2023 jun 23]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.
3. Noncommunicable Disease Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*. 2016; 387(10027):1513-30.
4. Mendes EV. Comentários Sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulg. Saúde debate*. 2014; (52):38-49.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União. 19 Jul 2011.
7. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 42(1):52-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.
8. Mendes LV, Campos MR, CHAVES GC, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2023 mar 23]; (38):109-123. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>.
9. Tomasi E, Oliveira TF, Fernandes PAA, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2015 [acesso em 2023 mar 23]; 15(2):171-180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200003>.
10. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2023 mar 23]; 33(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>.
11. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2023 mar 23]; 22(6):1829-1844. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>.
12. Santos AF, Sobrinho DF, Araújo LL, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2023 mar 23]; 33(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172815>.
13. Pocas KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017 [acesso em 2023 mar 23]; 26(2):275-284. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200005>.
14. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 34(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072317>.
15. Luz LA, Aquino R, Medina MG. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 42(esp2):111-126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208>.
16. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 34(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>.
17. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 34(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00201515>.
18. Lima CA, Moreira KS, Costa GS, et al. Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais, Brasil. *Trab. educ. saúde*. 2019 [acesso em 2023 mar 23]; 17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00187>.
19. Garcia ACP, Andrade MAC, Zandonade E, et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2023 mar 23]; 38(esp):221-236. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S017>.

20. Viana IB, Moreira RS, Martelli PJJ, et al. Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 28(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200015>.
21. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JRSN, et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 42(esp1):145-162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S110>.
22. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2023 mar 23]; 38(esp):209-220. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>.
23. Caccia-bava MCGG, Martinez EZ, Pereira AMS, et al. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2023 mar 23]; 22(5):1651-1659. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.16722015>.
24. Pereira Limão N, Ferreira Filho JCC, Protásio APL, et al. Equipamentos e insumos odontológicos e sua relação com as unidades da atenção primária à saúde. *Rev. bras. promoç. Saúde*. 2016 [acesso em 2023 mar 23]; 29(1):84-92. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p84>.
25. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997
26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2015.133 p.
27. Borges DB, Lacerda JT. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 42(116):162-178. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811613>.
28. Teixeira CF. Enfoques metodológicos do planejamento em Saúde. In: Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA; 2010. p. 17-32.
29. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 14. Reimp. São Paulo: Atlas; 2006. 175 p.
30. Donabedian A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 77-125.
31. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. *Salud Públ. México*. 1993; 35(1):94-97.
32. Santos RSAF. Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em um distrito sanitário do município de Recife – Pernambuco. [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2015.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília, DF: MS; 2008. 52 p.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2017). Brasília, DF: MS; 2017.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Microdados da avaliação externa: Módulo I UBS. 2019. [acesso em 2023 mar 23]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/microdados_pmaq_ciclo3/modulo_1_ubs/UBS_Brasil.
36. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, et al. Diabetes care in Brazil: Program to Improve Primary Care Ac-

- cess and Quality-PMAQ. *J Ambul Care Manage*. 2017 [acesso em 2023 mar 23]; 40(2):12-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300015>.
37. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 [acesso em 2023 mar 23]; (11):669-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>.
 38. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; (42):e175. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>.
 39. Martins KP, Costa TF, Fernandes MGM, et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 [acesso em 2023 mar 23]; 21(10):3153-3160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>.
 40. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 41. Ribeiro JP, Mamede SN, Souza MR, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás. *Rev Eletr Enf*. 2015 [acesso em 2023 mar 23]; 17(3):1-11.
 42. Garcia ACP, Andrade MAC, Contarato PC, et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. *Vigil Sanit Debate*. 2015; 3(2):36-41.
 43. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Dez 1999.
 44. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. p. 132.
 45. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 42(esp1):130-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>.
 46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
 47. Cubas MR, Faoro NT, Moysés ST, et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2023 mar 23]; 41(113):471-485. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711310>.
 48. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017; 51(supl2):10s.
 49. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 30 Jul 2013.
 50. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*. 1986; 28(3):324-327.
 51. Silva L, Formigli V. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. 1994. [acesso em 2023 mar 23]; 10(1):80-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>.

52. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 [acesso em 2023 mar 23]; 21(09):2697-2708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>.
53. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51(67).
54. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em debate*. 2018 [acesso em 2023 mar 23]; 42(esp1):208-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

Recebido em 14/07/2022

Aprovado em 19/04/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Programa de Excelência Acadêmica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Proex/Capes). Projeto 1158/2018

Sérgio Arouca na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Sérgio Arouca at the UNICAMP School of Medical Sciences

Rubens Bedrikow¹, Ivan Luiz Martins Franco do Amaral¹, Vanina Castro Dória de Almeida¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313816

RESUMO Este trabalho resgatou a passagem do médico sanitarista e professor universitário Antônio Sérgio da Silva Arouca pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), entre 1967 e 1975, mediante estudo de três documentos importantes conservados nessa instituição, a saber, seu Processo de Vida Funcional, a Revista Comemorativa dos 25 anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, onde consta depoimento seu, e o Relatório Final da Comissão da Verdade e Memória “Octávio Ianni”. No Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, encontrou ambiente propício para atuar conforme suas convicções. Integrou-se à disciplina de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, cujo conteúdo teórico dialogava com ações extramuros desenvolvidas pelos alunos em bairro pobre da cidade, com o intuito de lhes propiciar a oportunidade de reconhecer a importância e a influência dos fatores sociais sobre o estado de saúde dos indivíduos e das populações. Tal experiência, muito provavelmente, influenciou sobremaneira o jovem docente que, anos depois, produziria uma tese de extrema relevância para formulação e consolidação da saúde coletiva brasileira e presidiria a VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Universidade. História da medicina.

ABSTRACT *This work recovers the passage of the public health physician and university professor Antônio Sérgio da Silva Arouca through the State University of Campinas (UNICAMP), between 1967 and 1975, through the study of three important documents kept in this institution, namely, his Functional Life File, the Commemorative Magazine of the 25th anniversary of the Department of Preventive and Social Medicine of the Faculty of Medical Sciences, where his statement is included, and the Final Report of the “Octávio Ianni” Truth and Memory Commission. At the UNICAMP’s Department of Preventive and Social Medicine, he found a favorable environment to act according to his convictions. He joined the discipline of Social Sciences Applied to Medicine, whose theoretical content dialogued with extramural actions developed by students in poor neighborhoods of the city, in order to give them the opportunity to recognize the importance and influence of social factors on the health status of individuals and populations. This experience probably had a great influence on the young professor who, years later, would produce a thesis of extreme relevance for the formulation and consolidation of Brazilian Public Health, and preside over the 8th National Health Conference, which established the bases for the Unified Health System.*

KEYWORDS *Public health. Unified Health System. Universities. History of medicine.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.
bedrikow@unicamp.br



Introdução

Antônio Sérgio da Silva Arouca foi médico sanitário, professor universitário, pesquisador e político, engajado na defesa da saúde como direito para todos e dever do Estado. Suas atividades profissionais “estiveram sempre associadas à militância política”⁽⁶²⁰⁾. Presidiu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080 de 1990. Foi professor na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) entre 1967 e 1975 e, posteriormente, professor da Escola Nacional de Saúde Pública e presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Sua tese, ‘O Dilema Preventivista’, é um marco da mudança de paradigma da saúde pública brasileira e um dos documentos que respaldam o nascimento da saúde coletiva contemporânea. Existe vasta produção sobre a sua vida profissional, acadêmica e política, em teses, artigos, sites e livros, com recorrente destaque para sua trajetória enquanto pesquisador e professor da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) e como político. Esta pesquisa investigou sua passagem pela Unicamp, um período em geral menos estudado e pouco relatado nas demais obras. Para isso, analisou-se seu Processo de Vida Funcional, a Revista Comemorativa dos 25 anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM da Unicamp, onde consta depoimento seu, e o Relatório Final da Comissão da Verdade e Memória “Octávio Ianni” da Unicamp.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa documental – “procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”⁽²⁵⁾. Tendo em vista os objetivos da pesquisa, foram selecionados os seguintes documentos, conservados na

Unicamp e que não receberam até o momento nenhum tratamento, considerados, portanto, fontes primárias: Processo de Vida Funcional de Antônio Sérgio da Silva Arouca na Unicamp (1967 a 1975), a Revista Comemorativa dos 25 anos do Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da FCM/Unicamp (1990) e o Relatório Final da Comissão da Verdade e Memória “Octávio Ianni”, da Unicamp (2015). Foram produzidos em contextos e intencionalidades diferentes. O primeiro foi sendo elaborado durante os anos que Arouca trabalhou na Unicamp e tinha por objetivo o registro e acompanhamento de suas atividades enquanto funcionário da instituição, ocupando o cargo de professor. Tem, portanto, caráter mais administrativo e descritivo. O segundo, de 1990, é fruto de encontro comemorativo dos 25 anos do DMPS e reproduz discurso de um Arouca mais maduro e experiente, que olha para o seu passado no DMPS. O último documento selecionado faz referência a Arouca apenas de forma indireta e restrita à lente dos efeitos da ditadura militar em sua trajetória dentro da universidade.

Após a seleção e análise da validade e consistência dos documentos, procedeu-se à leitura dos mesmos e busca de informações que respondessem aos objetivos da pesquisa.

Resultados e discussão

No processo de vida funcional de Arouca na Unicamp constam vários documentos, desde aqueles entregues a esta instituição em 1967, com o objetivo de apresentar-se como candidato a professor, até seu desligamento em 1975.

Arouca nasceu na casa dos pais, à rua Florêncio de Abreu, em Ribeirão Preto, São Paulo, a 20 de agosto de 1941, filho de José Pereira Arouca, funcionário público, e de Alzira da Silva Arouca, “prendas domésticas”⁽¹⁴⁾.

Estudou na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), da Universidade de São Paulo. Graduiu-se a 3 de dezembro de 1966, sendo, nessa ocasião, diretor o Prof.

José Moura Gonçalves. No que se refere a seu percurso dentro da FMRP, encontramos que participou ativamente do Centro Acadêmico Rocha Lima (CARL), tendo sido diretor do Departamento Cultural entre 1964 e 1965. O CARL conferiu a Arouca o Diploma de Mérito Acadêmico por sua atuação como membro da Liga de Assistência Médico Social, a mais antiga em funcionamento, fundada em 1957, com a “finalidade de despertar e desenvolver, entre os universitários, o espírito de medicina social e assistir médica e socialmente a população”^{3(28-42),4(444)}. Participou da organização do Posto de Puericultura José Jacques, na cidade de Ribeirão Preto, tendo sido reconhecido com a atribuição do Diploma de Mérito Acadêmico. Foi membro da Liga Brasileira de Combate à Moléstia de Chagas, tendo proferido palestra sobre “Problemas da Moléstia de Chagas no Brasil”³⁽²⁸⁾ na cidade de Jardinópolis, em 1965.

Com o intuito de se apresentar ao pleitear vaga de professor na Unicamp, Arouca incluiu em seu processo de vida funcional vários outros documentos, como certificados de plantonista e cursos realizados ainda na condição de estudante de medicina. Destacam-se aqueles relacionados ao curso de Leprologia e a atividades junto ao Serviço de Hidratação Infantil do Pronto Socorro Municipal, durante o ano de 1966, revelando a importância dessa doença e da desnutrição infantil naquele período³⁽²¹⁻³²⁾.

Em 1966, recebeu o Prêmio Comendador Assad Abdalla, instituído pelas Indústrias York S. A., por ter sido o aluno que mais se distinguiu nas atividades junto ao Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da FMRP³⁽⁴⁰⁾. Nesse mesmo ano, foi agraciado com um dos prêmios oferecidos pelo Departamento de Oftalmologia por: “composições sobre temas ligados à visão (viagem ao Rio de Janeiro)”³⁽⁴⁵⁾, conforme consta em declaração do Prof. Dr. Almiro Pinto de Azevedo, Catedrático.

Em 1967, já formado, atuou como consultor médico de filme sobre moléstia de Chagas, produzido pelo CARL³⁽²⁸⁾.

Em declaração escrita em 20 de fevereiro de 1967, o instrutor do Departamento de

Higiene e Medicina Preventiva da FMRP, Dr. José Romero Teruel, afirma que

a capacidade e esforço já demonstrado por esse médico permite acreditar que o mesmo venha a ser, em futuro próximo, elemento de real valor para colaborar em docência e mesmo pesquisa ligada ao setor de Medicina Preventiva e Medicina Social³⁽⁴⁴⁾.

Nessa mesma data, o professor associado Geraldo Garcia Duarte redige a seguinte carta, endereçada ao diretor do DMPS da Unicamp, Prof. Miguel Ignacio Tobar Acosta:

Prezado Dr. Tobar, Tem esta a finalidade de apresentar a V. S. o Dr. Antônio Sergio da Silva Arouca, nosso ex-aluno que demonstrou durante toda sua atividade de estudante de medicina um interesse particular pelo Departamento de Higiene e Medicina Preventiva desta Faculdade. O Departamento, reconhecendo o interesse e as atividades escolares do Dr. Arouca outorgou-lhe o prêmio Comendador Assad Abdalla das Indústrias York, para o melhor aluno do ano. Além de ter sido um dos melhores alunos do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, o Dr. Arouca participou ativamente da campanha de vacinação anti-variólica levada a efeito na cidade de Ribeirão Preto sob a orientação do Dr. Jarbas Leite Nogueira, instrutor do Departamento. Por ocasião dos estágios optativos do 6º ano, o Dr. Arouca escolheu Medicina Preventiva, como matéria de estágio intensivo. Considerando suas atividades e seu desempenho julgamos que o Dr. Arouca tem um futuro de que muito se pode esperar.

Atenciosamente³⁽²⁰⁾.

Três dias depois, Tobar Acosta solicita ao Magnífico Reitor, Prof. Zeferino Vaz,

A nomeação do dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca para ocupar o cargo de Instrutor no DMPS, em regime de tempo parcial, e futuramente, em regime de tempo integral³⁽²⁾.

Após um mês, já com a aprovação do Conselho Diretor da Universidade de Campinas, é assinado o primeiro contrato entre a Unicamp e Arouca.

No seu 'Plano de trabalho e pesquisa' consta sua intenção de realizar

Um estudo médico-social quanto ao aspecto de cuidados materno-infantis, durante o 1º ano de vida da criança, através da combinação de métodos epidemiológicos e da metodologia de Ciências Sociais, a fim de se inferir sobre incidência de moléstias, distúrbios nutricionais, morbidade, e desenvolvimento, relacionados a aspectos psico-sócio-culturais, bem como a elaboração de técnicas de comunicação para informação sobre saúde e gestantes³⁽⁵⁹⁾.

O desenho da pesquisa exploratória proposta por ele incluía entrevistas dirigidas com gestantes, observação estruturada, aplicação da técnica de história de vida nas gestantes,

aplicação de questionários com perguntas abertas a pediatras e obstetras sobre atitudes e crenças quanto ao relacionamento materno-infantil no que se refere à saúde. Os locais propostos para a realização da pesquisa eram a Santa Casa de Misericórdia de Campinas, Maternidade de Campinas, Casa de Saúde Campinas e Bairro Jardim dos Oliveiras. Foram indicados os seguintes recursos humanos: instrutor médico, instrutor sociólogo, monitores de 5º ano da Faculdade de Medicina, estagiários de Ciências Sociais do DMPS; com a colaboração do Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de Campinas³⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾.

Nesse mesmo documento, Arouca menciona um trabalho científico complementar, a partir de pesquisa sobre mortalidade infantil, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde³⁽⁶¹⁾. No que diz respeito às atividades docentes que constam em seu Plano de trabalho, observa-se amplo rol de atividades³⁽⁶¹⁻⁶²⁾:

Quadro 1. Atividades previstas no 'Plano de trabalho' de Sérgio Arouca - 1967

- 1 Curso de Ciências Sociais Aplicado à Saúde - 2º ano do Curso Médico: Participação de Seminários às 4^{as} e 6^{as} feiras; Supervisão de Visitas Domiciliares em Ciências Sociais. Participação do Curso dado em Piracicaba aos alunos do 2º ano de Odontologia da Universidade de Campinas.
- 2 Curso de Epidemiologia - 3º ano do Curso Médico durante o 2º semestre do ano letivo.
- 3 Curso de Medicina Preventiva - 4º e 5º anos do Curso Médico: Ambulatórios Docentes às 2^{as}, 3^{as} e 4^{as} feiras; Seminários; Supervisão do Trabalho de Campo.
- 4 Ambulatório Docente junto ao Departamento de Clínica Médica dentro do esquema de integração do curso.
- 5 Programa Paralelo para Monitores de 3º, 4º e 5º anos do Curso Médico: Reuniões Semanais para discussão de Casos Clínicos e Temas Diversos Relacionados à Saúde; Ambulatório Docente para Monitores.

Fonte: Universidade Estadual de Campinas³.

Incluiu ainda atividades que classificou como administrativas, tais como a organização da seção de vacinas e soroterapia e o controle de moléstias de notificação compulsória, em colaboração com centro de saúde de Campinas. Essas atividades estariam vinculadas ao exercício da docência no curso de Epidemiologia, a pesquisas futuras e ações em ambulatório de moléstias transmissíveis³⁽⁶²⁾.

Apresentou de forma detalhada os programas dos cursos de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina e do DMPS, integrado aos Departamentos de Tocoginecologia, Pediatria e Clínica Médica, incluindo grade semanal e até diária para o ano de 1967. Essa mesma proposta de ensino baseado na integração entre diferentes departamentos esteve presente na 'Reforma Curricular do Curso de

Medicina da FCM – Unicamp’, de 2000, que preconizava “um currículo integrado, horizontal e verticalmente, estruturado em módulos gerenciados por grupo de docentes de vários departamentos”⁵⁽⁶¹⁾, revelando, portanto, que experiência semelhante já fôra colocada em prática mais de trinta anos antes, na mesma instituição.

O Curso de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, para alunos do 2º ano, tinha como

objetivo básico propiciar ao estudante de Medicina conhecimentos que o levem a conhecer melhor a importância e a influência dos fatores sociais sobre o estado de saúde dos indivíduos e das populações que irá servir³⁽⁶³⁾.

Tal proposta, presente na disciplina do 2º ano, que Arouca encontrou funcionando quando chegou ao DMPS, em 1967, pode ser reconhecida nas palavras que ele proferiu na abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde, quando afirmou que saúde é mais que a simples ausência de doença, incluindo também o bem-estar social, que depende da garantia do direito à moradia, trabalho, salário condigno, água, vestimenta, educação, informação, meio ambiente preservado e livre opinião, entre outros⁶.

A parte teórica desenvolvia-se a partir de aulas expositivas e discussões de artigos selecionados de livros e revistas especializadas. Abordava-se temas de Ciências Sociais relacionadas à Saúde e Medicina, tais como Antropologia, Sociologia, Psicologia Social, Cultura, organização, estrutura, classe e mobilidade social, família, hospital, Medicina Popular ou Folk, Ecologia e fatores sociais na distribuição e etiologia das enfermidades, entre outros³⁽⁶³⁾.

A parte prática desse curso era desenvolvida no bairro Jardim dos Oliveiras. Cada par de alunos ocupava-se do estudo de uma família que era visitada mensalmente, entre março e início de outubro, quando deveriam ser apresentadas as histórias completas das famílias estudadas.

A supervisão ocorria a cada dois meses por um sociólogo e um médico, alternadamente. Os alunos funcionavam como ‘Assessores de Saúde’, devendo, para tanto, orientar as famílias sobre tópicos relacionados à Medicina Construtiva, bem como, em casos de doenças, encaminhar os membros da família ao ambulatório da Faculdade. Posteriormente, os alunos deveriam registrar as opiniões sobre o atendimento médico recebido, bem como orientar o seguimento do tratamento prescrito. A assistente social do departamento responsabilizava-se pelas questões sociais encontradas pelos alunos junto às famílias.

Atividades complementares relacionadas ao Curso de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina visavam habilitar os alunos a desempenhar o papel de assessores de saúde. Estas incluíam aulas sobre educação sanitária, Medicina Construtiva – a cargo do Prof. Miguel Ignácio Tobar Acosta –, educação sexual e perspectivas profissionais das diferentes especialidades médicas³⁽⁶⁴⁾.

Durante o 4º e 5º anos, as atividades pedagógicas eram essencialmente práticas e consistiam em atividades de Clínica da Família (no lar e no ambulatório) e complementares: saúde oral, técnicas elementares de enfermagem, saúde escolar, discussão de histórias clínicas, análise bibliográfica, assuntos de epidemiologia especial e ‘programa paralelo’³⁽⁶³⁾.

Visitas periódicas a famílias moradoras no Bairro Jardim dos Oliveiras resultavam em histórias médico-familiares que eram discutidas com os professores.

No ambulatório localizado nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, os estudantes atendiam moradores desse mesmo bairro, sob orientação de docentes. As atividades das segundas e terças-feiras estavam a cargo da Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia e Estomatologia.

Às quartas-feiras, o Ambulatório de Clínica de Família ficava a cargo do DMPS, integrando-se, na medida do possível, às clínicas acima mencionadas. Tinha o fim específico de atendimento às famílias que eram acompanhadas

pelos acadêmicos do 2º ano, bem como aos pacientes do Jardim dos Oliveiras.

As consultas eram agendadas com uma semana de antecedência pela assistente social do departamento. A rotina na Clínica da Família era a seguinte:

O paciente, com consulta já marcada, vem do Jardim dos Oliveiras, dirigindo-se ao Depto. de Medicina Preventiva. Passará por uma triagem que será feita por uma Assistente Social, e aí será preenchida uma ficha-família e uma ficha individual do paciente. O paciente receberá um cartão e será encaminhado ao ambulatório que lhe for indicado. Após a consulta voltará à mesma Assistente Social que fez a triagem e que o orientará nos exames pedidos, medicamentos, inter-consultas e retorno. Na medida do possível será feita a Educação Sanitária de Grupo (família ou coletividade) com os pacientes atendidos no ambulatório, através do acadêmico, da enfermeira ou da assistente social³⁽⁶⁷⁾.

Os prontuários eram arquivados no DMPS e ficavam disponíveis para acadêmicos e docentes dos outros departamentos que participavam da Clínica da Família³⁽⁶⁸⁾. “Cada família escolhida será entregue a dois estudantes para os correspondentes cuidados durante dois anos”³⁽⁷³⁾.

Os estudantes deveriam obedecer a um ‘Guia para observação médico-familiar’ que incluía informações relacionadas à facilidade de acesso à casa, habitação, membros da família, horta ou pomar, animais domésticos, hábitos alimentares, imunizações, caracterização do ambiente psíquico, condições econômicas, assistência médica, economia médica (custo da assistência: medicamentos, dietas, consultas, visitas domiciliares, hospitalização), receptividade (como a família recebeu a visita, dificuldades encontradas e como foram solucionadas), impressão sumária, medidas propostas³⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾.

Os alunos do 5º ano tinham um estágio de saúde escolar realizado no grupo escolar ‘Júlio de Mesquita’, sediado no bairro Jardim dos

Oliveiras. Integrava docentes da Pediatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Medicina Preventiva e Social. A coordenação cabia ao diretor deste último departamento. “Para auxiliar nas consultas conta-se com a colaboração dos professores da Sociedade Amigos do Bairro e Clube das Mães”³⁽⁷⁷⁾.

O estágio incluía um levantamento preliminar sobre a planta física, administração, professorado, alunos, carga e distribuição de horários de estudos, serviço médico-odontológico, serviço social. Em seguida, procedia-se ao estudo do estado de saúde, imunização, dieta de soja, consulta aos escolares doentes, educação sanitária (observação das atividades que a educadora sanitária do grupo escolar desenvolve), problemas especiais (caso de crianças excepcionais, cujo estudo será feito em conjunto com o Departamento de Psicologia e Psiquiatria) e análise e apuração dos dados feitos pelos alunos estagiários, assessorados pelo Instituto de Matemática e Estatística, da Unicamp³⁽⁷⁸⁾.

No final de fevereiro de 1969, Arouca elaborou o “Relatório das atividades do instrutor Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca, durante o ano de 1968”³⁽⁹⁷⁾. Suas atividades docentes consistiram em: participação nos cursos de Ciências Sociais Aplicadas à Saúde (120 horas/ano), Epidemiologia (60 horas/ano), Medicina Preventiva, dada aos alunos do 4º ano, organização e coordenação do Curso da Medicina Institucional, dada aos alunos do 5º ano (100 horas/ano), atividades no Ambulatório de Clínica Geral, responsável pelo Ambulatório de Clínica de Família do bairro Jardim dos Oliveiras, participação no programa extracurricular com monitores do DMPS, redação e organização do material didático para os cursos de 3º e 5º anos³⁽⁹⁷⁾.

No que diz respeito à pesquisa, consta a realização do plano piloto da pesquisa sobre atendimento materno-infantil nas famílias do programa de Clínica de Família no bairro Jardim dos Oliveiras. Participou ainda da campanha de vacinação domiciliar no bairro Jardim dos Oliveiras, fora do período

de trabalho; de atendimentos no Posto de Imunizações do DMPS, especialmente dos casos de imunoprofilaxia do tétano; de atendimento médico aos acadêmicos da Universidade e seus familiares; nesse mesmo departamento, de encontros preliminares com o DATE em Piracicaba, Pirassununga e Amparo para instalação do Centro Rural, com características de treinamento multiprofissional e pesquisa; e do Fórum Universitário da Faculdade³⁽⁹⁷⁻⁹⁸⁾.

Realizou viagem de estudos à Região Centro-Oeste de Goiás, para posterior pesquisa em área endêmica de Moléstia de Chagas³⁽⁹⁸⁾. Atuou como membro eleito representante dos Instrutores no Conselho Técnico Administrativo da faculdade e participou como redator dos Estatutos dessa instituição³⁽⁹⁸⁾. Coordenou o Grupo de Medicina Social do DMPS³⁽⁹⁸⁾.

Suas qualidades pessoais e devotamento ao trabalho justificaram a renovação de seu contrato em 1970, conforme solicitação do diretor da faculdade, Prof. Silvio dos Santos Carvalhal³⁽¹⁰¹⁾.

Nos anos seguintes, Arouca teve grande produção científica, tendo participado de numerosas pesquisas coordenadas por professores do departamento e da faculdade.

Arouca não continuou sua trajetória como pesquisador e docente junto à Unicamp em virtude de assédio moral vindo da Reitoria da universidade, conforme informações presentes no Relatório Final da Comissão da Verdade e Memória “Octávio Ianni”, publicado pela Unicamp em 2015⁷.

Segundo esse relatório, Arouca foi importante líder de movimento em prol de reformas sanitárias inovadoras ligadas ao DMPS da Unicamp, na década de 1970⁷. Dentre elas, destacam-se a reconfiguração da relação médico-paciente, marcada pelas reflexões influenciadas para o que havia de mais avançado na época nas áreas de Sociologia e Psicologia e uma mudança nos eixos epistemológicos da Epidemiologia, conferindo peso maior às determinações sociais das doenças⁷⁽³¹⁾.

Durante o período que vigorou a ditadura militar no Brasil, professores ligados ao Partido

Comunista Brasileiro sofreram perseguições. No DMPS, principalmente a partir de 1973, algumas mudanças concretas fizeram-se sentir no cotidiano de seus membros, tais como a proibição de reunião entre professores e alunos, a imposição da presença de docente de outro departamento durante as visitas aos bairros periféricos e, posteriormente, o impedimento de que ministrassem aulas sob alegação de conteúdo subversivo.

Ainda que de forma menos violenta em relação a algumas outras instituições de ensino superior, a repressão esteve presente na Unicamp, com efeitos diretos na carreira de muitos docentes. No caso de Arouca, houve – a princípio – a proibição da defesa de sua tese, considerada subversiva. Em seguida, como condição para tal defesa, foi obrigado pelo reitor da Unicamp a demitir-se ‘voluntariamente’.

Quando Arouca defende sua tese de doutorado, em 1976, já estava morando no Rio de Janeiro, como professor na Fiocruz.

Ata da reunião da comissão examinadora da prova de doutoramento para obtenção do grau de Doutor em Ciências a que se submete o médico Antônio Sérgio da Silva Arouca. Aos 23 dias do mês de julho de 1976, no Anfiteatro da Congregação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, às nove e trinta horas, reuniu-se a comissão examinadora da prova em epígrafe, eleita pelo professor doutor Zeferino Vaz, magnífico reitor da UNICAMP, ad referendum do conselho diretor, composta pelos senhores professores doutores Manildo Fávero, José Martins Filho (suplente), Guilherme Rodrigues da Silva, Cecília Donangelo e José Aristodemo Pinotti, conforme determina o artigo 11 do decreto 40.669/62, para julgar os trabalhos do médico Antônio Sérgio da Silva Arouca, apresentado sob o título O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Os trabalhos foram declarados abertos pelo professor doutor José Aristodemo Pinotti, diretor da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, também

membro da comissão examinadora, prestando esclarecimento sobre a forma do andamento da prova iniciada, lendo para os membros da comissão examinadora os artigos 12, 13, 14 do decreto 40.669/62, que regulamenta as defesas de tese. O senhor presidente determinou o início das arguições e respostas na seguinte ordem. Primeiro: professor Manildo Fávero. Segundo: professora Cecília Donangelo. Terceiro: professor José Martins Filho. Quarto: professor Guilherme Rodrigues da Silva. Quinto: professor José Aristodemo Pinotti. Realizadas as arguições e respostas, procedeu-se ao julgamento do trabalho. Cada examinador concedeu grau de seu julgamento em cédula especial, colocando-a em envelopes opacos, em seguida o senhor presidente leu o resultado do julgamento, que foi o seguinte: Professor Ramildo Fávero, distinção com louvor; professora Cecília Donangelo, distinção com louvor; professor José Martins Filho, distinção com louvor; professor Guilherme Rodrigues da Silva, distinção com louvor; e professor José Aristodemo Pinotti, distinção com louvor. O presidente anunciou em voz alta o resultado da prova, proclamando o candidato Doutor em Ciências com grau 'distinção com louvor', devendo esse resultado ser referendado pelo Conselho Diretor da UNICAMP. Declarando encerrados os trabalhos o senhor presidente agradeceu a presença dos membros da comissão examinadora, saudou o candidato pelo brilhantismo da tese, bem como a presença de todos. Nada mais havendo a tratar, eu, Maria Angélica de Melo Rosalen, lavei a presente ata, que assino juntamente com todos os membros da comissão examinadora. Campinas, 23 de julho de 1976⁸⁽⁶²⁾.

De acordo com o Prof. Everardo Duarte Nunes, que ingressou no DMPS no mesmo ano que Arouca, este era

uma pessoa extremamente carismática, e com isso ele conseguia atrair, seduzir as pessoas de uma forma muito elegante, muito inteligente, eu acredito que isso fazia parte de sua personalidade e fazendo parte da sua personalidade

ele transmitia isso. [...] uma pessoa que deixa sempre uma lembrança muito grande. Muitas coisas poderiam ser lembradas, mas eu tô ficando no plano mais geral e não no plano mais pessoal da lembrança, eu acho que ele passa para a História da Saúde Pública como uma figura de militante e de autor de um trabalho que se sustenta até hoje. Ele não é só um trabalho histórico, o trabalho do Arouca, sua Tese de Doutorado defendida aqui na UNICAMP é um trabalho que, agora publicado em livro, felizmente, com as observações de vários companheiros dele, trás para as novas gerações um exemplo de profissional, um exemplo de intelectual. [...] uma figura extraordinariamente simpática, inteligente, culta e que deixa saudades, e sempre falar dele traz à memória uma grande saudade⁹⁽¹¹⁷⁻¹²³⁻¹²⁴⁾.

Por ocasião das comemorações dos 25 anos do DMPS, em 1990, Arouca participou de uma das mesas do Encontro Comemorativo, ao lado de Ana Maria Canesqui, Anamaria Testa Tambellini, David Capistrano de Souza Filho e Guilherme Rodrigues da Silva.

Em sua palestra, Arouca fez reflexões sobre o que o departamento que o acolheu representou: Eu acredito que, em determinados momentos da história dos países e das instituições, algumas instituições conseguem situar-se num espaço que permite um grande grau de criatividade, onde as coisas podem estar sendo pensadas, sem submeterem-se a certos limites e nem estarem subordinadas a determinadas estruturas do poder institucional que estabelece o seu modo de andar.

Neste sentido, a Universidade de Campinas é um exemplo e, dentro dela, o Departamento de Medicina Preventiva e Social que representou aquela via. E, não foram poucas as vezes que se perguntou, como foi possível, durante o governo ditatorial - nos períodos da mais dura ditadura e da perseguição política de pesquisadores, professores, intelectuais e ao povo brasileiro - construir esta universidade, onde tínhamos a sensação de viver numa ilha em relação aos

acontecimentos do país? Como era possível, por exemplo entrar num ônibus, da cidade para o Campus, momento em que se criou o Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, quando o marxismo estava sendo perseguido, verificar que os estudantes andavam com O Capital debaixo do braço?

Neste contexto o Departamento de Medicina Preventiva assumia e discutia a aplicação de uma ciência social transformadora e não funcionalista no campo da saúde. Foram anos em que foi possível criar uma universidade moderna, embora eu não saiba explicar o porquê. Mas, talvez, eu possa levantar a hipótese de que era necessário criar uma universidade moderna que pudesse representar a possibilidade de formar novos intelectuais orgânicos e reatualizar o capitalismo. Mas, o fundamental que me parece possível pensar, foi a criação de um determinado espaço, com certo grau de liberdade, de não imposição, de não limites, onde foi possível existir um pensamento libertário, questionador da medicina preventiva, e da ciência social. Foi possível ainda se pensar o trabalho de comunidade, a forma de ensino médico e, foi se repensando tanto, que se criou um Laboratório de Educação Médica e de Medicina Comunitária para tentar ser um elemento transformador de todo o ensino médico na Faculdade. [...] O Departamento de Medicina Preventiva teve a possibilidade crítica da reflexão, não só pelo espaço institucional, mas pelo espaço político que foi criado pelo tempo integral, que possibilita a criatividade. Foi fundamental o que aqui aconteceu - um projeto - que não foi só um projeto técnico, mas que envolvia pessoas que estavam dentro dele. [...]

De novo eu entendo que a área de Saúde Coletiva vai voltar a ser uma área de resistência, de pensamento crítico, de denúncia e de participação política. Sem dúvida alguma este Departamento teve e tem um papel importante e fundamental na saúde¹⁰⁽³⁰⁻³²⁻³⁹⁾.

A análise dos documentos relacionados à passagem de Arouca pela Unicamp revelam

que ele já demonstrava interesse pela Medicina Preventiva e Social durante seus anos de estudante na FMRP, destacando-se nessa área e recebendo o reconhecimento da instituição e professores. Foi com esta bagagem que aportou, em 1967, no DMPS, criado dois anos antes, em março de 1965, pelo Prof. Miguel Ignacio Tobar Acosta,

em um contexto social e político bastante adverso e repressivo, desfavorável às atividades acadêmicas de um modo geral, sobretudo àquelas vinculadas aos estudos sociais, em particular¹¹⁽⁹⁸⁾.

O Prof. Tobar Acosta foi figura importante no acolhimento e formação do jovem professor que iniciava sua carreira docente na Unicamp, tendo sido orientador de pesquisas, como a tese defendida por Arouca em 1976.

Os documentos mostram compromisso e dedicação de Arouca ao ensino, pesquisa e assistência, envolvendo-se sobremaneira com as atividades junto a moradores do bairro Jardim dos Oliveiras, na Clínica da Família e na assistência aos alunos, no que hoje cabe, prioritariamente, ao Centro de Saúde da Comunidade da Unicamp (Cecom).

A prática de ensino e assistência no Jardim dos Oliveiras é pioneira enquanto atividade extramuros, continuada e vinculada a uma comunidade específica, num período de disputa entre a extensão universitária puramente assistencialista - alinhada com os ideais controladores do regime militar -, e o movimento de extensão crítica - fruto do pensamento freiriano e muito mais condizente com a forma de pensar de Arouca^{12,13}. As atividades no Jardim dos Oliveiras merecem ser revisitadas atualmente, pela lente da extensão universitária, principalmente diante da exigência legal de garantir pelo menos dez por cento da grade curricular à extensão, conforme a resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018, do Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior¹⁴.

O acompanhamento de famílias do Jardim dos Oliveiras, com valorização de suas histórias de vida e suas condições socioeconômicas e culturais, durante o segundo, quarto e quinto anos, proporcionando experiência de ensino longitudinal e responsabilidade sanitária, vai de encontro à proposta de uma Clínica Ampliada e Compartilhada e às convicções e desejos de professores e estudantes do século XXI de desfragmentar o ensino e reduzir o distanciamento entre a universidade e outros setores da sociedade¹⁵.

Arouca parece ter sido muito influenciado pela disciplina de Ciências Sociais Aplicadas à Medicina, já existente por ocasião de sua chegada à Unicamp, elaborada pelos professores que o precederam no DMPS e com os quais fez trocas profícuas. A disciplina ocupava espaço significativo na grade curricular dos alunos. Aparentemente, a vivência extramuros no Jardim dos Oliveiras também contribuiu para moldar seu modo de compreender a relação entre as ações de saúde e as demandas da comunidade. Pode-se dizer que são importantes fatores, entre outros, que contribuíram substancialmente para que Arouca moldasse seu futuro enquanto professor, gestor e político engajado na construção de um campo de conhecimento e um sistema de saúde que levassem em conta fatores sociais na determinação do processo de saúde, adoecimento e cuidado. Em outras palavras, não seria exagero enxergar naquele Arouca do movimento da Reforma Sanitária, e mais especificamente da VIII Conferência Nacional de Saúde, influência marcante do DMPS da Unicamp, que não apenas o acolheu, mas que também participou

de sua formação durante os anos iniciais de sua carreira como docente.

Considerações finais

Arouca demonstrou interesse pela Saúde Pública e Medicina Preventiva e Social desde seus anos de graduação na FMRP. Chegou à Unicamp em 1967, recém formado, e encontrou no DMPS um ambiente acadêmico caracterizado pela criatividade, inovação, integração com outros departamentos e fortalecimento das Ciências Sociais dentro do currículo médico, o que contribuiu significativamente com sua trajetória futura dentro da Unicamp e, posteriormente, fora dela.

Ao resgatar a história da passagem de Arouca pela Unicamp, entre 1967 e 1975, encontramos contribuições importantes de seus colegas do DMPS na sua formação e produção acadêmica durante os primeiros anos de sua carreira docente e de pesquisador, o que deve ser levado em conta ao buscar compreender sua trajetória nos anos seguintes. Mesmo após sua saída, em 1975, Arouca fez jus à sua capacidade de agregar intelectuais e outras pessoas da sociedade, como na ocasião de sua defesa de tese na Unicamp e, uma década depois, na condução dos trabalhos da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Colaboradores

Bedrikow R (0000-0003-1405-3122)*, Amaral ILMF (0000-0003-2374-4099)* e Almeida VCD (0000-0002-0710-502X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Escorel S. Sérgio Arouca: Democracia e Reforma Sanitária. In: Hochman G, Lima NT, organizadores. Médicos intérpretes do Brasil. São Paulo: Hucitec; 2015.
2. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev. Bras. Hist. Amp. Ciênc. Soc.* 2009; 1(1).
3. Universidade Estadual de Campinas, Reitoria. Processo. OIP-44-67. Vida Funcional Antônio Sérgio da Silva Arouca. Arquivo Central/Siarq. Fundo Reitoria. Campinas: Unicamp; 1967.
4. Coelho GG, Ferrarese SRB. Centro Acadêmico Rocha Lima. *Rev. Med.* 2002 [acesso em 2021 jun 2]; (35):440-446. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/issue/view/59>.
5. Bicudo AM, Antonio MARGM, Passeri SMRR, et al. Integração Ensino-Serviço-Eixo Integrador da Atenção Básica à Saúde no Currículo da FCM-Unicamp. In: Bollela VR, Germani ACCG, Campos HH, et al., editores. Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde: Aprendendo com a Experiência Brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC; 2014.
6. Arouca ASS. Democracia é Saúde [vídeo]. Brasília-DF: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz; 1986/2013. [acesso em 2023 jun 2]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ.
7. Universidade Estadual de Campinas. Relatório final da Comissão da Verdade e Memória “Octávio Ianni” da Unicamp. Campinas, SP: UNICAMP/Gabinete do Reitor; 2015.
8. Araújo AMC, Toledo CN, Tega D, et al., organizadores. Processo. OIP-3275/1969. Doutorado Antônio Sérgio da Silva Arouca. Arquivo Central/Siarq. Fundo Reitoria. Universidade Estadual de Campinas; 1969.
9. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Memória e patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. Relatório de Atividades Sérgio Arouca 1967-1975. Rio de Janeiro: Projeto: PRODOC 914 BRA 2000 – UNESCO; 2005. [acesso em 2023 jan 4]. Disponível em: <http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/relatorios/relatorio19671975.pdf>.
10. Canesqui AM, organizadora. 25 anos Departamento de Medicina Preventiva e Social 1965-1990. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp; 1990.
11. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Saad MJA, Pereira RIC (direção). Dias CD (projeto editorial, organização, produção, edição de textos e entrevistas). Pereira Filho RA, Carvalho Pinto e Silva JL, Cruz MA (revisão). Campinas, SP: FCM Unicamp; 2013.
12. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão e a flexibilização curricular: uma visão da extensão. Brasília, DF: MEC-SESu; 2006.
13. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Política Nacional de Extensão Universitária. Manaus: UFSC. 2012 maio. [acesso em 24 set 2021]. Disponível em: <https://proex.ufsc.br/files/2016/04/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Extens%C3%A3o-Universit%C3%A1ria-e-book.pdf>.
14. Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação. Resolução nº 7 de 18 de dezembro de 2018. Diário Oficial da União. 7 dez 2018. [acesso em 2023 jun 10]. Disponível em: https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/pdf/CNE_RES_CNECESN72018.pdf.
15. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Recebido em 06/02/2023
 Aprovado em 22/05/2023
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Financiamento de pesquisas sobre dengue no Brasil, 2004-2020

Funding for research on dengue in Brazil, 2004-2020

Gabriela Bardelini Tavares Melo¹, Antonia Angulo-Tuesta¹, Everton Nunes da Silva¹, Marcos Takashi Obara¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313817

RESUMO A dengue representa um importante problema de saúde pública no Brasil devido às constantes epidemias causadas pela doença no País. Este estudo objetivou analisar o financiamento de pesquisas sobre dengue pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e parceiros no período de 2004 a 2020. Analisou-se a tendência do financiamento por regressão linear generalizada do tipo Prais-Winstler e sua distribuição entre as regiões e Unidades Federadas brasileiras, modalidades de contratação das pesquisas, instituições beneficiadas e temas estudados. Entre 2004 e 2020, financiaram-se 232 pesquisas (R\$ 164,03 milhões), realizadas, em sua maioria, em instituições da região Sudeste (77,55%), abordando especialmente a temática controle vetorial (37,93%). A tendência de financiamento foi estacionária nos anos estudados. As chamadas estaduais foram a principal forma de modalidade de contratação das pesquisas (65,95%). Houve diferença estatisticamente significativa na distribuição do valor financiado entre as modalidades de contratação, bem como no número de pesquisas financiadas e valor financiado entre as regiões brasileiras. Esses achados demonstram a importância de monitorar o financiamento de pesquisas sobre dengue no Brasil e de implementar estratégias de avaliação das pesquisas financiadas, para subsidiar e aprimorar a política de enfrentamento da doença e de seu vetor.

PALAVRAS-CHAVE Dengue. Doenças negligenciadas. Financiamento da pesquisa. Avaliação de políticas de pesquisa.

ABSTRACT *Dengue represents an important public health problem in Brazil, due to the constant epidemics caused by the disease in the country. This study aimed to analyze the funding of research on dengue by the Department of Science and Technology of the Ministry of Health of Brazil and partners between 2004 to 2020. Was analyzed the trend of the funding by generalized linear regression using Prais-Winstler and its distribution between Brazilian regions and Federated Units, research contracting modalities, benefited institutions, and studied themes. Between 2004 and 2020, 232 research studies were funded (R\$ 164.03 million), carried out mostly in institutions in the Southeast Region (77.55%), addressing especially the vector control theme (37.93%). The funding trend was stationary in the years studied. The state calls were the main form of contracting modality for the research (65.95%). There was a statistically significant difference in the distribution of the loan amount between the contracting modalities, and in the number of researches funded and loan amount among Brazilian regions. These findings demonstrate the importance of monitoring the research funding on dengue in Brazil and of implementing strategies to evaluate the research funded, to support and improve the policy to combat the disease and its vector.*

KEYWORDS *Dengue. Neglected diseases. Research financing. Research policy evaluation.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE) - Ceilândia (DF), Brasil.
gabrielaabtm@gmail.com



Introdução

A dengue é uma doença febril aguda, classificada como Doença Tropical Negligenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que representa um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo¹⁻³. É endêmica em mais de 100 países da África, das Américas, do Mediterrâneo Oriental, do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental, e estima-se que metade da população mundial resida em áreas de risco para a doença^{4,5}.

Apesar de a dengue apresentar baixas taxas de mortalidade, causa considerável impacto socioeconômico e sanitário, pois influencia na perda de anos saudáveis de vida por afetar muitas pessoas, levando à incapacidade durante o período de infecção sintomática e, principalmente, por ocasionar óbitos em crianças⁶. Além disso, diferentemente das demais Doenças Tropicais Negligenciadas, que afetam principalmente populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, a dengue acomete populações de todas as classes sociais, entretanto, a sua carga se concentra especialmente em populações pobres, que vivem em locais com estruturas precárias de saneamento, coleta de lixo e fornecimento de água⁷⁻⁹.

No Brasil, o vetor de transmissão da doença é o mosquito *Aedes aegypti*. Entre 2013 e 2021, foram registrados cerca de 6 milhões de casos e 4.300 óbitos, sendo a maior prevalência da doença na América do Sul. Em 2019, o País ocupou a 6ª posição em relação à carga de dengue no mundo (18,74 DALY por 100 mil habitantes)^{10,11}. O elevado número de casos no Brasil explica-se pelas condições climáticas, tamanho da população e insucesso de medidas de controle da doença⁹.

Além dos impactos causados pela dengue sobre o sistema socioeconômico e de saúde, a doença coloca desafios a Pesquisa e Desenvolvimento (P&D) tecnológico devido à sua rápida expansão pelo mundo, escassez de tratamentos específicos (principalmente para dengue grave) e testes diagnósticos rápidos e

baratos, bem como métodos ineficazes para controle do vetor.

Dessa forma, o incentivo a P&D na área é imprescindível para o avanço do conhecimento, desenvolvimento e aprimoramento de tecnologias que visem à redução dos casos. O Brasil está entre os dez países que mais estudam e publicam sobre a dengue¹²⁻¹⁴, no entanto, existe carência de informações sobre o financiamento de pesquisas no tema. Essa informação é relevante para direcionar as prioridades e ações de controle da dengue e, conseqüentemente, de outras arboviroses, como febre amarela, zika ou chikungunya, que possuem o mesmo vetor.

No âmbito do Ministério da Saúde, o financiamento de P&D em saúde é coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) e tem o intuito de contribuir para a resolução de problemas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde da população brasileira¹⁵.

Diante da relevância epidemiológica e dos impactos causados pela dengue no Brasil, torna-se necessário conhecer o financiamento de pesquisas sobre dengue do Decit do Ministério da Saúde ao longo dos anos, visando obter subsídios para formulação, avaliação e monitoramento de políticas públicas para enfrentamento da doença e o direcionamento e a otimização de esforços de P&D na área.

Este estudo analisou o financiamento de pesquisas sobre dengue pelo Decit do Ministério da Saúde e parceiros, com relação à sua evolução no período de 2004 a 2020, sua distribuição entre as modalidades de contratação das pesquisas, regiões e Unidades Federadas (UF) do Brasil e de instituições beneficiadas.

Material e métodos

Contexto do estudo

A Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS) está entre as competências e atribuições do SUS, definidas na Constituição

Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990^{16,17}. Para coordenar as ações de P&D no Ministério da Saúde, no ano 2000, foi criado o Decit, que atua em parceria com agências de fomento nacionais, estaduais e internacionais, com outros departamentos do Ministério da Saúde e com outros órgãos do governo federal, orientado pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), um documento norteador que contém temas de P&D prioritários para o SUS, incluindo a dengue^{15,18,19}.

O Decit do Ministério da Saúde financia pesquisas em saúde por três modalidades de contratação¹⁸: a) chamadas nacionais, na qual são lançados editais para seleção pública de pesquisas, geralmente em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ou outras agências de fomento nacionais e internacionais; b) chamadas estaduais, operacionalizada pelo Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), em que são lançados editais em âmbito estadual, em parceria com o CNPq, as Fundações de Amparo à Pesquisa dos estados (agências de fomento estaduais), as Secretarias Estaduais de Saúde e de Ciência e Tecnologia para seleção pública de pesquisas voltadas para as necessidades das UF brasileiras; e c) Contratação Direta, modalidade na qual são contratados pesquisadores ou grupos de pesquisa sem seleção pública, direcionada a temas e demandas estratégicas do Ministério da Saúde ou situações de emergência em saúde pública.

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, a fim de analisar o financiamento de pesquisas sobre dengue pelo Decit do Ministério da Saúde e parceiros no período de 2004 a 2020. Utilizou-se esse recorte temporal por dois motivos: a) em 2004, iniciou a gestão de Ciência e Tecnologia do Decit baseada na ANPPS; e b) em 2020, pela disponibilidade dos dados no Pesquisa Saúde, repositório público de pesquisas financiadas

pelo Decit, disponível em <https://pesquisa-saude.saude.gov.br/>.

Fonte de dados e variáveis

A coleta dos dados ocorreu em junho de 2022 no repositório Pesquisa Saúde. Os dados extraídos do repositório foram organizados em uma planilha do Microsoft Excel®. A triagem das pesquisas ocorreu por meio da leitura de títulos e resumos, utilizando os descritores: dengue, DENV e *Aedes aegypti*. Pesquisas que continham os descritores no título ou no resumo foram incluídas; e as que não estavam relacionadas com a temática de dengue foram excluídas da amostra (12 pesquisas).

As pesquisas consideradas elegíveis para o estudo foram estratificadas por: ano de contratação, valor financiado, modalidade de contratação da pesquisa, região do Brasil e UF onde está sediada a instituição responsável por executar a pesquisa.

Realizou-se ainda a classificação das pesquisas por tema: a) Controle Vetorial: pesquisas que desenvolvem novos mecanismos para controle vetorial do mosquito da dengue ou avaliam tecnologias já existentes; b) Vigilância em Saúde: pesquisas que avaliam a implantação, a implementação ou a formulação de novas ações para vigilância e controle da dengue; c) Diagnóstico e Tratamento: pesquisas que buscam alternativas terapêuticas, novos métodos diagnósticos para dengue ou pesquisas que avaliam tecnologias já existentes; d) Imunologia e Virologia: pesquisas que avaliam os mecanismos imunológicos, as especificidades dos vírus da dengue e seu comportamento *in vitro*, em animais e humanos.

Tanto a triagem como a classificação das pesquisas por tema ocorreram por pares, e as divergências foram decididas por consenso.

Análise dos dados

O banco de dados das pesquisas sobre dengue foi transportado do Microsoft Excel® para o *software* estatístico R, versão 4.1.3, para análise

estatística dos dados, adotando o nível de significância de 5%.

Os valores financiados por pesquisa foram ajustados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, para atualização conforme a inflação do Brasil, utilizando como referência para padronização o mês de dezembro de 2021.

A análise de tendência temporal do número de pesquisas financiadas e do valor financiado foi realizada por meio do modelo de regressão linear generalizada do tipo Prais-Winstler, para cálculo da variação percentual anual (do inglês, Annual Percent Change – APC), com respectivos Intervalos de Confiança (IC) de 95%, considerando como variável dependente o ano em que o financiamento foi realizado. A APC positiva indica tendência crescente da quantidade de pesquisas contratadas ou valor investido, a negativa aponta tendência decrescente, e quando não há diferença estatística significativa, a tendência é considerada estacionária, ou seja, assinala que não houve crescimento ou redução²⁰.

Para analisar as diferenças na distribuição do número de pesquisas financiadas e dos valores financiados entre as modalidades de contratação das pesquisas e entre as regiões do Brasil, realizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Para os resultados do teste Kruskal-Wallis estatisticamente significantes (valor de $p < 0,05$), foi aplicado, posteriormente, o teste *post-hoc* Nemeyi, que permitiu identificar quais modalidades de contratação das pesquisas e regiões do Brasil eram diferentes entre si.

Para todas as variáveis, foi realizado o cálculo das frequências absolutas e relativas, e os resultados descritivos foram apresentados em tabelas e gráficos.

Aspectos éticos do estudo

Este estudo faz parte da investigação intitulada ‘Avaliação dos Impactos de Pesquisas de Doenças Tropicais Negligenciadas no Brasil’ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília (CAEE nº 46003821.0.0000.8093).

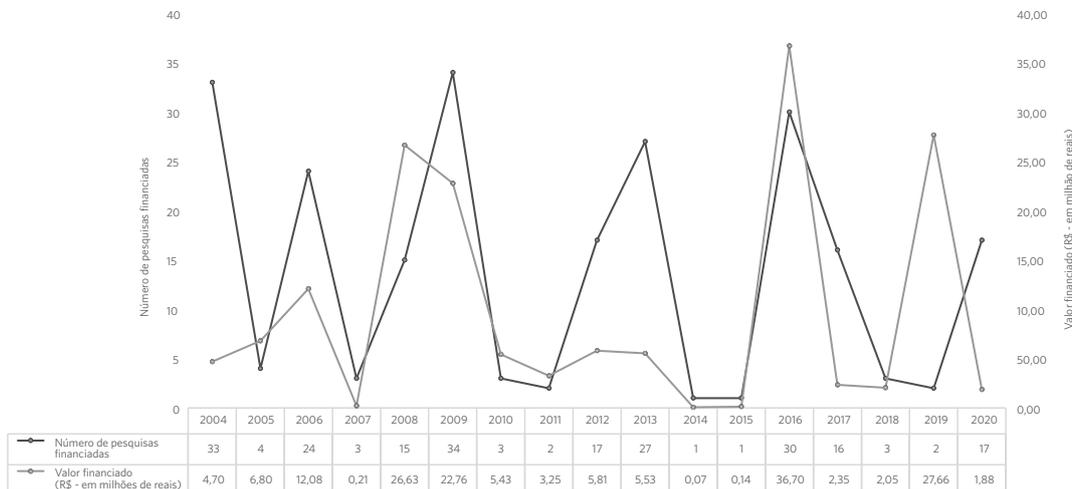
Resultados

Durante os anos de 2004 a 2020, foram financiadas pelo Decit e parceiros 232 pesquisas sobre dengue, totalizando um investimento de R\$ 164,03 milhões.

Evolução histórica do financiamento de pesquisas sobre dengue

Nos anos de 2009, 2004 e 2016, foi contratado o maior número de pesquisas (34, 33 e 30 respectivamente). Já os maiores investimentos foram realizados nos anos de 2016 (R\$ 36,70 milhões), 2019 (R\$ 27,66 milhões) e 2008 (R\$ 26,63 milhões). A contratação de pesquisas e o financiamento foram contínuos ao longo dos anos, observando-se picos baixos e altos, porém, o número de pesquisas financiadas e o investimento destinado para essas pesquisas apresentaram tendência estacionária, com APC de -3,45% (IC95%:-6,77;0,0004) e 0,71% (IC95%:-0,001;1,42) respectivamente (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Evolução histórica do financiamento de pesquisas sobre dengue financiadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e parceiros. Brasil, 2004 a 2020



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do repositório Pesquisa Saúde²¹.

Distribuição do financiamento de pesquisas sobre dengue por modalidade de contratação da pesquisa e regiões do Brasil

As chamadas estaduais, operacionalizadas pelo PPSUS, financiaram o maior número de pesquisas de dengue (65,95%), por meio de 85 editais de fomento. No entanto, a maioria dos recursos financeiros concentraram-se nas chamadas nacionais (41,54%), por meio de 12 editais de fomento (tabela 1).

Apesar de ter financiado apenas sete pesquisas, a modalidade contratação direta teve o maior valor médio empregado nas pesquisas sobre dengue. Vale destacar que 36,36% dos recursos dessa modalidade de contratação foram destinados para quatro pesquisas relacionadas com o projeto World Mosquito Program, que estuda a implementação do método Wolbachia no Brasil, voltado para o controle do mosquito *Aedes aegypti* (tabela 1).

Sobre a diferença na distribuição do número de pesquisas financiadas entre as modalidades de contratação, empregando o teste de Kruskal-Wallis, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa (valor de $p > 0,05$).

Porém, com relação à distribuição de recursos entre as modalidades de contratação da pesquisa, observou-se diferença estatisticamente significativa entre, pelo menos, uma das modalidades de contratação (valor de $p < 0,05$). Dessa forma, aplicou-se o teste de *post-hoc* Nemenyi, em que foi possível observar diferenças estatisticamente significantes entre a modalidade chamadas estaduais (PPSUS) com as demais modalidades (chamadas estaduais e contratação direta – valor de $p = 0,021$; chamadas estaduais e chamadas nacionais – valor de $p = 0,000$) (tabela 1).

Em relação à distribuição do número de pesquisas financiadas pelas regiões do Brasil, verificou-se que instituições sediadas na região Nordeste foram responsáveis por executar o maior número de pesquisas sobre dengue (36,21%), contudo, instituições sediadas na região Sudeste concentraram 77,55% dos recursos (tabela 1).

Observou-se diferença significativa entre, pelo menos, duas regiões, tanto no número de pesquisas fomentadas como na distribuição do valor financiado (Teste de Kruskal-Wallis – valor de $p < 0,05$). Com o teste *post-hoc* Nemenyi, percebeu-se diferença estatisticamente significativa no número de pesquisas entre as regiões Sul e

Nordeste (valor de $p < 0,006$). Já para a distribuição dos valores financiados, a diferença foi estatisticamente significativa entre as regiões Nordeste e Centro-Oeste (valor de $p = 0,018$),

Nordeste e Norte (valor de $p = 0,025$), Sudeste e Centro-Oeste (valor de $p = 0,000$), Sudeste e Norte (valor de $p = 0,000$) e Sudeste e Nordeste (valor de $p = 0,003$) (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das pesquisas sobre dengue financiadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e parceiros por modalidade de contratação da pesquisa e Região do Brasil. Brasil, 2004 a 2020

Variáveis	Número de pesquisas financiadas (%)	Valor financiado em milhões de reais - R\$ (%)	Valor médio financiado em milhões de reais - R\$
Modalidade de Contratação da Pesquisa	Teste Kruskal-Wallis ($p > 0,05$)	Teste Kruskal-Wallis ($p < 0,05$)¹	-
Chamadas Estaduais (PPSUS)*	153 (65,95)	35,32 (21,53)	0,23
Chamadas Nacionais*	72 (31,03)	68,14 (41,54)	0,95
Contratação Direta*	7 (3,02)	60,58 (36,93)	8,65
Região do Brasil	Teste Kruskal-Wallis ($p < 0,05$)¹	Teste Kruskal-Wallis ($p < 0,05$)¹	-
Sudeste£	79 (34,05)	127,22 (77,55)	1,61
Nordeste**£	84 (36,21)	26,93 (16,42)	0,32
Norte£	32 (13,79)	4,03 (2,46)	0,13
Sul**	15 (6,47)	3,63 (2,21)	0,24
Centro-Oeste£	22 (9,48)	2,23 (1,36)	0,1

Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do repositório Pesquisa Saúde²¹.

PPSUS - Programa de Pesquisa para o SUS;

¹Foi aplicado o teste Post-hoc Nemenyi, pois encontrou-se valor estatisticamente significativo (valor de $p < 0,05$) no Teste Kruskal-Wallis, indicando diferenças na distribuição do número de pesquisas financiadas ou valor financiado; *Houve diferença significativa (Teste Post-hoc Nemenyi - valor de $p < 0,05$) na distribuição do valor financiado entre as chamadas estaduais (PPSUS) e contratação direta e entre as chamadas estaduais (PPSUS) e chamadas nacionais; **Houve diferença significativa (Teste Post-hoc Nemenyi - valor de $p < 0,05$) na distribuição da quantidade de pesquisas entre Sul e Nordeste; £ Houve diferença significativa (Teste Post-hoc Nemenyi - valor de $p < 0,05$) na distribuição do valor financiado entre o Nordeste e o Centro-Oeste, entre o Nordeste e o Norte, entre o Sudeste e o Centro-Oeste, entre o Sudeste e o Norte e entre o Sudeste e o Nordeste.

Distribuição do financiamento de pesquisas sobre dengue por região do Brasil e Unidade Federada em comparação à prevalência e mortalidade da doença

Sobre a distribuição do financiamento nas UF do Brasil, instituições localizadas em Minas Gerais e Rio de Janeiro, ambas UF da região Sudeste, realizaram o maior número de pesquisas (31 pesquisas cada; 13,36%), sendo

que Minas Gerais também recebeu o maior financiamento (R\$ 98,51 milhões; 60,05%). Por outro lado, instituições do Pará e do Acre, ambos na região Norte, destacaram-se por executar o menor número de pesquisas (Pará - uma pesquisa; 0,43%) e receber o menor financiamento (Acre - R\$ 0,13 milhão; 0,08%).

Ao comparar os coeficientes médios de prevalência e mortalidade no período de 2004 a 2020, o número de pesquisas contratadas e o valor investido nesse mesmo período,

observou-se que houve desalinhamento entre investimento em pesquisas *versus* a prevalência ou a mortalidade da doença em algumas regiões e UF do Brasil (tabela 2).

Com relação às regiões brasileiras, foi possível notar esse desalinhamento nas regiões Centro-Oeste e Sul. A região Centro-Oeste apresentou a maior prevalência de dengue (843,38/100 mil habitantes), porém, ocupou o penúltimo lugar entre as cinco regiões do Brasil em relação ao número de pesquisas contratadas (22 pesquisas) e último lugar para o valor financiado (R\$ 2,23 milhões). Já a região Sul apresentou o maior coeficiente de mortalidade (0,89/100 mil habitantes) entre as regiões do País, no entanto, foram realizadas apenas cinco pesquisas sobre dengue em instituições sediadas na região, com investimento de R\$

3,63 milhões, ocupando, portanto, o último lugar em relação às demais regiões em número de pesquisas contratadas e o penúltimo em valor financiado.

Dentre as UF, destacaram-se o Acre e Goiás, que apresentaram as 1ª e 2ª maiores prevalências dentre as UF brasileiras (1.169,47/100 mil habitantes e 1.069,80/100 mil habitantes respectivamente); mas em relação ao número de pesquisas contratadas, apareceram em 12º e 9º lugares, e quanto ao valor destinado para essas pesquisas, em 25º e 13º lugares respectivamente. O Rio Grande do Sul também se destacou, pois apresentou a maior mortalidade (1,35/100 mil habitantes) quando comparado às demais UF, entretanto, o estado ocupou a 11ª posição no *ranking* do número de pesquisas contratadas e 18ª do valor financiado (tabela 2).

Tabela 2. *Ranking* do coeficiente de prevalência e mortalidade por dengue, número de pesquisas financiadas e valor financiado de pesquisas sobre dengue pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por Regiões do Brasil e Unidades Federadas. Brasil, 2004-2020

Região do Brasil/Unidade Federada	Coefficiente de prevalência de dengue/100 mil habitantes*	Ranking da prevalência de dengue**	Coefficiente de mortalidade de dengue/100 mil habitantes**	Ranking de mortalidade de dengue***	Número de pesquisas financiadas\$	Ranking do número de pesquisas financiadas\$	Valor financiado em milhões de reais - R\$\$	Ranking do valor financiado\$
Região Norte	257,18	4	0,14	4	32	3	4,03	3
Acre	1.169,47	1	0,39	7	2	12	0,13	25
Amapá	264,08	21	0,66	4	5	9	0,24	21
Amazonas	221,04	22	0,17	16	8	7	1,99	8
Pará	119,09	25	0,63	5	1	13	0,22	23
Rondônia	335,58	16	0,12	20	6	8	0,43	17
Roraima	362,90	14	0,56	6	5	9	0,58	14
Tocantins	486,48	9	0,25	12	5	9	0,44	16
Região Nordeste	274,52	3	0,15	3	84	1	26,93	2
Alagoas	392,12	12	0,16	17	6	8	0,69	11
Bahia	264,89	19	0,12	20	12	5	8,36	5
Ceará	364,47	13	0,18	15	19	3	5,45	6
Maranhão	97,46	26	0,31	10	6	8	0,58	14
Paraíba	264,76	20	0,24	13	3	11	0,39	18
Pernambuco	265,18	18	0,13	19	27	2	9,89	4

Tabela 2. *Ranking* do coeficiente de prevalência e mortalidade por dengue, número de pesquisas financiadas e valor financiado de pesquisas sobre dengue pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde por Regiões do Brasil e Unidades Federadas. Brasil, 2004-2020

Região do Brasil/Unidade Federada	Coeficiente de prevalência de dengue/100 mil habitantes ^{**}	Ranking da prevalência de dengue ^{**}	Coeficiente de mortalidade de dengue/100 mil habitantes ^{**}	Ranking de mortalidade de dengue ^{**}	Número de pesquisas financiadas [§]	Ranking do número de pesquisas financiadas [§]	Valor financiado em milhões de reais - R\$ [§]	Ranking do valor financiado [§]
Piauí	184,97	23	0,13	19	5	9	0,23	22
Rio Grande do Norte	519,10	8	0,21	14	2	12	0,86	9
Sergipe	161,78	24	0,15	18	4	10	0,48	15
Região Centro-Oeste	843,38	1	0,24	2	22	4	2,23	5
Distrito Federal	395,87	11	0,33	8	2	12	0,26	20
Goiás	1.069,8	2	0,16	17	5	9	0,60	13
Mato Grosso	596,26	7	0,28	11	5	9	0,65	12
Mato Grosso do Sul	1.065,58	3	0,25	12	10	6	0,71	10
Região Sudeste	451,11	2	0,13	5	79	2	127,22	1
Espírito Santo	636,58	6	0,32	9	2	12	0,19	24
Minas Gerais	657,27	5	0,02	22	31	1	98,51	1
Rio de Janeiro	398,10	10	0,03	21	31	1	15,38	2
São Paulo	357,49	15	0,84	2	15	4	13,14	3
Região Sul	135,57	5	0,89	1	15	5	3,63	4
Paraná	332,59	17	0,39	7	10	6	2,86	7
Rio Grande do Sul	8,64	28	1,35	1	3	11	0,39	18
Santa Catarina	22,84	27	0,76	3	2	12	0,38	19

Fonte: *Sistema de Informação de Agravos de Notificação^{10,22,23} (dados de 2004-2020); **Sistema de Informação sobre Mortalidade²⁴ (dados de 2004-2020);

§Elaboração própria, a partir dos dados do repositório Pesquisa Saúde²¹, acesso em junho de 2022.

¹Média do coeficiente de prevalência e de mortalidade de dengue durante o período de 2004-2020.

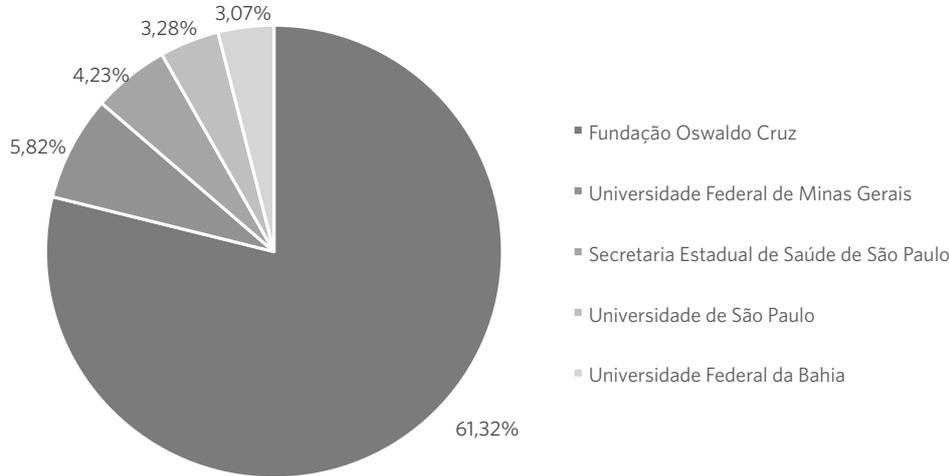
Distribuição do financiamento por instituição beneficiada no Brasil

Ao todo, 80 instituições foram contempladas para realizar pesquisas sobre dengue no Brasil, sendo 22 na região Sudeste, 21 na Nordeste, 14 na Norte, 13 na Centro-Oeste e dez na Sul.

Dentre as cinco instituições que mais receberam recursos financeiros durante o período de 2004 a 2020 para desenvolver as pesquisas, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) destacou-se por concentrar mais de 60% dos recursos

(R\$ 100,59 milhões), com 51 pesquisas, distribuídas entre 8 UF com representação da instituição (17 pesquisas no Rio de Janeiro, 13 em Pernambuco, 7 em Minas Gerais, 5 no Amazonas, 4 na Bahia, 3 em Rondônia, 1 no Ceará e 1 em Mato Grosso do Sul) (*gráfico 2*). A Fiocruz Minas (instituição responsável pela execução das pesquisas sobre o Wolbachia) recebeu 80,61% (R\$ 81,09 milhões) do financiamento total destinado para todas as representações da instituição, o que corresponde à 49,43% dos recursos totais investidos em pesquisas de dengue.

Gráfico 2. Cinco instituições que mais receberam financiamento para desenvolver pesquisas sobre dengue financiadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e parceiros. Brasil, 2004 a 2020



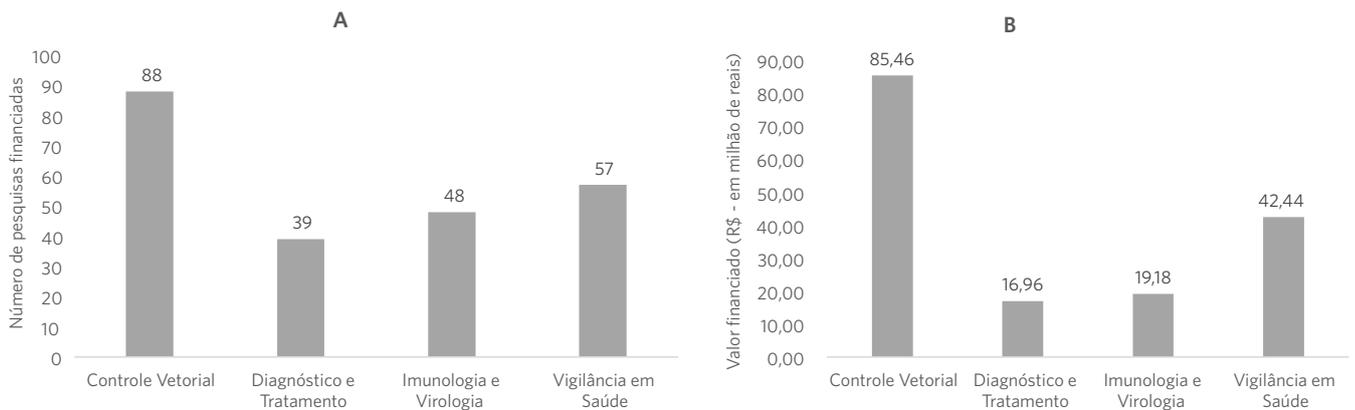
Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do repositório Pesquisa Saúde²¹.

Temas de pesquisa

Com relação aos temas estudados, controle vetorial concentrou o maior número de

pesquisas (37,93% – gráfico 3A) e recursos (52,10% – gráfico 3B), seguido de vigilância em saúde com 24,57% das pesquisas (gráfico 3A) e 25,87% dos recursos (gráfico 2B).

Gráfico 3. Distribuição das pesquisas sobre dengue financiadas pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e parceiros por tema da pesquisa. A: Número de pesquisas financiadas sobre dengue por tema da pesquisa. B: Valor investido nas pesquisas sobre dengue por tema de pesquisa. Brasil, 2004 a 2020



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados do repositório Pesquisa Saúde, acesso em junho de 2022²¹.

Discussão

Entre 2004 e 2020, o Decit do Ministério da Saúde e seus parceiros financiaram 232 pesquisas de dengue, totalizando um investimento de R\$ 164,03 milhões. Ao longo desses anos, a tendência do número de pesquisas contratadas e do financiamento destinado para essas pesquisas foi estacionária, ou seja, não apresentou aumento ou redução. As chamadas estaduais (PPSUS) foram a forma de contratação que mais financiou pesquisas (65,95%), porém, a maior parte dos recursos foi destinada para pesquisas contratadas pelas chamadas nacionais (41,54%). As instituições sediadas na região Sudeste foram responsáveis por executar 77,55% do orçamento. Observou-se diferença estatisticamente significantes na distribuição do financiamento entre as Regiões do Brasil e entre as modalidades de contratação das pesquisas. Além disso, verificou-se ausência de alinhamento entre o financiamento de pesquisa e a prevalência ou mortalidade de dengue nas regiões Centro-Oeste e Sul e nas UF Acre, Goiás e Rio Grande do Sul. O principal tema estudado nas pesquisas foi o controle vetorial (37,93%).

Apesar de o Brasil ter intensa produção científica para dengue¹²⁻¹⁴, o financiamento de pesquisas sobre o tema pelo Decit do Ministério da Saúde demonstrou tendência estacionária ao longo dos anos estudados. No mundo, os investimentos em P&D e a necessidade em buscar novas soluções para enfrentamento da dengue cresceram com o passar dos anos, consequência da sua rápida expansão geográfica e aumento do número de casos¹²⁻¹⁴. A estagnação do financiamento de pesquisas de dengue no Brasil preocupa, pois essa doença continua causando impactos negativos na situação de saúde e socioeconômica do País.

Ainda, é importante atentar-se ao cenário de P&D no Brasil, que está em crise e pode desfavorecer, daqui a alguns anos, os investimentos para pesquisas em dengue. Desde 2013, porém mais intensamente a partir de

2016, os investimentos no setor de P&D vêm sendo reduzidos no Brasil, fruto de medidas de contingenciamento da Emenda Constitucional nº 95/2016. Os cortes orçamentários afetaram drasticamente o pagamento de bolsas e a realização de pesquisas no País^{25,26}.

Com relação às modalidades de contratação das pesquisas, apesar de o recurso destinado pelas chamadas estaduais ser menor, o PPSUS pode ser um importante aliado à realização de pesquisas sobre dengue no Brasil, uma vez que propõe a descentralização de recursos a fim de minimizar as desigualdades de acesso ao financiamento, impulsionar grupos de pesquisa iniciantes e incentivar a resolução de problemas em nível estadual, por meio da priorização de temas pautados por gestores, profissionais de saúde e pesquisadores dos estados brasileiros²⁷.

Já as chamadas nacionais que disponibilizam recursos com maior valor podem facilitar a realização de pesquisas em rede e multicêntricas, além da integração de grupos de pesquisa de vários estados, promovendo o intercâmbio de saberes e o fortalecimento de competências científicas.

Em contrapartida, a modalidade contratação direta, mesmo financiando a menor quantidade de estudos, pode ser positiva para a resolução dos problemas da dengue no Brasil, pois seus recursos são direcionados a pesquisadores com reconhecida competência no tema, como evidenciou os resultados deste estudo, que demonstrou o financiamento de pesquisas para implementação do método Wolbachia para controle do principal vetor de arboviroses – *Aedes aegypti*. Essas pesquisas têm alcançado sucesso com redução da transmissão não só da dengue, mas também de outras arboviroses, como a chikungunya e zika²⁸.

Assim, encontrar equilíbrio no financiamento de pesquisas entre todas as modalidades de contratação é fundamental para qualificar o sistema de pesquisa em saúde implementado pelo Decit do Ministério da Saúde, visando, sobretudo, à avaliação do custo-benefício e à possibilidade de utilização e incorporação dos

resultados no SUS. A implementação de uma política de financiamento para P&D no tema por meio do lançamento de chamadas públicas estaduais, nacionais ou a contratação direta que assegurem a transparência do processo seletivo e tornem o acesso de pesquisadores de todo o País mais equânime, inclusive de grupos emergentes, é importante para auxiliar nas políticas de combate à dengue e para garantir a continuidade das pesquisas.

Observou-se, neste estudo, que instituições localizadas na região Sudeste, principalmente no Rio de Janeiro e em Minas Gerais, realizaram o maior número de pesquisas e receberam o maior financiamento, o que sugere que grupos de pesquisa dessa região conseguem captar mais recursos financeiros para pesquisas e, conseqüentemente, tornam-se mais estruturados. Dados do Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil do CNPq apontam que, em 2016, dos 37.640 grupos de pesquisa cadastrados, 42% estavam localizados na região Sudeste²⁹. Em 2017, a maioria dos títulos de mestres e doutores (47%) foi concedida por programas de pós-graduação de instituições também dessa região³⁰.

Chamou atenção ainda o descompasso quando se comparou a prevalência ou mortalidade por dengue com o número de pesquisas financiadas e o valor investido nessas pesquisas entre algumas regiões e UF do Brasil, demonstrando que é preciso atenção sobre esse panorama, pois, por mais que a dengue afete todo o País, os impactos causados pela doença não são iguais em todos os locais^{31,32}.

Sob outra perspectiva, ressalta-se que estudos realizados por grupos de pesquisa, na maioria das vezes vinculados a instituições de ensino e pesquisa com tradição e *expertise* no tema, localizados em grandes centros, como a região Sudeste, produzem resultados que poderão ser aplicados nacional e internacionalmente.

Diante disso, a implementação de estratégias que qualifiquem e democratizem o acesso aos recursos financeiros para pesquisas de acordo com as necessidades das regiões e UF

do Brasil, e que incentivem a formação de redes de pesquisa para dengue visando propiciar a troca de experiências entre pesquisadores iniciantes e experientes de diversas áreas, impulsionaria a realização de novos projetos e ampliaria a capacidade de acesso ao financiamento disponível.

Adicionalmente, é preciso refletir sobre a implantação da governança de um sistema de pesquisa em saúde que incorpore o monitoramento e a avaliação da qualidade das pesquisas, bem como a utilização dos seus resultados para a tomada de decisão, formulação e implantação de políticas de saúde, visando ao uso eficiente dos recursos e melhoria do desempenho do SUS³³⁻³⁵.

Outro resultado de destaque encontrado foi a temática do controle vetorial como principal assunto das pesquisas. Sem uma vacina totalmente eficaz, o controle vetorial é uma das principais estratégias para prevenção da dengue, entretanto, os métodos utilizados atualmente estão se tornando insatisfatórios, principalmente pelo aumento da resistência do mosquito *Aedes aegypti* aos produtos utilizados no seu controle³⁶. Fitzpatrick e colaboradores³⁷ sugerem que, mesmo com a introdução de uma vacina de eficácia média para dengue, o controle vetorial continua sendo custo-efetivo.

Sendo assim, reconhece-se a importância do financiamento de pesquisas que desenvolvam ou avaliem métodos para controle do vetor da dengue, mas também é preciso compreender que outras temáticas são essenciais para superar as lacunas de conhecimento da doença. Na ANPPS¹⁹, existem 12 temas relacionados com a dengue, incluindo desenvolvimento de vacinas, testes rápidos, avaliação do impacto econômico, avaliação de estratégias nacionais e estaduais de combate. Assegurar o financiamento de pesquisas para dengue, priorizando os temas a serem estudados e levando em consideração as especificidades regionais do Brasil, induzirá a realização de estudos com resultados relevantes para o planejamento e a tomada de decisão das ações para enfrentamento da doença.

Este estudo limitou-se a analisar o financiamento de pesquisas financiadas pelo Decit e parceiros, no âmbito do Ministério da Saúde, ou seja, pesquisas financiadas por outros departamentos do órgão que não contaram com orçamento do Decit não foram incluídas. Além disso, os dados secundários provenientes do repositório Pesquisa Saúde podem conter erros ou ausência de registro de pesquisas.

Considerações finais

A garantia de recursos sustentáveis e em longo prazo de P&D para dengue é elemento-chave para se buscar soluções de enfrentamento da doença e do seu vetor. Os resultados deste estudo demonstraram que não ocorreu aumento ou redução do financiamento de pesquisas sobre dengue ao longo dos anos e que houve diferença na distribuição do financiamento entre as modalidades de contratação das pesquisas e entre as regiões do Brasil. Destacou-se a falta de coordenação entre o financiamento destinado para pesquisas de dengue e sua prevalência ou mortalidade em algumas regiões e UF brasileiras. Esses achados mostram a importância do monitoramento do financiamento de pesquisas para o aprimoramento da política de CTIS e das ações para combate à dengue.

O lançamento de chamadas públicas de âmbito nacional e estadual periodicamente, o fomento de estudos estratégicos para o SUS por meio de contratação direta, atrelada ao monitoramento e à avaliação das pesquisas contratadas, são estratégias que contribuirão

para promover e democratizar o acesso ao financiamento, para reduzir as disparidades na distribuição de recursos financeiros para as pesquisas no Brasil, para a realização de estudos alinhados às necessidades de saúde e com possibilidade de incorporação dos resultados no SUS.

Dessa forma, o financiamento público de pesquisas sobre dengue por intermédio do Decit do Ministério da Saúde pode ser um importante aliado para o fortalecimento da CTIS, para a consolidação de políticas públicas informadas por evidências e para a qualificação da atenção e da vigilância em saúde na temática, uma vez que é objetivo do departamento é o fortalecimento das estruturas e de grupos de pesquisas para atendimento às necessidades de saúde da população brasileira e do SUS¹⁵.

Colaboradores

Melo GBT (0000-0002-6758-0834)* contribuiu para a concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão final do manuscrito. Angulo-Tuesta A (0000-0002-3231-5918)* contribuiu para a concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Silva EN (0000-0002-3115-3996)* contribuiu para a revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Obara MT (0000-0001-6872-0096)* contribuiu para a concepção e desenho do estudo, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
2. World Health Organization. Health Topics - Neglected Tropical Diseases. 2020 [acesso em 2022 jun 2025]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_3.
3. Paula FFB, Zicker F. Dengue research networks: building evidence for policy and planning in Brazil. *Health res. policy sys.* 2016 [acesso em 2022 jun 10]; 14(1):1-10. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-016-0151-y>.
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Dengue. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/dengue>.
5. Pan American Health Organization. Evaluation of Innovative Strategies for Aedes aegypti Control: Challenges for their Introduction and Impact Assessment. Washington, D.C.: PAHO; 2019.
6. Araújo VEM, Bezerra JMT, Amâncio FF, et al. Increase in the burden of dengue in Brazil and federated units, 2000 and 2015: analysis of the Global Burden of Disease Study 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 2017 [acesso em 2022 jun 17]; 20(25000192049):205-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/LSLvTbD7jfD7r5BbD7dzWcP/?format=pdf&lang=en>.
7. Horstick O, Tozan Y, Wilder-Smith A. Reviewing dengue: still a neglected tropical disease? *Plos. negl. trop. dis.* 2015 [acesso em 2022 jun 10]; 9(4):e0003632. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003632>.
8. World Health Organization. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030: overview. Geneva: World Health Organization; 2020.
9. Johansen IC, Carmo RL, Alves LC, et al. Environmental and demographic determinants of dengue incidence in Brazil. *Rev. salud pública.* 2018 [acesso em 2022 jun 15]; 20(3):346-51. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n3/0124-0064-rsap-20-03-346.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue de 2014 em diante (Doenças de Agravos de Notificação – 2007 em diante – SINAN): Dengue – notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/denguebbr.def>.
11. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
12. Mota FB, Paula FFB, Galina AC, et al. Mapping the dengue scientific landscape worldwide: A bibliometric and network analysis. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 2017 [acesso em 2022 jun 15]; 112(5):354-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mioc/a/dYTWdsWkcQhWFG38WvXNYgk/?format=pdf&lang=en>.
13. Katzelnick LC, Coloma J, Harris E. Dengue: knowledge gaps, unmet needs and research priorities. *Lancet, Infect. dis.* 2018 [acesso em 2022 jun 15]; 17(3):e88-100. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(16\)30473-X/full-text](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(16)30473-X/full-text).
14. Liu SY, Chien TW, Yang TY, et al. A bibliometric analysis on dengue outbreaks in tropical and sub-tropical climates worldwide since 1950. *Int. j. environ. res. public health.* 2021 [acesso em 2022 jul 2]; 18(6):1-16. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/3197>.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Sobre o Decit. [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/decit>.
16. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dis-

- põe 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. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 18. Tenorio M, Mello GA, Vianna ALD. Políticas de fomento à ciência, tecnologia e inovação em saúde no Brasil e o lugar da pesquisa clínica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 jul 8]; 22(5):1441-1454. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pZ9QSLHJcp9mkCwRnrTjzLK/?format=pdf&lang=pt>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 20. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 [acesso em 2022 jul 12]; 24(3):565-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zzG7bfRbP7xSmqgWX7FfGZL/?format=pdf&lang=pt>.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Pesquisa Saúde. [acesso em 2022 jun 2]. Disponível em: <https://pesquisasaude.saude.gov.br/>.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças e Agravos de Notificação – 2001 a 2006 (SINAN). [acesso em 2022 ago 12]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-2001-a-2006-sinan/>.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças e Agravos de Notificação – 2007 em diante (SINAN). [acesso em 2022 ago 12]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/>.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade – desde 1996 pela CID-10. [acesso em 2022 ago 12]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>.
 25. Leta J, Araújo KM, Silveira Guedes VL. Ciência brasileira em crise: a ciência em rede como estratégia de enfrentamento. *EQ*. 2018 [acesso em 2022 jul 12]; (24):1. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/90959/52294>.
 26. Moura EG, Camargo Junior KR. A crise no financiamento da pesquisa e pós-graduação no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2022 jul 12]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CXqQmCQGByC9GZWWQpp3LTBy/?format=pdf&lang=pt>.
 27. Souza GF, Calabró L. Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2022 jul 18]; 41(esp):180-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FcYnRc8GRMBYThYG49SVnGJ/?format=pdf&lang=pt>.
 28. Gesto JSM, Pinto SB, Dias FBS, et al. Large-Scale Deployment and Establishment of *Wolbachia* Into the *Aedes aegypti* Population in Rio de Janeiro, Brazil. *Front. microbiol*. 2021 [acesso em 2022 jul 18]; (12):1-11. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2021.711107/full>.
 29. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Grupos por Região: distribuição dos grupos de pesquisa segundo região geográfica. [acesso em 2022 jul 20]. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/por-regiao>.
 30. Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. Brasil: Mestres e Doutores. [acesso em 2022 jul 20]. Disponível em: <https://mestresdoutores2019.cgee.org.br/web/guest/-/desconcentracao-pos-graduacao>.
 31. Andrioli DC, Busato MA, Lutinski JA. Spatial and temporal distribution of dengue in Brazil, 1990-2017. *PLoS. ONE*. 2020 [acesso em 2022 jul 25]; 15(2):1-13. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0228346>.
 32. Almeida IF, Lana RM, Codeço CT. How heteroge-

- neous is the dengue transmission profile in Brazil? A study in six Brazilian states. *Plos negl. trop. dis.* 2022 [acesso em 2022 jul 25]; 16(9):1-20. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0010746>.
33. Hanney SR, Kanya L, Pokhrel S, et al. How to strengthen a health research system: WHO's review, whose literature and who is providing leadership? *Health res. policy sys.* 2020 [acesso em 2022 jul 28]; 18(72):1-12. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00581-1>.
 34. Ramos MC, Silva EN. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2022 jul 28]; 42(116):296-306. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cqW4QSyxNcKGPrz9vtGjPwb/?format=pdf&lang=pt>.
 35. Kneale D, Rojas-García A, Thomas J. Obstacles and opportunities to using research evidence in local public health decision-making in England. *Health res. policy sys.* 2019 [acesso em 2022 jul 20]; 17(61):1-11. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-019-0446-x>.
 36. Bardach AE, García-Perdomo HA, Alcaraz A, et al. Interventions for the control of *Aedes aegypti* in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *Trop. med. in.t health.* 2019 [acesso em 2022 jul 18] 24(5):530-52. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.13217>.
 37. Fitzpatrick C, Haines A, Bangert M, et al. An economic evaluation of vector control in the age of a dengue vaccine. *Plos negl. trop. dis.* 2017 [acesso em 2022 jul 19]; 11(8):1-27. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0005785>.

Recebido em 29/10/2022

Aprovado em 05/04/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Eficiência em saúde pública: a trajetória de um conceito proveniente da engenharia

Efficiency in public health: the trajectory of a concept from engineering

Janiele Cristine Peres Borges¹, Ronaldo Bordin¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313818

RESUMO A temática mais geral desta pesquisa diz respeito à eficiência na administração pública e sua manifestação na saúde pública. Em um contexto neoliberal, marcado por políticas de austeridade, em que as restrições orçamentárias em relação às políticas sociais são um dos aspectos principais, a análise sobre o que significa eficiência torna-se uma questão de pesquisa relevante. As diferentes ideias sobre eficiência, constituídas e modificadas ao longo da história, exercem influência na gestão dos recursos públicos. Neste sentido, este artigo tem como objetivo descrever a trajetória de desenvolvimento do conceito de eficiência na administração pública, mais especificamente na área de saúde pública. Para alcançar este objetivo, foi realizado um ensaio teórico, no qual desenvolve-se um argumento teórico-analítico destinado a orientar pesquisas empíricas em relação ao tema da eficiência na gestão em saúde. Este argumento é baseado em três pressupostos: ao longo de um século de desenvolvimento do conceito de eficiência na administração pública, este conceito ainda é fortemente carregado de pressupostos oriundos da engenharia; esses pressupostos, por sua vez, se conectam diretamente com princípios da economia neoclássica, que estão na base de perspectivas neoliberais aplicadas à gestão pública; e na área da saúde, o conceito de eficiência fundado apenas em pressupostos da economia de mercado é insuficiente, necessitando ser articulado aos conceitos de eficácia e efetividade.

PALAVRAS-CHAVE Eficiência. Administração pública. Gestão em saúde.

ABSTRACT *This article aims to describe the development trajectory of the concept of efficiency in public administration, more specifically in the area of public health. To achieve this objective, a theoretical essay was carried out, in which a theoretical-analytical argument was developed to guide empirical research in relation to the issue of efficiency in health management. This argument is based on three assumptions: over a century of development of the concept of efficiency in public administration, this concept is still heavily loaded with assumptions from engineering; these assumptions, in turn, are directly connected with principles of neoclassical economics, which underlie neoliberal perspectives applied to public management; and in the health area, the concept of efficiency based only on market economy assumptions is insufficient, needing to be articulated with the concepts of efficacy and effectiveness.*

KEYWORDS *Efficiency. Public administration. Health management.*

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
janieleperes@gmail.com



Introdução

A temática mais geral deste estudo diz respeito à trajetória do conceito de eficiência na administração e seus desdobramentos na gestão pública, mais especificamente na gestão em saúde. Trata-se de um conceito que têm ganhado cada vez mais destaque na arena pública e um papel proeminente na avaliação de políticas públicas. Conforme Jannuzzi¹ a eficiência tem sido privilegiada em detrimento de outros elementos constitutivos do processo de avaliação das políticas públicas e sociais. Essa proeminência foi definida pelo autor como ‘eficiencismo’, um critério que toma a eficiência como prioritária e preferencial em relação a qualquer outro valor público, destaque esse reiteradamente justificado pela necessidade de adaptar as políticas públicas à política fiscal¹.

A crise financeira e orçamentária dos sistemas nacionais de saúde, em muitos casos acentuada pela pandemia de Covid-19, aprofunda aspectos relacionados à gestão em saúde e intensifica a disputa por fundos públicos em todos os níveis de atenção à saúde. Nesse contexto, a eficiência tem sido elevada como necessária à otimização no uso dos recursos para o enfrentamento da crise. Salienta-se que a ênfase no debate sobre eficiência, em um contexto neoliberal, é acompanhada por propostas de redução do Estado, e recai sobre o aparato governamental uma acusação de ineficiência. Diante disso, as soluções apresentadas salientam a necessidade de buscar a eficiência, no que tange ao uso dos recursos públicos, da mesma forma ou mesmo na esfera privada, com privatizações, terceirizações e parcerias público-privadas.

O debate sobre eficiência na gestão pública foi abordado a partir de diferentes perspectivas e posicionamentos. Tanto que ao longo do século XX predominou um entendimento que vincula a noção de eficiência ao planejamento por parte dos órgãos governamentais, no sentido de promover políticas públicas em larga escala. Burocracias implementadoras,

com treinamento e capacitação, seriam responsáveis por alcançar níveis de eficiência nas ações governamentais capazes de atender às demandas societais. Entretanto, diante da crise do chamado consenso keynesiano, do pós-Guerra, e da chegada de Margareth Thatcher e Ronald Reagan, respectivamente no governo do Reino Unido e dos Estados Unidos (1979 e 1980), a ascensão de um ideário que destacava a ineficiência dos governos em atender a contento as demandas das populações foi sacramentado. A partir desse período, a noção de eficiência passa a ser vista predominantemente como uma questão fiscal².

Em um contexto neoliberal, marcado por políticas de austeridade, em que as restrições orçamentárias em relação às políticas sociais são um dos aspectos principais, a análise sobre o que significa eficiência torna-se uma questão de pesquisa relevante. A literatura tem evidenciado que o que se entende por eficiência na administração pública tem sido historicamente objeto de disputa. Conforme O’Keeffe³⁽²⁰⁾, “os discursos políticos frequentemente citam a eficiência como uma ambição primária da política, mas usam esse termo vagamente”. Neste sentido, o presente ensaio busca responder ao seguinte problema de pesquisa: qual a trajetória da eficiência na administração pública e seus reflexos para a área de saúde pública?

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever a trajetória de desenvolvimento do conceito de eficiência na administração pública e seus desdobramentos na área de saúde pública. Neste trabalho, desenvolve-se um argumento teórico-analítico destinado a orientar pesquisas empíricas em relação ao tema: eficiência na gestão em saúde. Este argumento é baseado em três pressupostos: (1) ao longo de um século de desenvolvimento do conceito de eficiência na administração pública, este conceito ainda é fortemente carregado de pressupostos oriundos da engenharia; (2) esses pressupostos, por sua vez, se conectam diretamente com princípios da economia neoclássica, que estão na base de perspectivas neoliberais aplicadas à gestão

pública; e (3) na área da saúde, o conceito de eficiência fundado apenas em pressupostos neoliberais é insuficiente, necessitando ser articulado aos conceitos de eficácia e efetividade.

Nesse sentido, trata-se de uma argumentação em prol de uma perspectiva complexa do conceito de eficiência, indo além da lógica exclusiva de mercado. Desta maneira, torna-se possível uma abordagem de eficiência para a saúde pública que seja capaz de atender as demandas públicas em sociedades complexas. Isso ficou claro no episódio recente da pandemia de Covid-19, quando o papel da governança pública na gestão em saúde ficou evidenciado⁴.

Para que se chegasse a este resultado, foi realizado um ensaio a partir de fontes bibliográficas e documentos públicos. A concepção de ensaio adotada é aquela descrita por Meneguetti⁵⁽³²³⁾, segundo a qual “o ensaio não requer um sistema ou modelo específico, pois seu princípio está nas reflexões em relação aos próprios sistemas ou modelos”. Tendo em vista que se trata da apresentação histórica de um conceito, salienta-se que este trabalho foi desenvolvido a partir da concepção de que todo conceito é constituído e modificado a partir dos contextos nos quais se insere⁶. Nesse sentido, buscou-se fontes de dados que permitissem encontrar o emprego do termo eficiência, do seu surgimento até a sua incorporação na gestão em saúde. Tendo em vista a amplitude destes eventos, optou-se pela realização de um recorte a partir dos principais elementos que constituem estes contextos.

Para tanto, este trabalho está dividido em quatro seções, além desta introdução: a primeira delas aborda a incorporação de um conceito da engenharia por disciplinas das ciências sociais, como Administração e Economia; a segunda seção explora a presença do conceito de eficiência na administração pública, o que se deu desde a sua formação enquanto área de estudo; já a terceira seção destaca a questão da eficiência aplicada na gestão em saúde, com enfoque para a saúde pública. Por fim, a última seção apresenta as considerações finais.

Eficiência na administração: a influência da engenharia de motores

Na literatura, a discussão sobre o significado de eficiência e sua aplicação na administração é bastante ampla. Callender e Johnston⁷ destacam que a palavra eficiência possui muitos significados e o próprio entendimento do termo depende da forma com que é empregado, seja em diferentes línguas ou diferentes disciplinas. Quanto ao aspecto linguístico, o significado do termo no inglês britânico não é o mesmo dos Estados Unidos ou mesmo da língua francesa. Segundo os autores, no inglês britânico o termo designa desempenho adequado, enquanto nos Estados Unidos e na França indica um padrão específico de desempenho. No que concerne à aplicação do termo em diferentes disciplinas, é possível percebê-lo em áreas como filosofia, engenharia, contabilidade, economia, dentre outras. Na administração, o termo sofreu influência da filosofia, da economia e da engenharia.

Apesar dessa amplitude, alguns autores reúnem dois principais significados: um com raízes na filosofia e outro na engenharia^{8,9}. A definição filosófica de eficiência compreende a noção de força, energia ou causa, compreensão cuja origem se encontra na filosofia aristotélica. O conceito de eficiência em Aristóteles deriva de seu trabalho sobre a natureza do conhecimento e, como tal, faz parte da história da filosofia da ciência. Mais especificamente, o conceito empregado é de causa eficiente e compõe a teoria da causalidade desenvolvida pelo filósofo. A causa eficiente diz respeito àquilo que origina a mudança: o agente alterador que promove a transformação e, por sua vez, precede o efeito⁸.

Ainda que exista essa primeira compreensão, com o advento da máquina a vapor e o desenvolvimento dos maquinários para a produção industrial, eficiência passou a caracterizar o potencial produtivo de motores. Esta

compreensão foi empregada originalmente na engenharia de motores por Rankine, um engenheiro que utilizou o termo para designar a relação entre o que o motor recebe de calor e o trabalho útil que realiza^{8,10,11}. O conceito de eficiência que surge ao redor das máquinas, como forma de otimização de suas capacidades, é transposto para as relações interpessoais na indústria^{8,10,11}.

Na administração, a eficiência ocupou um papel de destaque na primeira metade do século XX: o aumento da eficiência, dos trabalhadores ou do maquinário, estava relacionado ao desenvolvimento de modos de trabalho focados no processo produtivo^{12,13}. Nesse período, medir e controlar a ação do homem para que se pudesse estabelecer parâmetros de produção tornou-se um fator importante. Conforme Marques e Lopes¹¹⁽⁹⁴⁾, a “maximização da utilidade individual torna-se não apenas um meio, mas um valor em si mesmo”. Essa compreensão normativa de eficiência é introduzida na indústria, de forma mais evidente, por Frederick Taylor.

1. Assim, a definição contemporânea de eficiência compreende principalmente um cálculo que visa à otimização dos meios em relação aos fins. Segundo Rutgers e van der Meer⁸, no decorrer da história, a noção de eficiência proveniente da engenharia passou a ser predominante, sem, contudo, perder pressupostos das ciências exatas. A incorporação desse como um dos principais conceitos da administração compreende três eixos principais: o processo de racionalização no ocidente moderno; a organização racional do trabalho; e a noção do *homo economicus*. A partir disso, é possível compreender a presença de uma determinada concepção de eficiência, a qual ainda, conforme destacado na sequência do texto, permanece presente.

Diferentemente do que ocorreu em outras partes do mundo, o ocidente moderno passou por um processo de racionalização específico, o qual é

Resultado da influência da cosmovisão protestante sobre a cultura ocidental, com sua ética de caráter prático (ascetismo) e sua orientação para o mundo através do trabalho metódico e racional¹⁴⁽⁵⁷⁸⁾.

A relação do homem com o mundo é transformada à medida que a natureza, os demais indivíduos e a própria subjetividade são situados à disposição da vontade humana¹⁴.

Sell¹⁴ mostra que o processo de racionalização em Weber pode ser compreendido em três níveis: individual, cultural e social. O primeiro se relaciona à ação social; o segundo corresponde à explicação sobre a gênese do processo de racionalização; já o terceiro diz respeito à materialização sócio-institucional desse processo nas diferentes esferas (economia, arte, política, dentre outras). O fato de que na administração predomina o entendimento da eficiência como um cálculo remete à materialização do processo de racionalização no nível sócio-institucional, no qual a expansão da racionalidade formal é um dos fenômenos principais.

A racionalidade formal é um conceito desenvolvido por Weber como um tipo ideal, caracterizado por regularidades de ação nas quais a relação entre meios e fins se estabelece em referência a normas, leis e regulamentos. Esse cálculo ocorre sem consideração às pessoas – as orientações para os cálculos não são os interesses ou necessidades dessas. A autonomia das regras é central neste ponto, porque a lei, regra/regulamento, diz respeito às pessoas, mas não está subordinada a elas. Os indivíduos não precisam fazer o cálculo utilitário de consequências, pois a relação entre meios e fins está colocada nas regras^{15,16}.

Com contornos limitados após a Revolução Industrial, a racionalidade formal está relacionada ao desenvolvimento do capitalismo moderno. Os cálculos são realizados tendo como referência as leis de mercado e podem se materializar nas organizações sob a forma de normas e regulamentos. O caráter formalmente racional de uma gestão econômica, segundo

Weber¹⁶, está relacionado a cálculos e números orientados pelas regras. Kalberg¹⁵ mostra que a racionalidade formal aumenta quanto mais esses cálculos são orientados pelas leis de mercado. Eficiência pode ser compreendida como ‘regra’ do cálculo que faz a mediação entre meios e fins, visando a otimização daqueles em relação a estes.

Dentro das empresas, o processo de racionalização se consolidou como organização racional do trabalho, a qual foi orientada pelo critério da eficiência. Vale lembrar que se trata de um critério de aumento da eficiência das máquinas que foi transposto para a organização do trabalho, em um processo no qual aquelas serviram de modelo para esta. Morgan¹⁷ descreve as primeiras teorias da administração através de uma metáfora da organização como máquina, dentro das quais os trabalhadores eram vistos como peças. As empresas e os trabalhadores foram concebidos como uma ideia abstrata, que exigia do trabalhador, ao adentrar no portão da empresa, um descompromisso com o seu passado de experiências e um foco apenas nas tarefas predeterminadas que lhe incumbiam¹⁸. Assim, a procura por aumentar a eficiência se dava “por meio da redução da liberdade de ação do operário”¹⁷⁽³⁸⁾. A organização racional do trabalho culminou com a formalização das tarefas a serem desempenhadas e um improvável ajustamento perfeito dos trabalhadores¹⁸.

Dentro dessa perspectiva, os trabalhadores são representados pela noção de *homo economicus* – construção teórica que postula o autointeresse calculado como a principal motivação humana. Assim, o trabalhador é visto como um agente calculador e racional com base em postulados como o individualismo, o comportamento otimizador, a racionalidade absoluta e a universalidade desta concepção. Na noção de *homo economicus*, o ser humano é concebido como atomizado e autointeressado, o que representa que a preocupação com o bem-estar do outro ocorre na medida em que o seu próprio bem-estar é afetado. Dessa forma, mesmo a ação altruísta ocorreria em virtude

de uma motivação individualista e qualquer consideração moral estaria subordinada à maximização da utilidade individual. Esta perspectiva desconsidera que a mente humana é condicionada por emoções, conhecimento, aspectos culturais e experiências vividas¹⁹.

A organização racional do trabalho alinhada a uma visão do trabalhador enquanto *homo economicus* produziu em torno do conceito de eficiência um ideal de aproveitamento absolutamente equilibrado entre recursos disponíveis e resultados obtidos. Este conceito advém das ciências exatas para as ciências sociais – economia e administração – e incorpora pressupostos de uma eficiência absoluta. A eficiência é absoluta, na engenharia, quando a quantidade produzida é idêntica à quantidade empregada, ou seja, não há desperdício de energia. No entanto, nas ciências sociais, raramente é possível medir produto e fatores empregados na produção em unidades comparáveis¹⁰.

Assim, ser eficiente na indústria implica necessariamente em uma busca mecânica pela redução de custos. Esse objetivo, entretanto, revela-se extremamente mais complexo quando se tenta adaptá-lo para governos e sistemas públicos de saúde.

Eficiência na administração pública: o debate em torno da escassez de recursos

Na administração pública, a eficiência já aparece no ensaio seminal de Woodrow Wilson²⁰, publicado em 1887 e considerado um marco histórico na formação da administração pública enquanto área de estudo. A manutenção de um termo democrático era defendida como dependente da eficiência no uso dos recursos públicos²¹. Aqui, estava presente a ideia de que a ciência deveria ser utilizada para resolver problemas governamentais e orientar as decisões e ações nessa esfera.

Conceitos como eficiência, economia e ciência passam a permear a cena pública, na defesa de

uma orientação profissional para a ação governamental. O papel da administração seria o de executar, da forma mais eficiente, os propósitos definidos no âmbito político. Havia os primórdios do que depois se constituiria como separação entre política e administração²⁰. Entretanto, o significado de eficiência, para a esfera pública, não era homogêneo e passou a ser objeto de disputa. As questões em voga diziam respeito à redução dos gastos públicos e à melhoria dos serviços prestados. Assim, passa pelas discussões se a eficiência poderia ser tratada de forma normativa, como um valor público, ou se ela seria um critério objetivo e científico²¹.

Esse processo de elevação da eficiência para parametrizar a administração pública levou diversos agentes a indicarem o que queriam dizer ou entendiam quando empregavam o termo como critério para a ação governamental. Alguns enfatizaram que eficiência não necessariamente indicava gastos governamentais reduzidos, outros que o termo indicava população livre de doenças e boas escolas. O foco, reforçavam eles, estava em combater o desperdício de recursos para que fossem bem empregados em outros âmbitos^{9,22}.

Como forma de confrontar essa corrente, autores começaram a falar em economia social e eficiência social. A crítica se pautava na ideia de que os termos eficiência e economia representavam uma abordagem simplista que se referia a questões administrativas e não governamentais ou sociais; e isso acarretaria no alcance de resultados imediatos às custas de valores fundamentais ou sociais⁹. Gulick²³ destacava que a eficiência poderia ser erguida como um valor para a administração pública, desde que submetida a valores da política e da ordem social. Já Waldo⁹⁽²⁰²⁾ nega a possibilidade de a eficiência ser concebida como um valor, pois, para o autor, algo não é em si eficiente ou ineficiente. Ele questiona: “Eficiente para quê? Eficiência por eficiência não tem sentido? A eficiência não é necessariamente medida em termos de outros valores?”.

Waldo⁹ também combatia a ideia da eficiência como um critério objetivo, neutro e

científico, afastando-se daqueles que, no início do século XX, defendiam uma administração pública que se baseava no conhecimento científico para substituir a moral. Ele enfatiza sua contrariedade a essa visão ao justificar que, por parecer imparcial ou científica, serviria a determinados fins. Para Waldo⁹, a eficiência depende dos propósitos, tanto os efeitos quanto os objetivos são uma concepção normativa. O julgamento, para ele, está na mente de cada um e não fora dela.

Apesar de no período subsequente haver um declínio da ideia de eficiência e da economia como centrais para a administração pública, ela retorna após a década de 1940, principalmente com os estudos de Simon e do positivismo lógico. A partir disso, economia e eficiência são reafirmadas como princípios para guiar a administração pública, assim como a separação entre administração e política²¹. O positivismo lógico prevê a separação entre fatos e valores. Valores estariam no âmbito do dever ser, da ética, da moral e, logo, da política; já os fatos seriam passíveis de análise científica¹¹. Enquanto Simon¹¹ defendia a separação entre fatos e valores, Waldo²¹ questionava a utilidade do positivismo lógico como perspectiva analítica. Segundo esse autor, o positivismo lógico faz uma distinção na lógica e a emprega como uma distinção na vida, quando em verdade “não há domínio de decisões factuais das quais os valores sejam excluídos”²¹⁽⁹⁷⁾.

Houve, na metade do século XIX, o desenvolvimento de um aparato burocrático que se baseava no conhecimento e na ciência para produzir ações eficientes na esfera governamental. Ainda que houvesse disputas do que significava um governo eficiente, estava presente uma ideia de regulamentação por parte do Estado como solução para as falhas do mercado. Nesse período desenvolveram-se os chamados Estados de Bem-Estar Social, através da expansão de um aparato administrativo burocrático que visava à proteção social e à prestação de serviços diretamente pelo Estado, em áreas como saúde e educação, por exemplo²⁴.

Apesar dessas discussões no âmbito acadêmico, desenvolvidas por autores clássicos no que tange o debate sobre eficiência na administração pública, em meados dos anos 1970 e 1980, surge um movimento que cobrava dos líderes eleitos uma redução dos impostos, desregulamentação dos mercados, redução do aparato burocrático e eliminação das ineficiências. A defesa era de que a aplicação de técnicas do setor privado e com agências governamentais atuando como empresas os problemas da esfera pública poderiam ser solucionados²⁴. A eficiência é novamente mobilizada juntamente com o ideário neoliberal, um conjunto de ideias e políticas que começam a ganhar a cena pública e a arena governamental, em diferentes países.

Ainda que o termo eficiência esteja presente desde a formação da administração pública enquanto área de conhecimento científico, ele ganha um papel de destaque diante da crise dos Estados de Bem-Estar Social e do avanço do ideário neoliberal. Entretanto, o elemento central está na defesa de que o setor privado é mais eficiente na produção de bens e serviços. Este argumento é mobilizado como justificativa para diminuição da máquina administrativa do Estado e aplicação de técnicas das empresas privadas como solução para as organizações públicas, acusadas de ineficiência^{2,24}. A esse respeito Santos²⁵⁽²³⁾ destaca que

a proposição da retração do papel do Estado sobre a administração e provisão da seguridade social e sobre o melhor comportamento dos mercados, se baseou em um dos eixos do paradigma neoliberal, que é a crença de que a produção é feita com maior eficiência no setor privado que no público.

Para Santos²⁵, a economia neoclássica resgatou o Equilíbrio de Pareto para argumentar em defesa da superioridade da eficiência do mercado. No entanto, essa é uma teoria desenvolvida com base na ideia de mercado

perfeito, o que não se aplica à área de saúde. A ideia de concorrência perfeita, ainda no sentido de Pareto, não pode ser transposta diretamente para a área de saúde, pois trata-se de um mercado imperfeito ou quase mercado, no qual as leis de mercado não se aplicam e, logo, não são desejáveis para sua regulação²⁵.

Preker e Harding²⁶ destacam que, para a economia neoclássica, há uma clara cisão entre bens privados e bens públicos, os quais devem ser produzidos e fornecidos respectivamente por mercados competitivos e monopólios do setor público. Dentro desta perspectiva, bens privados serão alocados de forma mais eficiente através de forças competitivas em um mercado perfeito. Entretanto, a maior parte dos produtos e serviços de saúde não pode ser enquadrado como bens públicos ou privados perfeitos.

Conceitualmente,

uma alocação de recursos seria Pareto-eficiente se não fosse possível aumentar o bem-estar de uma pessoa sem diminuir o bem-estar de outra, dadas as restrições de recursos e tecnologia existentes²⁷⁽²⁴⁰⁹⁾.

Sendo que, neste ponto, encontra-se o ótimo de Pareto. O conceito de eficiência em Pareto diz respeito à otimização dos recursos disponíveis segundo o cálculo de utilidade, dentro do qual a concepção de indivíduo se enquadra dentro do *homo economicus*, destacado na seção anterior. A partir da década de 1970, diante de um contexto de crise, os valores em torno da concepção de otimalidade em Pareto parecem estar mais presentes no cenário econômico e na sociedade, ou seja, a ideia de reduzir custos de bens individuais²⁸.

Sen²⁹ discute as limitações do conceito de utilidade empregado na teoria de Pareto para julgar o bem-estar. Além disso, o autor também questiona a dimensão ética do ótimo de Pareto, dentro do qual podem coexistir algumas pessoas em pobreza extrema e outras em riqueza absoluta; situação em que as primeiras não podem melhorar a sua condição

sem diminuir o bem-estar das segundas. Brousselle, Lachaine e Contandriopoulos³⁰⁽¹⁸⁴⁾ corroboram com a crítica à teoria de Pareto ao afirmarem que “essa norma nada tem a ver com os critérios de equidade e justiça”.

Oliveira e Paula³¹, ao abordarem o princípio da eficiência como parte das recomendações para implementação de uma administração pública gerencial, questionam se a eficiência na administração pública deveria ser parametrizada pelos mesmos critérios da gestão empresarial. As autoras argumentam que, no ideário neoliberal, a busca pela eficiência é apresentada como dimensão factual, da qual deve ser afastada a dimensão valorativa.

Entretanto, o âmbito dos valores está intimamente relacionado ao contexto histórico e o ideário neoliberal está fortemente ancorado nos valores individuais, o que pressupõe pensar a sociedade e as soluções para as crises a partir de uma lógica privada. Conforme destacado acima, as primeiras políticas neoliberais apresentadas e implementadas foram de ordem gerencial, com a introdução de mecanismos de gestão do mercado nas organizações públicas. Entretanto, a partir da crise de 2008, a austeridade fiscal aparece como umas das principais soluções para o seu enfrentamento e a noção de eficiência é tratada como uma questão fiscal³².

Um dos reflexos das políticas de austeridade no Brasil é a implementação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016, que instituiu o limite constitucional dos gastos e representa uma redução na participação do Estado na prestação dos serviços públicos. Diante da limitação dos recursos financeiros, humanos e físicos, a eficiência dos sistemas de saúde tem ocupado, cada vez mais, um espaço de destaque. Entretanto, este espaço é caracterizado principalmente como uma redução mecânica nos custos com vistas à austeridade fiscal. Na próxima seção, apresenta-se um enfoque para este debate mais amplo, na área da saúde, com o objetivo de descrever o modo como o conceito de eficiência é empregado na gestão em saúde.

Eficiência e saúde pública

A área de saúde é impactada por debates que ocorrem no âmbito mais amplo da administração pública. Dentre estes, a austeridade fiscal tem exercido forte influência nos sistemas de saúde nos últimos anos. Diante deste contexto, a eficiência tem sido considerada um importante critério em momentos de crise financeira; entretanto, cabe um questionamento quanto às avaliações e aos conceitos empregados na área da saúde. Conforme Marinho e Ocké-Reis³³⁽¹⁰⁾, “a eficiência deve ser cotejada com a eficácia e a efetividade das ações clínicas e epidemiológicas, garantindo o bem estar da sociedade”. Deste modo, cabe um esclarecimento quanto a algumas diferenças conceituais, tendo em vista que os termos eficiência, eficácia e efetividade são frequentemente confundidos.

Na área da saúde, o conceito de eficácia pode ser considerado subjacente ao de efetividade, aplicado principalmente em condições controladas ou experimentais. A eficácia diz respeito ao alcance dos objetivos desejados (em uma situação ideal), ou seja, se refere a noção de que os processos devem contribuir para gerar esses resultados pretendidos. Já a efetividade, compreende os efeitos de determinada intervenção sobre indivíduos de uma população, logo, está diretamente relacionada à implementação das ações em saúde. Em ambos os conceitos, diferentemente do de eficiência, os meios não são considerados³³⁻³⁵.

Segundo Viacava³⁶, o conceito de eficiência varia segundo valores, princípios e concepções existentes sobre o que é ser eficiente; o autor alerta, ainda, que essas diferentes perspectivas têm implicações para a área de saúde, já que as pesquisas sobre a temática exercem influência na produção de políticas de saúde. Abaixo apresentam-se os conceitos de eficiência presentes na área da saúde; entretanto, é importante salientar que há divergência entre os autores quanto às definições e formas de avaliação. Marinho e Ocké-Reis³³ destacam

três definições diferentes de eficiência: eficiência técnica; eficiência alocativa ou distributiva; e eficiência de escala.

Eficiência técnica é definida como uma relação quantitativa entre os insumos utilizados e os insumos necessários para determinado nível de produção. Ou ainda, uma relação quantitativa entre insumos e nível de produção. Para Marinho e Ocké-Reis³³, produção é definida tanto como produtos em saúde (*outputs*) quanto como resultados em saúde (*outcomes*). Os primeiros podem ser medidos, por exemplo, levando-se em consideração o número de pacientes tratados e o número de consultas médicas, ao passo que os últimos, com base no aumento da qualidade e da expectativa de vida. Para Hurst e Jee-Hughes³⁷, resultados em saúde estão mais próximos do conceito de efetividade do que produtos em saúde estão.

O conceito de eficiência alocativa compreende uma relação entre o custo observado e o custo mínimo. Logo, trata-se da “combinação menos custosa entre insumos que pode gerar um determinado nível de produção”³³⁽⁴⁰⁾. Mendes²⁸, por sua vez, concentra esta definição no bem-estar das coletividades, nesse sentido, o aumento na eficiência alocativa é representado pela maximização do bem-estar social a partir de diferentes combinações e aplicações de recursos. O financiamento das regiões de saúde pode buscar um aumento da eficiência na distribuição dos recursos, os quais poderão ser realocados de regiões sobrefinanciadas para subfinanciadas, levando-se em consideração o alcance dos objetivos em saúde.

Já eficiência de escala é definida como o tamanho ótimo dividido pelo tamanho observado³³. Este conceito foi empregado pelo Banco Mundial (BM), em 2017, em um relatório que analisou a eficiência dos gastos públicos no Brasil. A proposta apresentada orienta uma redução no número de hospitais de pequeno porte, devido a uma dificuldade de ganho de escala por essas organizações, ou seja, uma ineficiência de escala. Assim, a análise aponta a dificuldade de ganho de escala como uma

das fontes de ineficiência do sistema de saúde brasileiro e, nesse sentido, destaca:

A maior parte da ineficiência é motivada pelo grande número de pequenos hospitais e o pequeno tamanho dos municípios (que são pequenos demais para fornecer serviços de saúde em uma escala eficiente)³⁸⁽¹¹⁵⁾.

Organismos internacionais têm pautado os principais debates em torno da eficiência dos sistemas de saúde. O Banco Mundial, por exemplo, há pelo menos 15 anos, vem lançando propostas de reformas para redução de gastos no setor saúde. Percebe-se, por parte deste, a presença de uma definição que associa eficiência à redução de custo sem consideração em relação à eficácia (objetivos/resultados pretendidos) e à efetividade (atendimento das necessidades de saúde da população). Segundo Marinho e Ocké-Reis³³, esta definição faz parte de um gerencialismo economicista que atende principalmente interesses mercantis.

Marinho e Ocké-Reis³³⁽²⁴⁾ destacam que

à primeira vista, essa retórica é persuasiva na medida em que transmite que seus críticos são contra, por exemplo, a introdução de um programa governamental ou serviço hospitalar menos custoso.

Entretanto, um questionamento importante diz respeito ao conceito e à avaliação de eficiência empregado nesta análise: uma identificação direta e simples com um controle de custos desprezado de eficácia e de efetividade. Eficiência, mais do que resposta às necessidades coletivas da sociedade, passou a significar receitas superiores às despesas, trata-se assim de uma racionalidade econômica imposta às políticas públicas²⁸.

No que tange à análise da eficiência em saúde, esta é frequentemente inserida como parte da avaliação econômica; por esse motivo, diz respeito à relação entre os custos (meios) e as consequências das intervenções (fins). Assim, esta concepção mais ampla de eficiência

desdobra-se em análises mais específicas, como custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade. A diferença entre elas está na forma como são consideradas as consequências das intervenções, ou seja, os fins. Já os meios implementados são expressos em termos monetários, na forma de custos³⁰.

Na análise custo-benefício, os fins (benefícios diretos e indiretos), assim como os meios (custos), são expressos em termos monetários. Trata-se de uma avaliação empregada para analisar a eficiência na alocação dos recursos financeiros, a qual busca determinar qual dentre as alternativas é a mais rentável³⁰. Os benefícios diretos dizem respeito à economia com tratamento de doenças evitadas; já os indiretos, às alterações na capacidade produtiva da sociedade em virtude da diminuição da morbidade e da mortalidade. Segundo Ugá³⁹, esta análise está fundamentada na teoria do capital humano, que permite a mensuração da vida humana conforme a remuneração no mercado de trabalho. Entretanto, a autora salienta o prejuízo ao direito social como uma condição de cidadania, já que grupos sociais de menor renda teriam menos benefícios; enquanto aposentados e desempregados, representariam benefício nulo.

Já na análise custo-utilidade, as consequências da intervenção são medidas em termos de valor ajustado para a qualidade de vida (QALY: *Quality-Adjusted Life Years*), um cálculo que considera os anos de vida ganhos de acordo com o valor destes anos de vida. Na análise custo-efetividade, por sua vez, os fins são medidos em unidades de valor real, como anos de vida salvos e doenças evitáveis³⁰. Para Ugá³⁹, a análise custo-efetividade subentende primeiramente o estabelecimento de uma meta, para que, então, seja possível confrontar as diferentes maneiras de alcançá-la.

A obra de Avedis Donabedian⁴⁰⁽⁹⁾, autor clássico nos estudos sobre avaliação e qualidade em saúde, representa importante contribuição a respeito da eficiência na gestão em saúde. A definição apresentada pelo autor – “capacidade de reduzir os custos dos

cuidados em saúde sem reduzir as melhorias alcançadas” – é complementada pela ideia de que a exclusiva redução dos custos não representa eficiência na gestão em saúde. Aqui destaca-se uma perspectiva que contrapõe o gerencialismo economicista, no qual eficiência é limitada a uma diminuição nos custos. Donabedian⁴⁰ apresenta três maneiras de melhorar a eficiência no contexto da saúde, são elas: eficiência clínica, eficiência gerencial e eficiência distributiva.

Eficiência clínica depende do julgamento, habilidade e conhecimento clínico de profissionais da saúde, para que não adotem práticas e procedimentos desnecessários ou menos eficazes. Destaca-se que Donabedian⁴⁰ introduziu o conceito de eficiência clínica na gestão em saúde, colocando em perspectiva a atuação dos profissionais de saúde. Já a eficiência gerencial diz respeito à produção dos serviços com otimização da capacidade instalada nas organizações, como equipamentos e leitos, e redução de erros no processo de trabalho que eleva os custos. Esta definição guarda relações com eficiência de escala, conceito mencionado acima, adaptado da economia para a gestão de serviços de saúde⁴⁰.

A eficiência distributiva, por sua vez, corresponde à alocação de recursos (conceito de eficiência alocativa mencionado acima). A distribuição dos recursos na área da saúde leva em conta a melhora nas condições de saúde da população, alocando recursos para subgrupos com maiores necessidades de saúde. Destarte, Donabedian⁴⁰ salienta que, sob este ponto de vista, observa-se a qualidade dos serviços de saúde ao nível de sociedade, ampliando a perspectiva voltada para cuidados individuais. Neste aspecto, percebe-se uma compreensão de eficiência atrelada à efetividade em saúde, conforme o autor⁴⁰⁽¹¹⁶⁾,

eficiência alocativa tem a ver com alcançar a maior melhoria no bem-estar humano, usando recursos limitados de acordo com um sistema de prioridades baseado na relação entre custo e efetividade.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo descrever a trajetória de desenvolvimento do conceito de eficiência na administração pública, trazendo este debate para saúde pública. Trata-se de uma área onde a busca por eficiência tem sido cada vez mais colocada como central na gestão, especialmente após a ascensão das perspectivas do novo gerencialismo público em contextos neoliberais. O foco do trabalho foi desenvolver um argumento teórico-analítico que possibilitasse o avanço da pesquisa empírica no sentido de um aprofundamento do que significa eficiência na gestão em saúde para além de uma questão fiscal.

O primeiro ponto a ser destacado como conclusão para este artigo diz respeito à confluência entre engenharia e administração. O desenvolvimento industrial, ao longo do século XIX, colocou a questão da eficiência como um fundamento das sociedades modernas. O ponto central em relação a eficiência na engenharia diz respeito a maximizar a relação entre energia e produtividade. Na formação da administração, essa concepção é trazida para a forma de organizar as empresas, especialmente a partir da influência de engenheiros como Frederick Taylor, Henri Fayol e outros. O desfecho seguinte foi sua conexão com as perspectivas de *homo economicus* oriundas da economia neoclássica, resultantes do processo de racionalização do ocidente moderno. O conceito de eficiência, portanto, passa a ser entendido a partir de uma perspectiva do ser humano como agente calculador em uma perspectiva mecanicista.

A eficiência na administração pública, ao longo do século XX, é marcada por uma série de observações que irão se aprofundar na análise dos significados do conceito de eficiência. Autores clássicos da área, como Dwight Waldo, Herbert Simon, dentre outros, irão questionar os modelos baseados na economia neoclássica, especialmente no que diz respeito à distinção entre bens públicos e bens privados. A discussão em torno da eficiência

do setor privado aplicada à gestão pública irá se tornar mais intensa a partir dos estudos em torno do ideário neoliberal e das perspectivas empresariais como paradigmas de boas práticas de governança.

No caso específico da saúde pública, a perspectiva da eficiência conforme desenvolvida ao longo do período analisado terá grande impacto. O conceito de eficiência como uma relação exclusiva entre insumo e produto – conforme desenvolvido na engenharia – mesclado à perspectiva da economia neoclássica, fundada no *homo economicus* e na sua visão da sociedade como um mercado, irá trazer para a área da saúde uma concepção financeirizada do serviço de saúde. Nessa concepção, ‘eficiência’, mais do que resposta para demandas coletivas da sociedade, significa principalmente receitas superiores a despesas. Essa perspectiva justificará programas de cortes de recursos, impulso a privatizações e outras medidas orientadas pela lógica empresarial e de mercado.

Entretanto, na área da saúde pública tem havido um esforço crescente em superar uma visão reducionista do conceito de eficiência. Nesse sentido, a eficiência não é tomada como uma condição suficiente para a gestão em saúde. Os conceitos de eficácia e de efetividade devem ser considerados também como princípios fundamentais na gestão. Uma ampla gama de estudos e pesquisas na área de saúde e saúde pública têm destacado que a eficiência não pode estar ligada unicamente a uma dimensão financeira, mas também articuladas a considerações em relação às condições e necessidades de saúde das populações. E, nesse sentido, cabe destacar o pressuposto de fundo a partir do qual leis de mercado não se aplicam à área de saúde pública.

Esta revisão revelou a existência de duas grandes e principais concepções de eficiência: a primeira delas vinculada ao processo de financeirização da saúde pública e a segunda conectada à saúde coletiva, à eficácia e à efetividade em saúde. Sugere-se, para futuras pesquisas, um viés empírico que revele de que forma a eficiência tem sido concebida,

em termos de definições, símbolos, imagens e ideias em torno do conceito, pelos gestores na área de saúde. Além disso, há uma carência em pesquisas empíricas sobre a avaliação da eficiência que é realizada por agentes governamentais.

Colaboradores

Borges JCP (0000-0003-3493-8972)* e Bordin R (0000-0002-6731-6603)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

- Jannuzzi PDM. Economia política e avaliação em políticas públicas no Brasil pós-2014. *Cad. Saúde Coletiva*. 2021; 29(esp):103-114.
- Dardot P, Laval C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo; 2016.
- O'keeffe P. Who wouldn't want more efficiency? Analysing the construction of efficiency as a 'truth' within policy discourses. *J. Sociol.* 2018; 54(1):18-32.
- Yang K, Qi H. The Public Health Governance of the COVID-19 Pandemic: A Bibliometric Analysis. *Healthc.* 2022; 10(2):1-20.
- Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? *Rev. Adm. Contemporânea*. 2011; 15(2):320-332.
- Vieira MPA, Peixoto MRC, Khoury YMA. *A Pesquisa em História*. São Paulo: Ática; 1991.
- Callender G, Johnston J. Searching for the meaning of efficiency in contemporary management praxis. *Glob Bus Technol Assosciation*. 2003; 241-248.
- Rutgers MR, van der Meer H. The origins and restriction of efficiency in public administration: Regaining efficiency as the core value of public administration. *Adm Soc*. 2010; 42(7):755-779.
- Waldo D. *The Administrative State*. Nova York: Ronald Press; 1948.
- Marques LA, Lopes FF. A eficiência como um conceito culturalmente construído ao longo da história. *Rev Direito, Econ e Desenvol Sustentável*. 2017; 3(2):82-99.
- Simon H. *Comportamento Administrativo: estudos dos processos decisórios nas organizações administrativas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas; 1970.
- Fayol H. *Administração industrial e geral: previsão, organização, comando, coordenação, controle*. São Paulo: Atlas; 1989.
- Taylor FW. *Princípios da Administração Científica*. 8. ed. Livro. São Paulo: Atlas; 1990.
- Sell CE. Máquinas petrificadas: Max Weber e a sociologia da técnica. *Scientae Studia*. 2011; 9(3):563-83.
- Kalberg S. Max Weber's Types of Rationality: Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History. *Am Jounal Sociol*. 1980; 85(5):1145-79.
- Weber M. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. 4. ed. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; 1999.
- Morgan G. *Imagens da organização*. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
- Ramos G. *Uma introdução ao histórico da organiza-*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ção racional do trabalho. Brasília, DF: Conselho Federal de Administração; 2008.
19. Urbina DA, Ruiz-Villaverde A. A Critical Review of Homo Economicus from Five Approaches. *Am J Econ Sociol.* 2019; 78(1):63-93.
 20. Wilson W. The study of administration. *Polit Sci Q.* 1887; 2(1):197-222.
 21. Waldo D. O estudo da administração pública. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1964.
 22. Fry BR, Raadschelders JCN. Mastering public administration: from Max Weber to Dwight Waldo. 3. ed. Thousand Oaks: CQ Press; 2014.
 23. Gulick L. Papers on the Science of administration. New York: Institute of Public Administration; 1937.
 24. Durant RF. Institutional Values and the Future Administrative State. In: McCurdy HE, Rosenbloom DH, organizadores. Revisiting Waldo's Administrative State: constancy and change in public administration. Washington, DC: Georgetown University Press; 2006. p. 179-202.
 25. Santos IS. O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. 186 f.
 26. Preker AS, Harding A. The Economics of Public and Private roles in Health Care: insights from institutional economics and organizational theory. World Bank. 2000 [acesso em 2021 out 16]; (21875). Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/178271468782137598/The-economics-of-public-and-private-roles-in-health-care-insights-from-institutional-economics-and-organizational-theory>.
 27. Cesconetto A, Lapa JS, Calvo MCM. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(10):2407-2417.
 28. Mendes AN. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
 29. Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
 30. Brousselle A, Lachaine J, Contandriopoulos A. A avaliação Econômica. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al., organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 183-216.
 31. Oliveira KP, Paula APP. Herbert Simon e os limites do critério de eficiência na nova administração pública. *Cad Gestão Pública e Cid.* 2014; 19(64):113-126.
 32. Santos IS, Vieira FS. The right to healthcare and fiscal austerity: The Brazilian case from an international perspective. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018; 23(7):2303-2314.
 33. Marinho A, Ocké-Reis CO. SUS: o debate em torno da eficiência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022.
 34. Marinho A, Façanha LO. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro: IPEA; 2001.
 35. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, et al. Evaluation of performance of health systems: A model for analysis. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 17(4):921-934.
 36. Viacava F. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
 37. Hurst J, Jee-hughes M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Social Policy. Paris: OECD Publishing; 2001.
 38. World Bank. A fair adjustment: efficiency and equity of public spending in Brazil: Volume I: síntese (Portuguese). Washington, D.C.: World Bank Group; 2017. [aces-

so em 2021 dez 19]. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-síntese>.

39. Ugá MD. Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações. In: Piola SF, Vianna SM. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1995. p. 209-227.

40. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2002.

Recebido em 04/11/2022

Aprovado em 03/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O potencial da mediação de conflitos para o controle dos vetores das arboviroses nas favelas brasileiras

The conflict mediation potential to control arboviruses vectors in Brazilian slums

Eduardo Dias Wermelinger¹, Inês Cristina Mare Salles², Aldo Pacheco Ferreira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313819

RESUMO Este ensaio parte da premissa de que a melhor estratégia para controlar os mosquitos vetores das arboviroses, e alcançar efetivos resultados profiláticos no complexo ambiente urbano das favelas brasileiras, é promover rotineiras ações de manejo ambiental inseridas em uma orientação integrada e interdisciplinar. Essa premissa se sustenta na complexa realidade social e urbana das favelas, no histórico de insucessos das ações de controle dos vetores em obter eficazes resultados profiláticos e nos exemplos bem-sucedidos de manejo ambiental no País. O método profilático alternativo utilizado no Brasil com base na liberação de mosquitos, em particular infectados com *Wolbachia* é comentado, mas ainda não possui resultado profilático nas favelas brasileiras. A partir dessa premissa, argumentamos que existe um grande potencial de utilizar habilidades na mediação de conflitos para buscar efetivas e factíveis ações de manejo ambiental na eliminação dos criadouros urbanos dos vetores das arboviroses nas favelas onde residem muitas comunidades socialmente vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE Controle de vetores de doenças. Participação da comunidade. Prevenção de doenças. Vulnerabilidade social. Saúde ambiental.

ABSTRACT *This essay starts from the premise that the best strategy to control mosquito vectors of arboviruses and achieve effective prophylactic results in the complex urban environment of Brazilian slums is to promote routine environmental management actions within an integrated and interdisciplinary approach. This premise is based on the complex social and urban reality of the slums, on the history of failures of vector control actions to obtain effective prophylactic results, and on the successful examples of environmental management in the country. The alternative prophylactic method used in Brazil based on the release of mosquitoes, in particular, infected with Wolbachia, is commented on, but still lacks prophylactic results in Brazilian slums. From this premise, we argue that there is great potential for using conflict mediation skills to pursue effective and feasible environmental management actions to eliminate urban breeding sites for arboviruses vectors in the slums where many socially vulnerable communities reside.*

KEYWORDS *Vector control of diseases. Community participation. Disease prevention. Social vulnerability. Environmental health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
eduardo.wermelinger@fiocruz.br

²Redes de Desenvolvimento da Maré (RDM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

A profilaxia das arboviroses urbanas como dengue, Zika e chikungunya ainda é um desafio para a saúde pública, particularmente, nos amplos, densamente populosos e complexos territórios urbanos das cidades brasileiras. Esses territórios favorecem a proliferação dos vetores, em especial o *Aedes aegypti*, e a circulação de diferentes arbovírus simultaneamente com real risco de introdução de outros vírus como os vírus Oropouche, Nilo Ocidental, Mayaro¹⁻³ e mesmo outros vetores como *Aedes vittatus*^{4,5}, podendo aumentar a complexidade epidemiológica das arboviroses urbanas. Na ausência de vacinas para quase todos os arbovírus circulantes, a profilaxia depende do controle dos mosquitos vetores.

Com base em um desenvolvimento econômico socialmente excludente, a partir do início do século passado, boa parte dos espaços urbanos das cidades brasileiras e latino-americanas se expandiu de forma desordenada, não regulamentada com o Estado negligente, ausente ou incapaz de oferecer serviços e infraestrutura às novas ocupações. Esse processo de expansão produziu amplos territórios socialmente vulneráveis, com frequência, densamente populosos e com histórico de violações de direitos; territórios popularmente denominados favelas.

O Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) define favelas como um 'aglomerado subnormal' com três condições: i) um conjunto de pelo menos cinquenta unidades habitacionais; ii) ocupação ilegal de terra; e iii) urbanização em padrão desordenado e/ou a falta de serviços públicos básicos, como saneamento básico ou energia elétrica. Segundo Nadalin & Mation⁶, a expressão 'aglomeração subnormal', utilizada pelo IBGE corresponde suficientemente às favelas.

Segundo o Censo do IBGE de 2010, o número de brasileiros vivendo nessas condições passou de 6,5 milhões, no ano 2000, para 11,4 milhões, em 2010, distribuídos em 6.329 aglomerados subnormais situados em

323 municípios. E 88% desses domicílios estão concentrados em 20 grandes cidades⁷, mas há suspeitas de que esses números de habitantes residentes poderiam ter sido ainda maiores⁹. Importante observar que, apesar das conhecidas precariedades e vulnerabilidades, as favelas apresentam vigoroso potencial econômico e de desenvolvimento^{8,9}.

Os dados de 2010 mostram a relevância das favelas nas principais cidades brasileiras e qualquer estratégia de controle de vetores, para obter êxito, precisa ser eficaz também nesses espaços. A ineficiência do controle nesses territórios pode manter a circulação dos arbovírus nas cidades e inviabilizar os objetivos profiláticos. No entanto, muitos desses territórios oferecem grandes e intransponíveis obstáculos para a execução das hegemônicas ações de controle de vetores¹⁰⁻¹². Desses obstáculos, destacam-se os imóveis fechados ou inacessíveis, espaços complexos muitas vezes difíceis de alcançar, saneamento precário ou ausente e um cotidiano de violência, com frequência, promovida por grupos civis armados que exploram atividades comerciais ilícitas e que, com 'leis' próprias, dominam esses territórios, muitas vezes, comprometendo a entrada dos serviços públicos. Adicionalmente, a elevada densidade demográfica em um contexto de saneamento precário favorece a proliferação dos vetores e a rápida transmissão dos arbovírus, sobretudo nos verões tropicais.

Premissa

O presente ensaio parte da premissa de que a melhor estratégia para o controle de vetores, capaz de oferecer efetivos resultados profiláticos no complexo cenário urbano das favelas brasileiras, sobretudo nos territórios socialmente vulneráveis, é promover rotineiras e contínuas ações de manejo ambiental inseridas em uma orientação integrada, interdisciplinar^{13,14}, em um contexto de pensamento sistêmico¹⁵.

Essa premissa se sustenta nos obstáculos presentes na complexa realidade social e urbana das favelas e no histórico de insucessos das ações de controle dos vetores em obter eficazes e suficientes resultados profiláticos¹⁶⁻¹⁸. Os métodos hegemônicos com base em periódicas e rápidas visitas nos imóveis urbanos por agentes públicos responsáveis pelo controle de vetores, na prática, não são exequíveis nas favelas, e, quando praticados, eliminam alguns poucos criadouros possíveis de fácil acesso e priorizam a utilização de inseticidas que possuem eficácia efêmera. O efeito biocida efêmero aumenta com os elevados índices pluviométricos dos verões tropicais quando os inseticidas são rapidamente diluídos ou 'lavados' nas superfícies e em grande parte dos criadouros tratados. Importante observar que as elevadas pluviosidades e temperaturas dos verões criam fartas opções de criadouros e favorecem a rápida proliferação dos mosquitos vetores quando o ciclo de ovo a adulto pode durar pouco mais de uma semana^{19,20}. Nesse cenário, a única estratégia capaz de suprimir satisfatoriamente e de forma sustentável a população dos mosquitos é eliminar seus criadouros. Contudo, diante da ineficácia ou impotência das estratégias de controle, a aposta recai em promover o envolvimento da população para eliminar os criadouros através de maciças campanhas publicitárias, o que nunca provocou resultado profilático satisfatório ou duradouro, provavelmente, por ignorar as limitações dos cidadãos para alcançar e eliminar esses criadouros²¹.

Métodos alternativos com liberações de mosquitos geneticamente modificados ou infectados pela bactéria *Wolbachia* têm sido utilizados no Brasil com animadoras expectativas na literatura. Mas ainda não existem resultados profiláticos suficientes no complexo meio urbano das cidades brasileiras, em especial, nas favelas.

Resultados profiláticos com a liberação de mosquitos infectados com a *Wolbachia* foram obtidos em robusto experimento na cidade de Niterói²², mas as reduções obtidas dos casos

de dengue (69%), chikungunya (56%) e Zika (37%), apesar de relevantes, mostram que permaneceu a circulação viral. É possível supor que a eficácia profilática nas liberações com *Aedes aegypti* pode ser limitada, pelo menos em parte, pela participação de outras espécies de vetores secundários na transmissão dos arbovírus circulantes, como o *Aedes albopictus*²³⁻²⁵. As reduções parciais de casos obtidas em Niterói não foram suficientes para eliminar o risco de transmissão e evitar aumentos de casos ou surtos epidêmicos, quando poderá ser necessário utilizar os usuais métodos de controle como, por exemplo, os tratamentos focais com inseticidas para suprimir a população de mosquitos atingindo também os infectados com *Wolbachia*. O estudo também não apresenta eficácia específica em áreas de favelas. A convincente eficácia dessas liberações nas amplas áreas endêmicas das cidades brasileiras, sobretudo nos territórios socialmente vulneráveis das favelas, precisa ser demonstrada em uma perspectiva temporal. Mesmo considerando a extensa e entusiasta literatura dedicada a essa estratégia^{26,27}, é importante considerar que o método de liberar mosquitos é incompatível com os outros tradicionais métodos supressores populacionais, em particular, o controle químico, que, apesar de paliativo, é útil e não deve ser descartado, contrariando o princípio da ação integrada e gerando embaraçoso conflito ético e metodológico²⁸.

Por outro lado, a eficiência do manejo ambiental como estratégia de controle de vetores é bem relatada na literatura²⁹⁻³⁵. Relatos da eficiência profilática priorizando ações de manejo ambiental foram evidentes nas primeiras décadas do século XX, antes do advento dos inseticidas organossintéticos inaugurados com o DDT na década de 1940. Contudo, com a popularização, o desenvolvimento e a larga produção desses inseticidas, as ações de manejo ambiental foram, com o tempo, negligenciadas ou seu potencial profilático esquecido. Sobretudo, as espetaculares erradicações do *A. aegypti* obtidas com esses

inseticidas nas décadas de 1950 e 1960, sob a égide profilática da vacina da febre amarela, produzida a partir de 1937^{36,37}, ajudaram a ofuscar a eficácia do manejo ambiental.

O manejo ambiental como ação criteriosa na eliminação dos criadouros urbanos dos mosquitos, quando efetivamente realizado, proporcionou excelentes êxitos profiláticos no Brasil nas primeiras décadas do século XX³⁶⁻³⁹. Um exemplo bem relatado da eficiência profilática do manejo ambiental em uma grande cidade brasileira foi a campanha de combate à epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro em, 1928/1929³⁹.

Obviamente, não é prudente fazer comparações entre métodos e realidades muito diferentes, mas é pertinente refletir o contraste entre os resultados profiláticos obtidos no recente experimento de Niterói utilizando mosquitos infectados com *Wolbachia* com os alcançados na campanha do Rio de Janeiro de 1928/1929 com base nas antigas práticas de manejo ambiental. Os percentuais de reduções em Niterói nos casos de dengue, chikungunya e Zika (69%, 56% e 27%) foram alcançados após 1 a 3 anos liberando mais de 34 milhões de mosquitos infectados com *Wolbachia* em um espaço urbano com população estimada de 373 mil habitantes (somadas as populações das 4 zonas onde houve liberação)²². Em 1928 a então Capital Federal tinha 1,7 milhão de habitantes, já com favelas, e a epidemia de Febre Amarela foi totalmente debelada, reduzindo em 100% o número de casos após 16 meses de intenso trabalho, priorizando ações de manejo ambiental e baixando os índices de infestação do *A. aegypti* a menos de 1% ou mesmo zero³⁹.

Nesse sentido, é pertinente uma reflexão final. As dramáticas desigualdade e vulnerabilidade sociais brasileiras, muito presentes nas favelas, exigem políticas públicas sensíveis e comprometidas com a transformação dessa realidade, muito associada aos precários espaços urbanos historicamente construídos. As ações de manejo ambiental atendem a essa exigência, diferentemente da opção pela estratégia das liberações.

A eficiência do manejo ambiental pode ser explicada porque todo problema de proliferação de vetores tem origem em um meio ambiente propício, e o manejo ambiental é a única estratégia de controle que objetiva transformar o meio ambiente, tornando-o desfavorável a essa proliferação. É pertinente observar que, na maioria dos focos urbanos dos vetores das arboviroses, as ações de manejo ambiental para a eliminação duradoura ou definitiva dos criadouros são tecnicamente factíveis e economicamente viáveis, não raro, podendo mitigar simultaneamente a proliferação de outros vetores urbanos como ratos, baratas, moscas e outros mosquitos.

A partir da premissa acima, argumenta-se o potencial das habilidades em mediar conflitos na busca de efetivas e factíveis ações de manejo ambiental para a eliminação de criadouros dos mosquitos vetores de arboviroses nas favelas brasileiras, em especial, nos territórios socialmente vulneráveis.

O potencial da mediação de conflitos nas ações de manejo ambiental

O manejo ambiental como estratégia de controle dos vetores urbanos tem como objetivo fundamental alterar ou transformar o meio urbano para que se torne impróprio à proliferação desses vetores. Para isso, é preciso eliminar da forma mais duradoura possível os criadouros urbanos e principalmente eliminar os fatores ambientais de risco para sua ocorrência. Exemplos: eliminar os acúmulos de lixo, promover limpeza de terrenos e encostas, prover reservatórios d'água capazes de proteger a água do acesso das fêmeas, promover acessos às lajes, caixas d'água e cisternas, limpar e desobstruir galerias ou espaços subterrâneos, prover drenagem das águas pluviais, telar ralos etc.

Porém, a execução das medidas de manejo ambiental nos imóveis e espaços urbanos

coletivos, com frequência, enfrenta como obstáculos conflitos entre vizinhos, famílias ou dentro das comunidades, além das usuais limitações dos cidadãos (financeiras, físicas, de habilidades etc.).

Exemplos de conflitos: em territórios socialmente vulneráveis, é comum o hábito de acumular materiais (restos de obras, eletroeletrônicos usados, peças automotivas, pneus, recipientes, tonéis etc.) nas áreas externas das casas comumente expostos a chuvas favorecendo o acúmulo de água, servindo de potenciais criadouros e provocando desconfiças ou acusações entre vizinhos. As ações de manejo recomendadas para esses materiais é arrumar, proteger ou descartar. Mas essas ações precisam ser cuidadosamente negociadas porque esses materiais podem representar algum valor ou utilidade futura aos seus proprietários. Conflitos também existem para manter limpos terrenos e espaços públicos onde, com frequência, moradores descartam carcaças ou peças de automóveis, móveis, eletrodomésticos, caixas d'água, recipientes e outros materiais que podem acumular água das chuvas. Adicionalmente, nos territórios dominados por grupos de civis armados os conflitos do cotidiano podem assumir significados ou importâncias específicas.

A simples permissão para entrar nos imóveis também pode gerar conflitos, desconfiças ou constrangimentos. Muitos imóveis estão permanentemente ou usualmente fechados ou não se consegue permissão de acesso na maior parte do tempo. Nos imóveis visitados, é comum não conseguir acesso com facilidade a todos os espaços da edificação (em particular, às caixas d'água, cisternas, lajes, calhas e telhados), que não foram planejados para uma periódica vistoria^{40,41}. É importante observar, ainda, nos territórios vulneráveis, a elevada presença de famílias chefiadas por mulheres, sem companheiros, em um fenômeno denominado feminização da pobreza^{42,43}. Souza e colaboradores⁴⁴ identificaram positividade no indicador 'famílias chefiadas por mulheres' para doenças infectoparasitárias no Brasil.

Os conflitos possuem diferentes níveis de importância, mas muitos podem ser mediados, negociados ou suspensos, ainda que temporariamente, em favor de benefícios comuns, possibilitando pactuar estratégias de manejo ambiental para a eliminação dos criadouros dos mosquitos vetores. Contudo, para que ações negociadas e mediações sejam possíveis e bem-sucedidas, são necessárias cuidadosa aproximação do profissional responsável pelo controle de vetores e paciente familiarização das realidades locais. Uma adequada compreensão e sensibilidade da realidade, dos conflitos, assim como da cultura local, permitem criar o ambiente propício para promover ações de manejo possíveis e dialógicas. Nesse contexto, é importante adotar escutas pacientes, empáticas e solidárias, legitimando sentimentos como medos, receios, aflições, desconfiças, reclamações, desalentos, frustrações e raivas. As limitações e vulnerabilidades das mulheres sem companheiros responsáveis pelo sustento da família requerem escutas e compreensões especiais. Essas escutas podem gerar empatias, buscar acordos, abrir caminhos e propor ações de manejo factíveis para cada realidade local. Importante ponderar que muitos problemas vão exigir a participação coletiva, como mutirões, e, nesse ponto, é imenso o potencial das ações colaborativas e cooperativas²¹. Há relatos de que em condições adequadas, a cooperação baseada na reciprocidade pode ocorrer mesmo entre adversários⁴⁵. Segundo Kahame⁴⁶, é um desafio colaborar com pessoas que não se gostam, discordam ou desconfiam, mas é possível. Contudo, há narrativas positivas e estimulantes sobre as favelas brasileiras. Segundo Meireles e Athayde^{9(s.p.)}:

A favela é, desde sempre, responsável e solidária. Ali, o cidadão tem quase sempre com quem contar. Há alguém que pode lhe emprestar algum dinheiro ou o cartão de crédito na hora do aperto. Há outro que pode tomar conta de seus filhos enquanto ele trabalha. E há sempre aquele que pode ouvir suas confissões, no 'divã' improvisado no boteco ou no salão de beleza.

Quem recebe, evidentemente, acaba por retribuir. 'A lei da reciprocidade impera na favela'; 'o senso aguçado de responsabilidade comunitária é traço distintivo das favelas brasileiras, definido por uma cultura de comprometimento e não pela imposição da lei. É o que conta nas sagas da favela'; 'as pessoas erguem suas moradias para a melhor convivência possível. [...] A favela, na sabedoria solidária do povo, constrói acordos possíveis, ergue-se numa arquitetura de simbiose e cooperações' [...] 'as edificações compactadas revelam que uma família se apóia na outra. Assim se supera a vulnerabilidade. A arquitetura revela uma estratégia de cooperação e solidariedade'.

Esse sentimento solidário e colaborativo, historicamente construído nas comunidades, pode facilitar bastante as mediações dos conflitos e gerar ambiente favorável às propostas de cooperação na busca de benefícios coletivos.

Em síntese, nas favelas, as melhores soluções para um efetivo controle dos vetores através de ações de manejo ambiental muitas vezes dependem de mediar conflitos. Essas considerações permitem colocar a habilidade de mediar conflitos como estratégica para promover a efetiva execução de ações de manejo ambiental no âmbito da eficaz profilaxia das arboviroses nas favelas brasileiras, em especial, nos contextos das comunidades socialmente vulneráveis.

A mediação de conflitos

A mediação tem seu berço no oriente, nas culturas chinesa, japonesa e, no ocidente, na africana⁴⁷. Suas raízes podem ser identificadas nas três grandes religiões monoteístas ocidentais e em comunidades aborígenes da África, das Américas e da Oceania, mas cresceu de forma exponencial a partir dos anos 1960. No Brasil, assim como na América Latina, a difusão da mediação ganhou força nos anos 1990⁴⁸.

Existem várias publicações abordando a mediação de conflitos em sintonia com a realidade

brasileira, em especial, no campo jurídico, demonstrando haver bom escopo prático, teórico e metodológico^{47,49-53}. Nas complexas realidades dos territórios vulneráveis e negligenciados pelo Estado, é conveniente que as mediações devam receber uma orientação multidisciplinar, e, talvez, os conflitos mereçam ser refletidos dentro de uma perspectiva de transformação^{54,55} ou tratamento⁵⁰.

Talvez, a maior contribuição e o melhor potencial das habilidades de mediação de conflitos nesses territórios estejam no exercício de práticas dialógicas e escutas empáticas principalmente junto a comunidades com histórico de exclusão e violações de direitos. São diversas camadas de violações que impactam negativamente a saúde e mantêm esses territórios em situação de exclusão, e um dos princípios das práticas de transformação de conflitos e diálogos é a consideração da humanidade e da dignidade entre todas as pessoas, especialmente dos grupos à margem da sociedade⁵⁶. A partir dessas práticas de escuta e diálogos, é possível transformar situações que reproduzem uma cultura de medo, posturas profissionais que carregam olhares e falas preconceituosas, muitas vezes, até marcados por uma série de violências interseccionais⁵⁷, como abordagens que desqualificam a população preta, favelada, feminina, além dos diversos níveis etários que são desqualificados como idosos e crianças ou passam por situações abusivas pelas violências armadas nesses territórios em que as adolescentes sofrem com as violências sexuais e os adolescentes com a cultura do uso das armas⁵⁸⁻⁶⁰.

Nesse contexto, abre-se um amplo espaço de estudos e reflexões não somente da pertinência e dos grandes desafios de inserir as habilidades e técnicas de mediação na ação do Estado junto a comunidades socialmente vulneráveis para o controle das arboviroses, mas, também, e sobretudo, de um direcionamento ou alinhamento com políticas públicas inclusivas, cidadãs e comprometidas com a transformação desses territórios em espaços urbanos saudáveis⁶¹.

Considerações finais

Partindo da premissa de que o controle de vetores das arboviroses nas cidades brasileiras deve priorizar permanentes ações de manejo ambiental, é possível dizer que existe imenso potencial das habilidades na mediação de conflitos para conseguir efetivas e factíveis ações de manejo ambiental visando à profilaxia das arboviroses urbanas nas favelas, em especial, nos territórios vulneráveis. Nesse contexto, é importante perceber que o sucesso dessa estratégia depende de inserir novas e inéditas habilidades na capacitação das equipes de saúde e de controle dos vetores, em especial, para os profissionais de campo em uma perspectiva de formação multidisciplinar, pensamento sistêmico e escuta empática. O sucesso dependerá, ainda, do trabalho contínuo e paciente das equipes de campo que precisam ser especialmente bem capacitadas, valorizadas e aumentadas.

No entanto, essa estratégia depende de profunda reflexão das políticas e estratégias públicas para o controle de vetores, precisando repensar as crenças e os conceitos que formularam as hegemônicas diretrizes técnicas de controle de vetores com base em rápidas visitas periódicas e apostas tecnicistas¹⁴. Provavelmente, essa mudança será ainda mais difícil nos territórios historicamente negligenciados pelos serviços públicos, e talvez esse

seja o principal desafio. Contudo, as vantagens e os ganhos sociais com essa nova compreensão podem ser imensos, ultrapassando os benefícios com a profilaxia das arboviroses. Numa perspectiva ampliada, a prática de promover ações contínuas de manejo ambiental vai de encontro aos atuais anseios de territórios e ambientes saudáveis, podendo prevenir ou mitigar vários outros riscos à saúde relacionados ao meio ambiente e ainda promover maior conforto e harmonia no espaço urbano.

É pertinente observar que essa estratégia foi pensada para contornar os sérios obstáculos sociais e ambientais nas complexas realidades urbanas das favelas brasileiras e, provavelmente, pode ser útil em outros territórios vulneráveis na América Latina. Portanto, não deve ser entendida como padrão para o controle de vetores urbanos das arboviroses, embora a premissa delineada mereça ser considerada para todas as realidades urbanas.

Colaboradores

Wermelinger ED (0000-0003-1926-4789)* contribuiu para pesquisa, discussão e redação do manuscrito. Salles ICM (0000-0002-7119-0388)* e Ferreira AP (0000-0002-7122-5042)* contribuíram para discussão, análise crítica e correção do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Nunes MRT, Martins LC, Rodrigues SG, et al. Oropouche virus isolation, Southeast Brazil. *Emerg. Infect. Dis.* 2005 [acesso em 2022 nov 4]; (11):1610-3. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid1110.050464>.
2. Castro-Jorge LA, Siconelli MJL, Ribeiro BS, et al. West Nile virus infections are here! Are we prepared to face another flavivirus epidemic? *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2019 [acesso em 2022 nov 4]; (52):e20190089. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0089-2018>.
3. Ganjian N, Cinnamond AR. Mayaro virus in Latin America and the Caribbean. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2020 [acesso em 2022 nov 4]; (44):e14. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.14>.
4. Alarcón-Elbal PM, Rodrigues-Rosa MA, Newman BC, et al. The first record of *Aedes vittatus* (Diptera: Culicidae) in the Dominican Republic: Public health implications of a potential invasive mosquito species in the Americas. *J. Med. Entomol.* 2020 [acesso em 2022 nov 4]; (57):2016-2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jme/tjaa128>.
5. Pagac BB, Spring AR, Stawicki JR, et al. Incursion and establishment of the old world arbovirus vector *Aedes (Fredwardsius) vittatus* (Bigot, 1861) in the Americas. *Acta Trop.* 2021 [acesso em 2022 nov 4]; (213):105739. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2020.105739>.
6. Nadalin VG, Mation L. Localização intraurbana das favelas brasileiras: o papel dos fatores geográficos. Texto para Discussão n. 2390. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2018. [acesso em 2022 nov 4]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8483/1/TD_2390.pdf.
7. Pasternak S, D'Ottaviano C. Favelas no Brasil e em São Paulo: avanços nas análises a partir da leitura territorial do Censo de 2010. *Cad. Metrop.* 2016 [acesso em 2022 nov 4]; (18):75-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3504>.
8. Silva LD. As favelas: sua grandeza e seu potencial econômico. *Rev PET Econ.* 2020 [acesso em 2022 nov 4]; (2):53-9. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/peteconomia/article/view/33793/22492>.
9. Meirelles R, Athayde C. Um país chamado favela: A maior pesquisa já feita sobre a favela brasileira. São Paulo: Ed Gente; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: Instruções para pessoal de combate ao vetor – manual de normas técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001. [acesso em 2022 nov 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em 2022 nov 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* – LIRAA – para vigilância entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2022 nov 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_liraa_2013.pdf.
13. Carvalho MS, Honorio NA, Garcia LMT, et al. *Aedes aegypti* control in urban áreas: A systemic approach to a complex dynamic. *Plos. Negl. Trop. Dis.* 2017 [acesso em 2022 nov 4]; (11):e0005632. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005632>.
14. Wermelinger ED. Interdisciplinarity in the control strategy for urban vectors of arbovirus infections: a necessary dimension for Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2022 [acesso em 2022 nov 4]; (38):e00243321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243321>.
15. Vasconcelos MJV. Systems Thinking: The New Paradigm of Science. Porto Alegre: Simplíssimo; 2021.

16. Maciel-de-Freitas R, Valle D. Challenges encountered using standard vector control measures for dengue in Boa Vista, Brazil. *Bull. WHO.* 2014; 92(9):685-689.
17. Fernandes-Salas I, Lozano RD, Martinez MS, et al. Historical inability to control *Aedes aegypti* as a main contributor of fast dispersal of chikungunya outbreaks in Latin America. *Antivir. Res.* 2015; (124):30-42.
18. Castellanos JE. Zika, evidencia de la derrota en la batalla contra *Aedes aegypti*. *Biomédica.* 2016 [acesso em 2023 abr 4]; 36(1). Disponível em: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3268/3019>.
19. Nelson MJ. *Aedes aegypti*: biology and ecology. Washington, DC: PAHO; 1986.
20. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Consensus document on the biology of mosquito *Aedes aegypti*. Paris: Environment Directorate Organization for Economic Co-operation and Development; 2018. [acesso em 2023 abr 4]. Disponível em: [https://www.oecd.org/official-documents/publicdisplaydocumentpdf/?cote=env/jm/mono\(2018\)23&doclanguage=en](https://www.oecd.org/official-documents/publicdisplaydocumentpdf/?cote=env/jm/mono(2018)23&doclanguage=en).
21. Wermelinger ED, Salles ICM. O sujeito preventivo das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* nas campanhas publicitárias: obrigação, culpabilização e alibi para a responsabilidade do poder público. *Physis.* 2018 [acesso em 2022 nov 4]; 28(4):e280401. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280401>.
22. Pinto SB, Riback TIS, Sylvestre G, et al. Effectiveness of Wolbachia-infected mosquito deployments in reducing the incidence of dengue and other *Aedes*-borne diseases in Niterói, Brazil: A quase-experimental study. *PLoS Negl. Trop. Dis.* 2021 [acesso em 2022 nov 4]; 15(7):e0009556. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009556>.
23. Veja-Rúa A, Zouache K, Girod R, et al. High level of vector competence of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* from ten american countries as a crucial factor in the Spread of chikungunya virus. *J. Virol.* 2014; 88(11):6294-306.
24. Ferreira-de-Lima VH, Lima-Camara TN. Natural vertical transmission of dengue virus in *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*: a systematic review. *Parasit. Vectors.* 2018; 11(1):77.
25. MacKenzie BA, Wilson AE, Zohdy S. *Aedes albopictus* is a competent vector of Zika vírus: A meta-analysis. *PLoS ONE.* 2019; 14(5):e0216794.
26. Ritchie AS, Hurk AFV, Smout MJ, et al. Mission Accomplished? We Need a Guide to the 'Post Release' World of *Wolbachia* for *Aedes*-borne Disease Control. *Trends Parasitol.* 2018; (34):217-226.
27. Araújo NJS, Macêdo MJF, Morais LP, et al. Control of arboviruses vectors using biological control by *Wolbachia pipientis*: a short review. *Arch. Microbiol.* 2022 [acesso em 2023 abr 4]; 204(376). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00203-022-02983-x>.
28. Wermelinger ED, Ferreira AP, Horta MA. The use of modifies mosquitoes in Brazil for the control of *Aedes aegypti*: methodological and ethical constraints. *Cad. Saúde Pública.* 2014 [acesso em 2022 nov 4]; 30(11):2259-2261. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE021114>.
29. Herms WB, Gray HF. Mosquito Control: practical methods for abatement of disease vectors and pests. New York: Commonwealth fund; 1944.
30. World Health Organization. Manual on environmental management for mosquito control. Geneva: World Health Organization; 1982.
31. Ault SK. Environmental management: a re-emerging vector control strategy. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1994 [acesso em 2022 nov 4]; 50(supl6):35-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7211.651>.
32. Rosendall JÁ. Vector Control: methods for use by individuals and communities. Geneva: WHO; 1997.
33. Prüss-Üstün A, Corvalán C. Preventing disease through healthy environments. Geneva: OMS; 2006.
34. Toledo ME, Dodrigues A, Valdés L, et al. Evidence on

- impact of community-based environmental management on dengue transmission in Santiago de Cuba. *Trop. Med. Inter. Health*. 2011 [acesso em 2022 nov 4]; 16(6):744-747. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02762.x>.
35. Buhler C, Winkler V, Ranzinger SR, et al. Environmental methods for dengue vector control – A systematic review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2019 [acesso em 2022 nov 4]; 13(7):e0007420. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007420>.
36. Franco O. História da Febre Amarela no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1969.
37. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
38. Kerr A. Buiding the health bridge: selections from the works of Fred L. Soper. Bloomington: Indiana University Press; 1970.
39. Wermelinger ED, Carvalho RW. Methods and procedures used in *Aedes aegypti* control in the successful campaign for yellow fever prophylaxis in Rio de Janeiro, Brazil, in 1928 and 1929. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016 [acesso em 2022 nov 4]; 25(4):837-844. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400017>.
40. Forattini OP, Brito M. Reservatórios domiciliares de água e controle do *Aedes aegypti*. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5):676-677.
41. Wermelinger ED, Cohen SC, Thaumaturgo C, et al. Avaliação do acesso aos criadouros do *Aedes aegypti* por agentes de saúde do programa saúde da família no município do Rio de Janeiro. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008; 32(2):151-158.
42. Souza V, Penteado C, Nascimento R, et al. A feminização da pobreza no Brasil e seus determinantes. *IGepec*. 2020 [acesso em 2022 nov 4]; 24(1):53-72. Disponível em: <https://doi.org/10.48075/igepec.v24i1.22710>.
43. Garrucho MEG, Cabrera LC, Calderelli CE. Pobreza feminiza no Brasil: os domicílios pobres chefiados por mulheres. *Rev. Orbis Latina*. 2021 [acesso em 2022 nov 4]; 11(1):142-159. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/349959636>.
44. Souza HP, Oliveira WTGH, Santos JPC, et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2020 [acesso em 2022 nov 4]; (44):e10. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.10>.
45. Axelrod R. A Evolução da Cooperação. São Paulo: Leopardo; 2010.
46. Kahame A. Trabalhando com o Inimigo: como colaborar com pessoas das quais você discorda, não gosta ou desconfia. São Paulo: Senac; 2019.
47. Busnelo SJS, Santos EO. A função social da mediação. *Rev Eletr. Direit. e Política UNIVALI*. 2015 [acesso em 2022 nov 4]; (10):1558-1582. Disponível em: <https://doi.org/10.14210/rdp.v10n3.p1558-1582>.
48. Maia A, Andrea B, Andrade A, et al. Origens e Nortes da Mediação de Conflitos. In: Almeida TP, Pelajo S, Jonathan E, editores. *Mediação de Conflitos para iniciantes, praticantes e docentes*, 2. ed. Salvador: Podivm; 2019. p. 45-54.
49. Vasconcelos CE. *Mediação de Conflitos e Práticas Restaurativas*. São Paulo: Método; 2008.
50. Spengler FM. A mediação comunitária como meio de tratamento de conflitos. *Pensar*. 2009 [acesso em 2022 nov 4]; (14):271-285. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/1705/1554>.
51. Martins JR. Os Conflitos sociais e mediação na modernidade: e a compreensão dos atores sociais envolvidos. *Rev. Ibero-Amer. Human., Ciênc. Educ*. 2020 [acesso em 2022 nov 4]; (6):26573-3375. Disponível em: doi.org/10.29327/217514.6.12-2.
52. Almeida T, Pelajo S, Jonathan E. *Mediação de Conflitos para iniciantes, praticantes e docentes*, 3. ed. Salvador: Podivm; 2021.

53. Ghisleni AC, Spengler FM. *Mediação de Conflitos a partir do Direito Fraternal*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2001.
54. Laderach JP. *The Little Book of Conflict Transformation*. New York: Good Books; 2014.
55. Laderach JP. *Transformação de Conflitos*, 3. ed. São Paulo: Palas Athenas; 2021.
56. Rosenberg M. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora; 2006.
57. Akotirene C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Caneiro; Pólen; 2019.
58. Mattos CS. 'Parado na esquina': Performances masculinas e identificações entre 'bondes' juvenis na Nova Holanda, Maré, RJ. *DILEMAS: Rev de Estudos de Conflito e Controle Social*. 2014; (7):643-663.
59. Corrêa MD, Moura L, Almeida LP, et al. As vivências interseccionais da violência em território vulnerável e periférico. *Saúde Soc*. 2021; (30):e210001.
60. Simões GL. "Isso não pode ser normal": A vida em favela sob olhar de um corpo em desalinho. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021. [acesso em 2023 abr 6]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55595>.
61. World Health Organization. *Global report of urban health: equitable, healthier cities for sustainable development*. Geneva: WHO; 2016.

Recebido em 09/11/2022
Aprovado em 19/04/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Cirurgia bariátrica: complexidades e caminhos para a atenção da obesidade no SUS

Bariatric surgery: complexities and pathways to care for obesity in the SUS

Rebecca Soares de Andrade¹, Eduarda Ângela Pessoa Cesse¹, Ana Cláudia Figueiró¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313820

RESUMO Este ensaio objetivou analisar como o Sistema Único de Saúde (SUS) tem lidado com o aumento da obesidade com indicação para cirurgia bariátrica no Brasil e apontar caminhos para a atenção à saúde integral dessa população. Fez-se um resgate do momento político-histórico de transformação epistemológica da obesidade e suas repercussões para indivíduos, sociedade, sistema de saúde e outros setores; expuseram-se alguns ataques sofridos pelo SUS, em especial os mais recentes, que afetam o já dificultoso acesso à cirurgia bariátrica; e refletiu-se sobre estratégias que buscam garantia da atenção à essa população e a sustentabilidade do sistema de saúde. Destacam-se os documentos produzidos pelo próprio Ministério da Saúde para a orientação do cuidado da obesidade, haja vista sua consonância com as evidências científicas mais atuais e sua utilização por outros países na construção de suas políticas. Ademais, reforça-se a importância do compartilhamento de responsabilidades entre todos os atores envolvidos; a regulamentação da publicidade voltada ao público que possui obesidade; o mandatório aumento de financiamento do SUS; e a utilização da avaliação em saúde de políticas, serviços e ações, para que se façam os ajustes necessários em tempo oportuno, garantindo uma melhor gestão do cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Obesidade. Cirurgia bariátrica. Atenção à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT This essay aims to analyze how the Unified Health System (SUS) has dealt with the increase in obesity with indication for bariatric surgery in Brazil, and to point out pathways to provide comprehensive health care for such population. There was a rescue of the political-historic moment of epistemological transformation of obesity and its repercussions for individuals, society, the health system, and other sectors; some attacks suffered by the SUS were exposed, especially the most recent ones, which affect the already difficult access to bariatric surgery; and it reflect on strategies that seek to guarantee care for that population and the sustainability of the health system. The documents produced by the Ministry of Health to guide obesity care stand out, given their consonance with the most current scientific evidence, and their use by other countries in the construction of their policies. Furthermore, it is reinforced the importance of sharing responsibilities among all the actors involved; the regulation of advertising aimed at the public with obesity; the mandatory increase in SUS funding; and the use of health evaluation of policies, services, and actions, so that the necessary adjustments are made in a timely manner and guarantee a better management of health care.

KEYWORDS Obesity. Bariatric surgery. Delivery of health care. Unified Health System.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.
rebecca_soaresandrade@yahoo.com.br



Introdução

Nos últimos 50 anos, a prevalência de obesidade aumentou em todo o mundo, atingindo níveis de pandemia¹. Estima-se que, atualmente, quase um terço da população mundial possa ser classificada com sobrepeso ou obesidade. Se as tendências atuais permanecerem nesse valor, ele poderá chegar a 57,8% até 2030².

No Brasil, dados da última Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em 2021, demonstraram que a prevalência do excesso de peso no País alcançou cerca de 80% da população, com 57,2% das pessoas apresentando sobrepeso (IMC ≥ 25); e 22,3%, obesidade (IMC ≥ 30)³.

Autores concordam que o aumento da obesidade resulta de uma interação complexa entre mudanças no ambiente alimentar, atividade física, fatores socioeconômicos, ambientais e genéticos⁴. Blüher¹ destaca que ambientes obesogênicos influenciam nas escolhas de comportamento e estilo de vida.

Apesar de os dados epidemiológicos evidenciarem seu aumento generalizado, a face mais acentuada da obesidade se apresenta entre as famílias de baixa renda, seja pelas iniquidades relativas ao acesso aos serviços, seja pela possibilidade de exercerem hábitos considerados saudáveis. No Brasil, quanto às desigualdades no tocante à pobreza monetária, a proporção de pessoas pretas ou pardas com rendimento inferior às linhas de pobreza é maior que o dobro da proporção observada entre as brancas⁵.

Segundo a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO)⁶, uma dieta saudável, rica em frutas e verduras, pode ser até cinco vezes mais cara que uma dieta que atenda apenas às necessidades básicas de energia. Ademais, Dantas e colaboradores⁷ afirmam que pertencer a estratos socioeconômicos inferiores e possuir cor de pele preta ou parda são fatores associados à maior prevalência de acesso precário aos serviços de saúde na população brasileira.

Destaca-se, assim, que existe uma relação complexa entre raça, obesidade e nível socioeconômico, cuja especificidade se dá em função do contexto sócio-histórico. Para Oraka e colaboradores⁸, as possíveis explicações para as disparidades raciais na obesidade residem em efeitos fisiológicos, psicológicos e culturais do estresse devido à discriminação racial.

Dessa forma, enquanto evento complexo, a obesidade requer uma abordagem sistêmica incluindo diversos setores da sociedade, como a comunidade científica, médica, a indústria de alimentos e farmacêutica, organizações sociais e, principalmente, o governo. O problema da obesidade não será revertido sem a liderança do governo, dados os diversos desafios políticos imbricados, como também não ocorrerá sem a pressão da sociedade por ações políticas¹.

Entretanto, um ponto já assinalado por diversos autores é a persistência em considerarem a obesidade um problema individual, sem apreciar a questão social, conjectural e histórico-cultural. Culpabilizar o indivíduo é uma conhecida estratégia governamental utilizada para retirar a responsabilidade do Estado⁹. A narrativa simplista de diversas políticas públicas de saúde, inclusive, segue o discurso de que a obesidade é promovida por irresponsabilidade individual e por falta de força de vontade, de consciência e de conhecimento das pessoas com obesidade sobre alimentação e atividade física, atribuindo, portanto, a responsabilidade da epidemia a essas pessoas¹⁰. Essa narrativa da obesidade como um problema individual não é inteiramente baseada em evidências, visto que a relação de alimentação e atividade física com a obesidade é muito complexa^{9,10}.

Dias e colaboradores¹¹ afirmam que medidas individualizadas são importantes e podem, inclusive, subsidiar políticas públicas, mas chamam atenção para a forte influência que o complexo industrial da saúde tem no processo decisório do governo, bem como atentam que a medicalização da obesidade deve ser analisada à luz desse contexto de disputas de interesses.

Nesse sentido, Rigo e Santolini⁹ alertam que as pessoas em situação de obesidade se tornam alvo de uma disputa que engloba interesses econômicos de indústrias farmacêuticas, prestadores de serviços terapêuticos, políticos, entre outros.

Evidências já demonstraram que apenas intervenções no componente estilo de vida não são efetivas no manejo do peso em longo prazo¹². Qualquer intervenção de componente único para prevenção ou tratamento da obesidade possivelmente produzirá efeitos menores e não duradouros no peso corporal, adiposidade e desfechos cardiometabólicos. O envolvimento de toda a sociedade e do governo aliado a ações regulatórias nos mercados são mandatórios para alcançar melhores resultados¹³.

Nesse cenário, a cirurgia bariátrica aparece como uma opção de tratamento para aqueles indivíduos que tentaram a perda de peso a partir de tratamentos conservadores (dieta, exercícios físicos e farmacoterapia) e falharam. No Brasil, a cirurgia bariátrica pode ser realizada pelo sistema público de saúde para pessoas com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 35 kg/m² e outras comorbidades associadas; IMC acima de 40 kg/m², que, mesmo sem a presença de comorbidades associadas, falharam no tratamento conservador; e IMC acima de 50 kg/m² como primeira opção terapêutica devido ao elevado risco de morte¹⁴.

São resultados atribuídos à cirurgia bariátrica: maior expectativa^{15,16} e qualidade de vida¹⁶; remissão ou redução das comorbidades associadas^{16,17}; melhora de sintomas psíquicos; elevação da autoestima, entre outros¹⁸. Além disso, a bariátrica possui, também, melhor custo-benefício aos sistemas de saúde quando comparada aos tratamentos conservadores (mudança de comportamento, terapia medicamentosa)¹⁹. Em suma, a cirurgia possui reconhecida eficácia, efetividade e resultados clínicos promissores.

Pesquisa realizada no Brasil e divulgada em 2017 revelou que, naquele ano, 4,5 milhões de brasileiros tinham indicação formal para

realizar cirurgia bariátrica. Ainda, ponderou: considerando que cerca de 100 mil procedimentos são realizados por ano no País, seria necessário 45 anos para atender a essa demanda. Só que a situação ainda piora, visto que: 1) além desse montante, existem todas as outras pessoas que terão obesidade mórbida ao longo desse período (um crescimento estimado de 60% segundo dados do Ministério da Saúde)²⁰; e 2) essa pesquisa foi divulgada em período anterior à pandemia do novo coronavírus, e pesquisas atuais revelam que a pandemia influenciou o comportamento dos brasileiros, colaborando para diminuição da prática de atividade física, aumento do tempo dedicado às telas, redução do consumo de alimentos saudáveis e aumento do de ultraprocessados, afetando o balanço energético, o que pode contribuir para o cenário de aumento da obesidade²¹.

Ademais, observa-se uma dificuldade de acesso à cirurgia bariátrica pelo sistema público de saúde nacional, mas essa não é uma exclusividade do Brasil. Estudos em todo o mundo revelam dificuldades de acesso a essa cirurgia em vários países, e diversos fatores já foram relacionados. Verificou-se que a dificuldade de acesso está, entre outras coisas, intrinsecamente relacionada com a realidade contextual vivenciada pelo indivíduo, indo desde condições socioeconômicas e raça até atitudes gordofóbicas por profissionais de saúde e estigma vivenciado no cotidiano²². A pandemia causada pelo Sars-CoV-2 também terminou por reduzir ainda mais o acesso à cirurgia bariátrica no Brasil, uma vez que se trata de uma cirurgia eletiva, e cirurgias dessa natureza foram descontinuadas por todo o território nacional no intuito de conter o avanço da doença²³.

Considerando a problemática apresentada, o presente ensaio buscará compreender o momento político-histórico em que a obesidade foi colocada em evidência, adquiriu o *status* de epidemia e entrou na disputa de diferentes atores; problematizará os desdobramentos e as repercussões advindas dessa

transformação no *status* epistemológico da obesidade para indivíduos, sociedade, sistema de saúde e demais setores; apresentará, de forma sucinta, o desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) e a dificuldade de acesso à cirurgia bariátrica nesse sistema; e, por fim, abordará algumas reflexões acerca da temática, no sentido de traçar estratégias que possam ser percorridas na busca pela garantia da atenção à saúde dessa população e a sustentabilidade do sistema de saúde diante do contexto vivenciado na atualidade pelo País.

Medicalização da obesidade – de atributo à epidemia

O termo ‘medicalização’ é definido por Peter Conrad, citado por Poulain²⁴, como ‘um processo pelo qual os problemas não médicos são definidos e tratados como médicos, em termos de doença e de disfunção’. Trata-se de conferir uma natureza médica a representações que até então não eram compreendidas nesses termos²⁴. A medicalização, então, é um processo no qual as questões social e moral desaparecem aos poucos e dão lugar a uma ordem racional, fundamentada pela ciência.

Foi a partir do processo de medicalização que a obesidade deixou de ser apenas uma característica, um atributo físico do indivíduo, e se transformou em fator de risco para o desenvolvimento de doenças, constatando-se que ela era fator de risco para doenças cardiovasculares. Depois do termo ‘fator de risco’, a obesidade adquiriu o *status* de ‘doença’, e então de ‘epidemia’. Rapidamente, a questão ‘obesidade’ saiu do âmbito hospitalar e médico e se tornou uma questão de saúde pública, coletiva e política. Colaboraram para isso um número crescente de teses alarmistas para as consequências da doença e o aumento nas estatísticas²⁴.

Nesse contexto, autores questionaram como e por que ocorreu essa transformação no *status* epistemológico da obesidade. Ora, é inegável o crescimento generalizado da obesidade no

mundo, mas existiriam interesses, até então não revelados, por trás dessa transformação ‘abrupta’? E se houve interesses, quem seriam os interessados? Como se beneficiariam? Na tentativa de responder a essas questões, fez-se um regaste do período político-histórico em que tais modificações ocorreram^{9,11,24,25}.

Em 1990, a obesidade passou a ser considerada ‘doença’ e se integrou à Classificação Internacional de Doenças por pressão de um grupo de pesquisadores da International Obesity Task Force (IOTF). Dez anos mais tarde, no ano 2000, Peter Kopelman, em artigo publicado na revista ‘Nature’, definiu a obesidade ‘por um IMC igual ou superior a 30’. No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) uniformizou e estabeleceu o IMC como métrica para a avaliação universal da obesidade. Kopelman ainda tentou esclarecer que o índice deveria ser considerado como uma indicação aproximativa, pois não correspondia necessariamente à mesma massa gorda para todos os indivíduos, mas a padronização foi indicada²⁴.

Além disso, especialistas chamam a atenção para que a classificação universalmente difundida do IMC só é válida para caucasianos, porém numerosos estudos utilizam a classificação do IMC para interpretação de populações com outros tipos físicos. Outrossim, em âmbito mundial, o ser humano não tem o mesmo biotipo, há uma diversidade de tipos antropomorfológicos.

Ademais, foi observada uma grande difusão do IMC e suas classificações entre o público leigo. Um índice aproximativo transformou-se em um sistema classificatório de ‘ordem social’, a partir do qual se passou a ter corpulências ‘aceitáveis’, ‘desejáveis’ e ‘desviantes’ na sociedade. Isso contribuiu para a estigmatização da pessoa com obesidade e fornece argumentos ‘científicos’ para busca obsessiva de um corpo idealizado, magro. Corre-se o risco de levar indivíduos considerados com peso ‘normal’ a tomar decisões impróprias ou a ter preocupações infundadas, que podem resultar até em transtornos de comportamento alimentar²⁴.

Destaca-se que, até 1998, a classificação do peso normal nos Estados Unidos da América (EUA) englobava os valores de IMC entre 20 kg/m² e 27,6 kg/m² para os homens e de 20 a 27,3 kg/m² para mulheres. Sob a influência do grupo de pesquisa da IOTF, a OMS propôs que o limite entre sobrepeso e peso normal fosse de 25 kg/m², e não mais de 27 kg/m². Ao recomendar que o limite reduzisse de 27 kg/m² para 25 kg/m² sem distinção de sexo, idade ou tipo antropomorfológico, cerca de 35 milhões de americanos ‘adquiriram’ sobrepeso da noite para o dia. Além do mais, com a padronização do IMC dos demais países, o número de pessoas com excesso de peso em todo o mundo ganhou uma notoriedade sem precedentes²⁴.

Essa ‘engorda’ de parte considerável da população, resultante da recategorização, tornou maior o público suscetível de se interessar por produtos e métodos de emagrecimento. Em concomitância, observou-se o desenvolvimento vultoso do mercado de produtos destinados ao emagrecimento, como: pílulas, produtos *light*, substitutos para refeições, entre outros²⁴. O caráter multifatorial e complexo da obesidade permitiu o desenvolvimento de diferentes formas de tratamento. Cirurgia, farmácia, psiquiatria e psicologia são algumas das áreas a se interessar pelo seu tratamento.

Para Poulain²⁴⁽¹⁸³⁾, “a construção dos níveis de IMC dificilmente é um exercício que pode deixar de ser parcialmente arbitrário”. O autor afirma que

[...] convém ampliar a perspectiva das lógicas de interesse e fugir da visão angelical que considera o meio de pesquisa como um universo onde reinaria somente o amor desinteressado pelo conhecimento²⁴⁽¹⁹²⁾.

Marion Nestle²², em seu livro intitulado ‘Verdade indigesta’, faz o alerta para a ligação entre pesquisadores e indústrias farmacêutica, parafarmacêutica, de alimentos, entre outras²⁵.

Para os autores, existe uma variedade de tipos de parcerias entre o setor privado e os atores da pesquisa: recrutamentos remunerados

ou não de pesquisadores para compor conselhos de administração, conselhos científicos, comitês de especialistas; financiamento ou cofinanciamento de pesquisas; patrocínio para participação dos pesquisadores nas sociedades de saber; prêmios; bolsas de pesquisas; participação em congressos; estadias, entre outros. A questão e o jogo de interesses podem, ainda, estender-se a atores do setor político, da mídia e entre tantos outros atores/setores que possam ser submetidos a essa lógica de influências, criando linha tênue entre essas parcerias e os processos na ciência^{24,25}.

Com a supervalorização da obesidade, tem-se uma intensa midiáticação e dramatização da situação. A designação da obesidade como ‘epidemia’ participa de sua socialização e contribui para que se articule à questão da má alimentação e de estilo de vida. A obesidade é a primeira epidemia não infecciosa da história da humanidade²⁴. Além das implicações elencadas, toda essa transformação epistemológica da obesidade acarretará importantes desdobramentos no campo científico-político-social.

Acredita-se que, apesar dessa padronização constituir um avanço importante para pesquisas em epidemiologia, visto que possibilita a realização de coletas de dados de forma simples e menos onerosa, o IMC não deve ser utilizado sem parâmetros em escala individual, pois não considera a verdadeira composição corporal do indivíduo. Ao utilizar o IMC em nível individual, corre-se o risco de não considerar adequadamente a massa óssea, os músculos e os líquidos que constituem o corpo humano. Assim, o IMC deveria ser usado apenas como instrumento a serviço da pesquisa epidemiológica ou do pré-diagnóstico na prática clínica²⁶.

Repercussões e responsabilidades

Diante do cenário apresentado, com o aumento alarmante da obesidade e o destaque atingido, inicia-se a busca por culpados suscetíveis de

serem condenados. Cada ator, identificado com parcela de responsabilidade na situação, defende-se atacando os demais envolvidos, mas a obesidade é tão complexa e multifatorial que se poderia designar todos ou quase todos os atores como ‘responsáveis’.

Na esfera individual, as pessoas em situação de obesidade se dividem entre a culpa por ‘comer mal’, ‘comer demasiado’ e o constrangimento ‘por existir milhões de indivíduos sem ter o que comer’. São acusados de dissipar recursos do sistema de saúde, responsabilizados por adotarem e/ou permitirem que seus filhos adotem modos de vida e alimentação nocivos à saúde^{24,27}.

Os setores agroalimentar e de *fast-food* são responsabilizados pelo consumo exagerado de alimentos ‘gordurosos’, considerados ruins para a saúde. Associações de consumidores e outras sociedades civis organizadas apontam para a ‘manipulação’ dos indivíduos por meio da publicidade, principalmente as crianças, consideradas mais frágeis e suscetíveis a tais práticas^{21,22}. As políticas comerciais, as estratégias publicitárias, de marketing e *lobbying* desses setores são apontadas como responsáveis pelo desenvolvimento da obesidade²⁸. Além disso, o montante financeiro gasto com publicidade parece provar sua eficácia por si só²⁵.

Pesquisadores e associações de consumidores consideram o marketing de alimentos a primeira causa do consumo alimentar excessivo, da desestruturação das refeições, constituindo-se uma motivação para a luta contra a obesidade. Reivindica-se regulamentação, com interdição da publicidade para certas categorias de produtos e para o público infantil²⁹.

Indústrias de ultraprocessados e de *fast-foods* argumentam que ‘ninguém obriga os consumidores a comprarem’²⁴, elas temem ser apontadas como as únicas responsáveis pela situação e sofrer processos vultosos como os que as empresas de tabacos sofreram de ex-fumantes no início da década 2000. Nesse sentido, conforme Beck citado por Poulain, já foi comprovado que a solvabilidade de um ator, ou seja, sua capacidade financeira (nesse

caso, os das empresas *versus* o do indivíduo), é um determinante essencial para a designação como juridicamente responsável²⁴.

De encontro às acusações, quanto aos responsáveis pelo excesso de peso, vêm as denúncias dos que credibilizam a ideia de que é possível, fácil e sem consequências perder peso. Os setores farmacêutico e parafarmacêutico são apontados por realizarem a difusão desse tipo de mensagem ao público leigo, o que poderia incitar pessoas, sobretudo as que não têm motivo sanitário para perder peso, a se engajarem em tentativas de controle de peso por motivos unicamente estéticos, o que pode ter efeitos nefastos³⁰.

Ao mesmo tempo que a gordura é considerada física e moralmente insana, a magreza torna-se atraente. A rejeição sistemática à gordura e o medo de engordar atingiram, nas sociedades atuais, uma intensidade incomum, transformando as pessoas em lipofóbicas³¹. Problemas de imagem corporal têm sido atribuídos à norma social da magreza e ao estigma voltado à pessoa em situação de obesidade. A alteração da imagem corporal em virtude do aumento de peso pode acarretar depreciação do autoconceito e da autoestima, ansiedade, depressão, sentimentos de inadequação social e diminuição do bem-estar, podendo resultar, ainda, na diminuição de relações interpessoais³².

Os setores farmacêutico e parafarmacêutico são também acusados de intervir no mercado por meio da publicidade, e ainda de atuar sobre pesquisadores e políticos a partir de *lobbying*. Alguns políticos, igualmente, são acusados pela sociedade civil de relações escusas com indústrias e falta de rigor. Na esfera da ciência, pesquisadores são denunciados por se deixarem influenciar pelas indústrias e manipularem dados em seu favor, objetivando obter recursos, financiamentos e notoriedade²⁵. Já a mídia é acusada por exacerbar ou expressar o desejo de emagrecer, além do incentivo ao consumo de produtos ‘*engordiet*’³³.

Dessa forma, tem-se que todos os atores podem, segundo o ponto de vista adotado,

ser designados como responsáveis. Essa é uma perspectiva a ser superada para que se construa uma partilha de responsabilizações e responsabilidades. Nesse sentido, Poulain²⁴ aposta no imperativo em se adotar práticas avaliativas. Segundo o autor, ações de prevenção, por exemplo, precisam ser apreciadas para que sejam (re)orientadas. Trata-se de demarcar o que não foi útil, produzir dados para capitalizar o conhecimento e promover as mudanças necessárias. Assim, fundamentam-se os determinantes da situação, e torna-se mais viável alcançar a responsabilização e o envolvimento das diferentes categorias de atores envolvidas.

Brasil: avanços, retrocessos, acesso à cirurgia bariátrica e desmonte do SUS

O Brasil é um país de dimensão continental, caracterizado por grandes desigualdades inter e intrarregionais, marcado por importantes iniquidades sociais e, ao mesmo tempo, autor de várias políticas e estratégias de saúde, reconhecidas e percorridas por outros governos internacionalmente.

Para exemplificar um pouco a disparidade existente entre as regiões, no que se refere à

obesidade, estudo realizado sobre a prevalência da obesidade mórbida no País revelou que, entre os anos de 1974 e 2003, a condição apresentou um crescimento de 255%, passando de 0,18% para 0,64% respectivamente. A região Nordeste foi a que apresentou a evolução mais rápida, aumentando em 760% no período analisado³⁴.

Já as diferenças intrarregionais podem ser evidenciadas em outro estudo realizado com moradores de favela da Região Metropolitana do Recife, em que foi observado o excesso de peso (conjunto do sobrepeso e obesidade) em 70,3% da população. Ainda, o percentual de obesidade grave (3,4%), equivalente a quase ao dobro da frequência de casos de baixo peso (1,9%), uma situação dissonante com os dados da população geral³⁵.

Vale ressaltar que nosso sistema de saúde, o SUS, instituído em 1988, passa, desde então, por progressos e percalços, e tem, desde 2007, trabalhado com portarias que favorecem uma abordagem mais integral da questão do sobrepeso e da obesidade. Citam-se: a reorganização dos serviços de saúde; a criação de Redes de Atenção à Saúde (RAS); e a organização de uma linha de cuidado. Critérios para acesso à alta complexidade e garantia do tratamento cirúrgico como direito garantido pelo SUS também fazem parte das ações do Ministério da Saúde¹¹ (*quadro 1*).

Quadro 1. Linha do tempo das estratégias de alimentação, nutrição e promoção da saúde correlatas à obesidade nas políticas públicas do Brasil, 1999-2022

1999	2000	2003	2006		
Portaria nº 710 – Aprova a PNAN – define diretrizes para organizar ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS	Portaria nº 196 – Institui critérios clínicos para indicação de gastroplastia como tratamento cirúrgico da obesidade mórbida no SUS	Lei nº 10.696, art. 19 – cria o Programa de Aquisição de Alimentos – promover acesso à alimentação, estimulando hábitos alimentares saudáveis e incentivar a agricultura familiar	Publicado CAB v. 12 – Obesidade – subsidiar profissionais da AB para cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional	Portaria nº 687 – Aprova a PNaPS – promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes	Publicado o “Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável” – primeiras diretrizes alimentares para população brasileira, incluindo orientações para prevenção de obesidade

Quadro 1. Linha do tempo das estratégias de alimentação, nutrição e promoção da saúde correlatas à obesidade nas políticas públicas do Brasil, 1999-2022

2006		2007			
Implementação o Vigilante – monitorar frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para DCNT nas 26 capitais de estados brasileiros e DF	Lei nº 11.346 – Cria o Sisan – assegurar o direito humano à alimentação adequada	Portaria Interministerial nº 1.010 – Institui diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas nacionalmente	Projeto de Lei nº 1.755 – Dispõe sobre a proibição da venda de refrigerantes em escolas de educação básica (ainda em tramitação)	Decreto nº 6.286 – Institui o PSE, que, entre suas ações previstas, estão: avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, ações de atividade física e saúde	Portaria nº 1.569 – Institui diretrizes para atenção à saúde, prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, para implantação em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão
2010		2011			
Portaria nº 4.279 – Diretrizes para organização da RAS no SUS	Decreto nº 7.272 – regulamenta a Lei nº 11.346/2006, que criou o Sisan, e institui a PNSAN, que estabelece parâmetros para elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional	Publicado o Plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022	Publicado o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira, iniciativa da Caisan	Publicado o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015, iniciativa da Caisan	Publicada a PNAN revisada e abordando temática da obesidade de forma mais contundente
2012		2013		2014	
Publicado o Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas, iniciativa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome	Portaria nº 252 – Institui RAS/DCNT no SUS	Publicadas as Diretrizes para cuidado das pessoas com doenças crônicas nas RAS e nas linhas de cuidado prioritária	Portaria nº 424 – Redefine diretrizes para organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da RAS/DCNT	Portaria nº 425 – Regulamento técnico, normas e critérios para Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade	Portaria nº 483 – Redefine RAS/DCNT no SUS e estabelece diretrizes para organização das linhas de cuidado
2014		2015			
Implantação das RAS	Publicado CAB v.38 – Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: Obesidade	Publicada 2ª edição do Guia alimentar para população brasileira	Publicada a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios, pela Caisan	Publicada revisão da Portaria nº 687/2006 sobre a PNaPS	Resolução CFM nº 2.131 – altera anexo da Resolução CFM nº 1942/2010, incluindo 21 comorbidades que, associadas a IMC > 35 kg/m ² , são indicações para cirurgia bariátrica; reduz idade mínima para 16 anos e elege os tipos de cirurgias que podem ser indicadas, considerando vantagens e desvantagens
2017		2020		2021	
Portaria nº 62 – Altera a Portaria nº 424/2013 e a Portaria nº 425/2013	Resolução Anvisa nº 429 – dispõe sobre a rotulagem nutricional de alimentos embalados	Portaria nº 1.862 – Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil – Proteja	Publicado o Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS	Publicado o Manual de Atenção às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade no âmbito da APS do SUS	Publicado o Instrutivo para cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da APS

Fonte: elaboração própria.

Legenda:

☐ Ministério da Saúde;

☐ Outros ministérios, organizações, setores.

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; APS: Atenção Primária à Saúde; CAB: Cadernos de Atenção Básica; Caisan: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional; CFM: Conselho Federal de Medicina; DCNT: Doença Crônica Não-Transmissível; DF: Distrito Federal; IMC: Índice de Massa Corpórea; PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição; PNaPS: Política Nacional de Promoção da Saúde; PNSAN: Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; PSE: Programa Saúde na Escola; RAS: Rede de Atenção à Saúde; Sisan: Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; SUS: Sistema Único de Saúde; Vigilante: Vigilância de fatores de risco para DCNT.

Destacam-se, no *quadro 1*, a atuação e a interlocução entre diferentes setores, como saúde, educação e agricultura na abordagem à obesidade, o que é extremamente recomendado por estudiosos e especialistas da área. Esse pioneirismo em políticas públicas é o que destaca mundialmente o País e o torna referência para diversas estratégias; entretanto, com a dimensão territorial do Brasil, o jogo de disputas e interesses termina muitas vezes por impactar negativamente na implementação de políticas.

Isso fica explícito ao constatar que, passadas mais de três décadas da implantação e da implementação do SUS, ainda se observam entraves no acesso da população brasileira à saúde, apesar de todo arcabouço institucional e aparato jurídico-legal existentes. Como consequência, percebem-se limitações para a concretização da integralidade e universalidade da atenção à saúde no País³⁶, e isso se torna ainda mais evidente quando colocado na perspectiva do acesso à cirurgia bariátrica.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), a história da intervenção no Brasil começou em 1970, e, desde então, a técnica já passou por várias transformações, conferindo maior segurança aos pacientes²⁷. O procedimento está disponível no País desde 1999 como parte do sistema público de saúde para pacientes com IMC > 40 kg/m² (ou > 35 kg/m² com comorbidades)²². No entanto, a incorporação da videolaparoscopia nos procedimentos da cirurgia realizadas pelo SUS ocorreu somente em 2017, quase 20 anos após sua consagração no País. Segundo Barros³⁷, a videolaparoscopia tem maior eficácia e menor taxa de complicação, seu maior custo inicial é compensado pelo menor tempo de internação, menos complicações e reinternações.

Desde 2008, o Brasil é o segundo país do mundo, depois dos EUA, a realizar o maior número de cirurgias bariátricas, entretanto, a realidade de acesso a essa cirurgia pela rede pública de saúde é desalentadora. Cerca de 75% dos indivíduos que necessitam do procedimento

usam exclusivamente o SUS (não têm acesso à rede suplementar), e esse sistema oferta menos que 10% dos procedimentos realizados. Ou seja, têm-se três quartos dessa população 'alocada' em um sistema que realiza apenas um décimo dos procedimentos no País³⁷.

Segundo a SBCBM, o Brasil conta atualmente com 7.700 hospitais, em 5.568 municípios brasileiros. Desses, apenas 98 realizam a cirurgia bariátrica e metabólica, sendo que 4 estados não oferecem o procedimento. Atualmente, Amazonas, Rondônia, Roraima e Amapá não possuem serviços habilitados no SUS para bariátrica³⁸. Para Coutinho³⁹, as filas para realização do procedimento nos serviços públicos são tão grandes que alguns hospitais estão sem receber novos pacientes, demonstrando dificuldades no acesso dessas pessoas.

Cazzo, Ramos, Chaim⁴⁰ destacam que, apesar do aumento no número de procedimentos públicos observado nos últimos anos no País, ainda é insuficiente a atual oferta de cirurgia bariátrica prestada pela rede pública. Reforça-se a necessidade de serem delineadas políticas e iniciativas públicas em prol do manejo da obesidade coletiva no Brasil, e de melhor ajustamento da oferta de cirurgias bariátricas via SUS à população.

Já se discutiu neste texto que reduzir a carga de obesidade vai muito além do acesso à cirurgia, requer abordagens que combinem intervenções individuais com mudanças no ambiente e na sociedade. É igualmente indubitável que o tratamento da obesidade por meio da cirurgia bariátrica, cujo sistema de saúde preconiza a universalidade, a integralidade e a equidade como seus princípios, deve ser acessível a todos que dela possam se beneficiar.

Em artigo recente, Gadelha e colaboradores⁴¹ discutem a necessidade imperiosa de aumentar o financiamento do sistema de saúde público brasileiro. Os autores chegam, inclusive, a citar uma nova proposta para o financiamento do SUS, elaborada por um grupo de trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva em conjunto com a Associação Brasileira de Economia da Saúde.

Essa iniciativa foi elaborada no contexto recente de ataques ao SUS, entre esses, a Emenda Constitucional (EC) nº 95, também conhecida como a ‘emenda da morte’. Essa emenda impôs um teto de gastos e congelou os valores do piso federal repassado ao SUS por um período de 20 anos. Segundo os autores, a EC nº 95 não apenas retirou recursos, mas também minou o setor no seu potencial gerador de emprego e renda, e de alavanca do crescimento e desenvolvimento econômico⁴¹.

Fala-se em ataques recentes ao SUS porque, segundo os próprios autores, ideólogos do neoliberalismo, vilanizam, sistematicamente, os gastos públicos em saúde, alegando crescimento exponencial dos gastos, ineficiência da gerência pública do sistema e apontando como solução a privatização do setor saúde no País⁴¹.

Não obstante o congelamento dos gastos federais até 2036 com a EC nº 95, o Ministério da Saúde, a partir do programa Previne Brasil, em 2019, que trouxe mudanças significativas no modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, confirma, a partir de sua Nota Técnica (NT) nº 3/2020, que não mais realizará o credenciamento de equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), e o quantitativo de equipes Nasf-AB deixa de existir como requisito para repasse de recursos. Ou seja, fica a critério dos gestores locais a manutenção dos trabalhadores⁴².

Criado em 2008 para consolidar a APS, o Nasf tem bem documentado na literatura o reconhecimento de sua importância na melhoria da qualidade da assistência prestada⁴³. No entanto, a NT nº 3/2020 promoveu um largo passo em direção ao seu desmonte, haja vista a falta de garantias do gestor municipal em conseguir arcar com seus custos.

A descredibilização do SUS, estratégia há muito utilizada pelos grupos de saúde privados, tensiona um dos elos do jogo de poderes existente entre o setor privado, a sociedade civil e o governo. Nesse contexto, torna-se imprescindível a união de todos os atores que concordam que a garantia do direito à saúde e o bem-estar social, constantes na Constituição

Federal de 1988, devem não somente caber no orçamento da União como também nortear políticas públicas⁴¹.

Foi nesse sentido que, em setembro de 2021, os Conselhos Regionais de Nutrição das dez regiões uniram-se em um manifesto em apoio ao ‘Guia Alimentar para população brasileira’. O Guia é um documento referencial para promoção da saúde e qualidade de vida e visa promover o acesso da população a informações e recomendações acerca da alimentação saudável, centrado na redução de doenças crônicas como a obesidade.

O material, baseado em pesquisas e evidências científicas, foi produzido em 2014 e é utilizado como parâmetro em diversos países. Além disso, o Guia é reconhecido mundialmente por nutricionistas e especialistas da área, no entanto, algumas indústrias de alimentos tentam desqualificá-lo, uma vez que, ao recomendar a redução do consumo de alimentos processados e ultraprocessados, ele se opõe aos interesses dessas indústrias, em sua maioria de agronegócio e de alimentos processados. Essas indústrias veem o documento como um entrave à expansão de seus negócios⁴⁴.

As estratégias (RAS, Nasf-AB, Guia Alimentar) e os acontecimentos (EC nº 95, NT nº 3/2020, descredibilização do SUS e desqualificação do ‘Guia Alimentar para a população brasileira’) aqui elencados são apenas alguns exemplos de avanços e retrocessos, respectivamente, que houve no País e que afetam sobremaneira a atenção a saúde de todas as pessoas, em especial, a das pessoas que convivem com a obesidade e que necessitam exclusivamente do sistema de saúde público.

Reflexões e estratégias

Apesar de o recurso à cirurgia poder reforçar o aspecto patológico e curativo da obesidade, não cabe polarizar o debate entre medidas individuais *versus* ambientais, mas, sim, compreender a complexidade do problema e dos desafios para seu manejo adequado. Expandir

o entendimento da obesidade e apresentar ações ambientais deve ser mandatório diante da baixa resolutividade de intervenções focalizadas no atendimento individualizado e no corpo^{1,11}.

Políticas de apoio aos setores saúde, transporte, agricultura, comercialização de alimentos, planejamento urbano e educação, por exemplo, são imprescindíveis para mudanças do comportamento individual¹. Pineda e colaboradoras⁴⁵, nesse sentido, alertam para o aumento no nível de processamento dos alimentos, com a adição de conservantes, acidulantes e outras substâncias químicas capazes de prolongar o tempo de prateleira desses produtos, permitindo-os percorrer longas distâncias e tornarem-se mais acessíveis. Além disso, destacam que políticas de incentivo fiscal, flexibilização de leis ambientais e trabalhistas ao longo da cadeia de produção e distribuição desses produtos terminam por tornar seu preço final mais competitivo. Assim, além do comprometimento da saúde dos consumidores, em virtude da composição nutricional desfavorável desses novos produtos, tem-se a desvalorização da produção local e consciente, que compromete a subsistência e a fonte de renda de agricultores familiares.

Darolt⁴⁶ aponta o abastecimento alimentar por meio de Circuitos Curtos de Comercialização (CCC) como uma alternativa para solução desse problema. O CCC se caracteriza por uma cadeia curta, em que o produto chega ao consumidor com informações que lhes permita saber o local de produção, o produtor e o sistema de produção utilizado. Feiras orgânicas e agroecológicas direto do produtor são os CCC mais utilizados pelos brasileiros, e principal porta de entrada de agricultores familiares no mercado local. Para o autor, os circuitos curtos trazem oportunidades para estimular mudanças de hábitos alimentares, incentiva a educação para o consumo, organização e maior engajamento social dos consumidores. Destacam-se o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar

(PNAE), programas de governo que, além de proporcionar acesso a alimentos saudáveis, minimamente processados e *in natura* pelas populações empobrecidas e periféricas, ainda permitem a inclusão de agricultores familiares no mercado institucional.

O aumento acentuado da obesidade grave pode, também, refletir uma falha dos sistemas de saúde em tratar a obesidade em seus estágios iniciais¹. Ao tratar dos temas obesidade mórbida e cirurgia bariátrica no sistema de saúde público brasileiro, Barros⁴⁷ observou, por exemplo, que o paciente com obesidade mórbida é, muitas vezes, visto pela sociedade, pela mídia e até por profissionais de saúde não como alguém doente, mas como sedentário, guloso e sem disciplina; e alertou para o fato de que a desinformação, o preconceito e o estigma talvez sejam os primeiros aspectos a serem trabalhados.

Nessa perspectiva, Bluher¹ afirma que atitudes negativas e estereotipadas em relação às pessoas com obesidade pelos profissionais de saúde acarretam menor qualidade da assistência e, conseqüentemente, menor adesão aos programas de tratamentos pelos pacientes. Pessoas com obesidade podem experimentar atendimento menos centrado no paciente e são mais propensas a evitar ou a adiar o atendimento se acharem que sofrerão estigma. Segundo Vogel⁴⁸, em cada cinco adultos com obesidade, mais de três sofrem estigma pelos profissionais de saúde. Existem evidências de que o estigma do peso, independentemente do IMC, está associado a ganho de peso, distúrbios alimentares, ansiedade e depressão.

Estudos realizados em documentos norteadores de políticas de saúde, e até mesmo nas próprias políticas, observaram uma tendência à culpabilização do indivíduo com obesidade, à patologização do corpo gordo e à gordofobia^{9,49}. Percebe-se, então, a necessidade de analisar e discutir criticamente documentos que contenham recomendações de saúde, pois eles podem repercutir na prática dos serviços de saúde, na formação dos profissionais de saúde, terminando por disseminar a patologização da gordura e atitudes gordofóbicas.

Estratégias para reduzir o estigma da obesidade devem ser incentivadas, inclusive acerca da cirurgia bariátrica, que não deve ser considerada ‘último recurso’ ou a ‘saída mais fácil’. O credo de que a cirurgia bariátrica é uma ‘solução fácil e o último recurso para pacientes indisciplinados demais para perder peso de outras maneiras’ permeia muitas organizações de saúde e é um exemplo de estigma⁵⁰.

Nesse sentido, a saúde pública pode ajudar a distinguir indivíduos com obesidade daqueles que vivem em corpos maiores. Fornecer informações equilibradas sobre peso e saúde, disseminar evidências de que nem todas as pessoas com peso corporal maior têm a doença crônica obesidade e envolver as pessoas com obesidade no desenvolvimento de políticas e estratégias podem ajudar a mudar crenças e atitudes negativas, promover o respeito à diversidade do tamanho corporal e provocar o apoio às pessoas com obesidade¹⁰.

Disseminar e trabalhar a Política Nacional de Humanização (PNH) nos serviços de saúde e entre trabalhadores, sensibilizando-os para o tema, informando-os acerca dos dados mais atuais, desestigmatizando a doença e alertando para as drásticas consequências ocasionadas pelo preconceito ao indivíduo com obesidade, pode ser uma potente ferramenta na mudança de práxis desses profissionais e melhora na qualidade da assistência desses indivíduos, com maior acolhimento e adesão às iniciativas de tratamento propostas.

Documentos voltados para o cuidado da obesidade, produzidos e disseminados pelo próprio Ministério da Saúde, trazem diversas diretrizes e estratégias que consoam com as perspectivas apresentadas neste artigo: APS como ordenadora da RAS, com garantia de comunicação adequada entre os níveis de atenção; implantação da linha de cuidado ao paciente com obesidade; qualificação da atenção no nível primário, inclusive com a participação das equipes Nasf-AB, e mudança da NT nº 03/2020; educação permanente dos trabalhadores de toda a RAS, com inclusão da PNH e o tema obesidade; orientações para

promoção de uma alimentação mais saudável e um estilo de vida mais ativo; promoção de oficinas e atividades em grupos, que aumentam a sensação de pertencimento, aumentam o engajamento e a motivação; realização de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e Projetos de Saúde no Território (PST); fortalecimento da participação social; utilização de equipamentos sociais; uso de práticas integrativas e complementares; engajamento com o Projeto Academia da saúde; e envolvimento de amigos e familiares do paciente⁵¹⁻⁵³.

Para além desses atributos e estratégias, também se destaca a importância da interlocução e da atuação dos diferentes atores da sociedade envolvidos com a questão do aumento da obesidade; a regulamentação da publicidade de produtos relacionados com o desenvolvimento da obesidade e produtos voltados ao emagrecimento; a adoção de uma rotulagem de alimentos inteligível aos consumidores; o necessário aumento do financiamento público do SUS; e, por conseguinte, a alteração da EC nº 95 e a utilização da avaliação em saúde, seja para proporcionar o encaixe ideal entre insumos e processo de trabalho, seja para verificar os efeitos de alguma intervenção quanto ao controle ou redução de agravos, ou, ainda, para avaliar a interface entre o serviço e a população (cobertura, oportunidade, aceitabilidade, acessibilidade, utilização)^{52,54}.

O desenvolvimento de políticas públicas de combate às desigualdades, que possibilitem, além do acesso a bens e serviços, o acesso físico e financeiro a alimentos saudáveis e a informações adequadas sobre o fenômeno alimentar, também deve ser considerado para a promoção da justiça social e a inclusão de populações mais vulnerabilizadas, na busca por uma atenção à saúde mais equitativa e integral.

Conclusões

O caminho percorrido pela conceitualização da obesidade ao longo do tempo e sua medicalização renderam-lhe destaque na mídia,

no mundo médico, científico, na sociedade, e, em concomitância, estruturou uma série de conflitos entre as pessoas, a sociedade civil, cientistas, políticos, governos, indústrias alimentícias, farmacêuticas e parafarmacêuticas.

À medida que se buscava por responsáveis a quem se pudesse atribuir culpa pelos malefícios ocasionados pela obesidade, viu-se expandir o estigma voltado à população obesa; indústrias se acusarem na tentativa de se eximir de responsabilidades; e a necessidade premente de políticas públicas intersetoriais, assim como o envolvimento do setor privado e dos demais atores para contornar essa situação.

No Brasil, observaram-se, assim como no restante do mundo, o aumento de pessoas em situação de obesidade com indicação para cirurgia bariátrica e o sistema de saúde sob ataque, em desmonte. De onde se viu essa fragilidade, também é possível ver uma fortaleza, e a potencialidade para equacionar essa difícil situação. Apoiar-se na PNH, na APS como

ordenadora da RAS, no trabalho qualificador das equipes Nasf-AB, na educação permanente de trabalhadores da saúde, no fortalecimento do controle social, nas atividades em grupo, na promoção de estilos de vida mais saudáveis, na interlocução com demais setores para além da saúde são apenas algumas das estratégias vislumbradas. Há ainda muito o que caminhar, mas já há muito também percorrido – e caminhos foram apresentados. Avante!

Colaboradoras

Andrade RS (0000-0003-4527-2248)* contribuiu para concepção; aquisição, análise e interpretação dos dados; e aprovação final do ensaio. Cesse EAP (0000-0001-5745-3981)* e Figueiró AC (0000-0003-0718-5426)* contribuíram para concepção; revisão crítica e aprovação final do ensaio. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature reviews. Endocrinology*. 2019; 15(5):288-298.
- Kelly T, Yang W, Chen CS, et al. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes*. 2008; 32(9):1431-7.
- Brasil. *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
- Silva MO, Branco AU. Obesity, Prejudice, Self, and Culture: A Longitudinal Case Study. *Paidéia (Rio de Janeiro)*. 2019; (29):e2926.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. In: Estudos e pesquisas – Informação demográfica e sociedade*. n. 41. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2023 jun 26]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations; International Fund for Agricultural Development; United Nations Children's Fund; World Food Program; World Health Organization. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets*. Roma: FAO; IFAD; UNCF; WFP; WHO; 2020.
- Dantas MNP, Souza DLB, Souza AMG, et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. 2021; (24):e210004.
- Oraka CS, Faustino DM, Oliveira E, et al. Raça e obesidade na população feminina negra: uma revisão de escopo. *Saúde Soc*. 2020; 29(3):e191003.
- Rigo LC, Santolin CB. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. *Movimento (Porto Alegre)*. 2012; 18(2):279-296.
- Salas XR, Forhan M, Caulfield T, et al. A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Can J Public Health*. 2017; 108(5-6):e598-e608.
- Dias PC, Henriques P, Anjos LA, et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(7):e00006016.
- Polet J, Silva F, Santos T, et al. Effect of Lifestyle Intervention Programs on Weight-Loss and Maintenance in Obese Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. *Current Developments in Nutrition*. 2020; (4):1671.
- Bahia L, Schaan CW, Sparrenberger K, et al. Overview of meta-analysis on prevention and treatment of childhood obesity. *J Pediatr*. 2019; (95):385-400.
- Brasil. Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo I do anexo IV diretrizes gerais para o tratamento cirúrgico da obesidade, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- Syn NL, Cummings DE, Wang LZ, et al. Association of metabolic-bariatric surgery with long-term survival in adults with and without diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled studies with 174 772 participants. *Lancet*. 2021; 97(10287):1830-1841.
- Cunha JB, Fialho MCP, Arruda SLM, et al. Bariatric surgery as a safe and effective intervention for the control of comorbidities in older adults. *Geriatr Gerontol Aging*. 2020; (14):207-212.
- Castanha CR, Ferraz AAB, Castanha AR, et al. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comor-

- bidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev. Colégio Bras. Cirurg.* 2018; 45(3):e1864.
18. Chaves LCL, Carvalho AH, Almeida HG, et al. Qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, por meio da aplicação do questionário BAROS. *Rev. para. Med.* 2012; 26(3).
 19. Imbus JR, Voils CI, Funk LM. Bariatric surgery barriers: a review using Andersen's Model of Health Services Use. *Surg Obes Relat Dis.* 2018; 14(3):404-412.
 20. Feldenheimer AC, Recine E, Rugani I. A obesidade é uma questão política. *O Globo, Caderno Economia.* Rio de Janeiro, 2017 nov 1. [acesso em 2017 nov 15]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/defesa-do-consumidor/a-obesidade-uma-questao-politica-22014639>.
 21. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBA, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020; 29(4):e2020407.
 22. Cohen RV, Luque A, Junqueira S, et al. What is the impact on the healthcare system if access to bariatric surgery is delayed? *Surg Obes Relat Dis.* 2017; 13(9):1619-1627.
 23. Duarte LS, Shirassu MM, Atobe JH, et al. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. *Saúde debate.* 2021; 45(esp2):68-81.
 24. Poulain JP. *Sociologia da obesidade.* São Paulo: Editora Senac São Paulo; 2013.
 25. Nestle M. *Uma verdade indigesta: como a indústria alimentícia manipula a ciência do que comemos.* São Paulo: Elefante; 2019.
 26. Gallagher D, Heymsfields B, Heo M, et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72(3):694-701.
 27. Sant'anna DB. *Gordos, magros e obesos: uma história do peso no Brasil.* São Paulo: Estação Liberdade; 2016.
 28. Mialon M, Cediel G, Jaime PC, et al. "A consistent stakeholder management process can guarantee the 'social license to operate'": mapping the political strategies of the food industry in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2022; 37(sup11):e00085220.
 29. Loughnane C. The policy implications of 'thinking problematically': problematizing Big Food's role in obesity policymaking. *Health Prom. Inter.* 2022; 37(1).
 30. Felix P. Novos medicamentos prometem reduzir em mais de 20% o peso dos obesos. *Veja. Caderno Saúde.* 2022 maio 6. [acesso em 2022 maio 12]. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/novos-medicamentos-prometem-reduzir-em-mais-de-20-o-peso-dos-obesos/>.
 31. Christiansen ML. "Homo Caloricus": La construcción epistemológica del estigma lipofóbico en los discursos mediáticos de salud pública. *Salud Colect.* 2018; 14(3):623-637.
 32. Silva MP, Jorge Z, Domingues A, et al. Obesidade e qualidade de vida. *Acta Med. Port.* 2006; (19):247-250.
 33. Araújo LS, Coutinho MPL, Araújo-Morais LC, et al. Preconceito frente à obesidade: representações sociais veiculadas pela mídia impressa. *Arq. bras. psicol.* 2018; 70(1):69-85.
 34. Oliveira IV. *Cirurgia bariátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde: tendências, custos e complicações.* [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2007.
 35. Melo SPSC. *Excesso de peso em adultos de uma área urbana de pobreza do Nordeste brasileiro.* 2017. [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2017.
 36. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, et al. Ele-

- mentos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis*. 2015; 25(2):635-56.
37. Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde (SUS)? (Parte II). *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42(3):136-137.
 38. Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Obesidade atinge mais de 6,7 milhões de pessoas no Brasil em 2022. Notícias. 2023 mar 3. [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/obesidade-atinge-mais-de-67-milhoes-de-pessoas-no-brasil-em-2022>.
 39. Coutinho R. Obesos lutam por cirurgia no SUS. Folha de Pernambuco, Caderno Cotidiano. Recife, 2017 ago 30. [acesso em 2017 set 1]. Disponível em: <https://www.folhape.com.br/noticias/obesos-lutam-por-cirurgia-no-sus/39851/>.
 40. Cazzo E, Ramos AC, Chaim EA. Bariatric Surgery Offer in Brazil: a Macroeconomic Analysis of the Health system's Inequalities. *Obes Surg*. 2019; (29):1874-1880.
 41. Gadelha C, Temporão JG, Campos GWS, et al. Saúde precisa de mais dinheiro público. O Globo. 2022 jul 14. [acesso em 2022 fev 1]. Disponível em: https://oglobo.globo.com/opiniao/artigos/coluna/2022/07/saude-precisa-de-mais-dinheiro-publico.ghtml?utm_medium=email&utm_source=sharpsspring&sslid=MzcxNLM0tTCINDc0-AQA&sseid=MzIxNTMONTAwtAAA&jobid=c8d201c0-67db-4441-b007-9baf644a1de2.
 42. Reis S, Meneses S. Novo financiamento da Atenção Básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2020. [acesso em 2022 fev 5]. Disponível em: <https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/21242/>.
 43. Sanine PR, Silva LIF. Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(7).
 44. Conselho Regional de Nutricionistas 1 Região. Respeitem o Guia Alimentar da população brasileira. CRN1. 2021 set 6. [acesso em 2022 jan 15]. Disponível em: <https://novoportall.crn1.org.br/respeitem-o-guia-alimentar-da-populacao-brasileira>.
 45. Pineda AMR, Amorim TM, Villarreal VH, et al. Reflexões sobre o sistema alimentar de três países da América Latina e seu impacto na saúde e nutrição. In: Oliveira e Silva D, Ell E, organizadores. Cadernos OBHA. Brasília, DF: Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares; Fundação Oswaldo Cruz; 2020. p. 6-13.
 46. Darolt MR. Redes alimentares alternativas, circuitos curtos, agroecologia e produção orgânica no Brasil. In: Oliveira e Silva D, Ell E, organizadores. Cadernos OBHA. Brasília, DF: Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares; Fundação Oswaldo Cruz; 2020. p. 16-22.
 47. Barros F. Qual o maior problema de saúde pública: a obesidade mórbida ou a cirurgia bariátrica no Sistema Único de Saúde? (Parte I). *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42(2):69.
 48. Vogel L. Fat shaming is making people sicker and heavier. *Canad. Med. Assoc. J.* 2019; (191):E649-E649.
 49. Paim MB, Kovaleski DF. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde soc.* 2020; 29(1):e190227.
 50. Phelan SM. An update on research examining the implications of stigma for access to and utilization of bariatric surgery. *Curr. opin. endocrinol. diabetes obes.* 2018; (25):321-325.
 51. Brasil. Ministério da Saúde. Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde. [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
53. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Federal de Minas Gerais. Instrutivo de abordagem coletiva para manejo da obesidade no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
54. Santos EM, Cruz MM. Introdução. In: Santos EM, Cruz MM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.

Recebido em 31/07/2022

Aprovado em 22/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa contou com recursos financeiros do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), concedidos por meio da Chamada CNPq/Instituto Aggeu Magalhães nº 39/2018, processo nº 400768/2019-4

Determinantes para repercussões na saúde mental de profissionais de saúde hospitalar na pandemia da Covid-19

Determinants for mental health repercussions of hospital health workers in the pandemic of COVID-19

Jamily Cerqueira Etinger Almeida Novais¹, Marianna Matos Santos¹, Níliá Maria de Brito Lima Prado¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313821

RESUMO Este artigo tem por objetivo sistematizar, a partir de evidências científicas, aspectos determinantes para o sofrimento psicológico de profissionais de saúde no âmbito hospitalar ante a reorganização do processo de trabalho durante a pandemia da Covid-19. Trata-se de uma revisão de síntese integrativa de literatura, de natureza qualitativa, mediante a busca de artigos científicos nas bases de dados, Epistemonikos, ScienceDirect, PubMed, Embase, Scopus e Web of Science. O *corpus* final para análise foi constituído por 31 estudos. Para os resultados, consideraram-se, as multivariáveis de maior risco, fatores protetivos, condicionantes e determinantes para repercussões psicológicas em profissionais de saúde hospitalar no curso da pandemia da Covid-19. Por outro lado, o nível de exposição, as longas jornadas de trabalho, o medo de se infectar e infectar seus familiares, de trabalhar na linha de frente da Covid-19, a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e o estigma foram os fatores determinantes e condicionantes para o sofrimento psicológico dos profissionais de saúde, diretamente relacionados com esgotamento ocupacional, burnout, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, ansiedade, insônia e depressão. A sistematização pode suscitar reflexões acerca da necessidade de atualização de respostas políticas, por meio de diretrizes e competências, para estabelecer um processo de monitoramento contínuo da saúde mental dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Pessoal de saúde. Saúde mental. Estresse ocupacional. Hospitais. Covid-19.

ABSTRACT This article aims to systematize, from scientific evidence, the conditioning and determining aspects for psychological distress of health professionals in the hospital, in view of the reorganization of the work process during the pandemic of COVID-19. This is an integrative literature synthesis review, of a qualitative nature, by searching scientific articles in the scientific databases Epistemonikos, ScienceDirect, PubMed, Embase, Scopus, and Web of Science. The final corpus for analysis consisted of 31 studies. For the results, the multiple variables of higher risk, protective factors, conditioning, and determinants for psychological repercussions in hospital health professionals in the course of the COVID-19 pandemic were considered. On the other hand, the level of exposure, long working hours, fear of getting infected and infecting their families, of working in the front line of COVID-19, lack of Personal Protection Equipment (PPE) and stigma were the determining and conditioning factors for the psychological suffering of health professionals, directly related to, occupational burnout, burnout, post-traumatic stress disorder, anxiety, insomnia, and depression. The systematization can cause reflections about the need for updating policy responses, through guidelines and competencies, to establish a process of continuous monitoring of the mental health of health professionals.

KEYWORDS Health personnel. Mental health. Occupational stress. Hospitals. COVID-19.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
nilia.prado@ufba.br



Introdução

A pandemia do novo coronavírus Sars-CoV-2 (Covid-19), além dos impactos sanitários, econômicos e sociais, desencadeou preocupações quanto aos potenciais riscos à saúde física e mental dos profissionais de saúde, devido às mudanças na reorganização do processo de trabalho. Particularmente, aqueles profissionais de saúde que atuavam diretamente no atendimento de casos de Covid-19, denominados profissionais da 'linha de frente' para o enfrentamento da Covid-19¹, têm sido alvo de maior apreensão quanto às repercussões do período pandêmico.

As mudanças nas atividades laborais associam-se a implicações psicológicas negativas para os profissionais de saúde. Quando apontadas com condições precárias de trabalho, longas jornadas de trabalho, execução de plantões consecutivos ou dupla jornada de trabalho, baixa remuneração², associaram-se a altas taxas de morbidade e mortalidade nos períodos iniciais da pandemia ante a falta ou a escassez de recursos materiais, a exemplo dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)³⁻⁵. Posteriormente, a exposição a mortes em larga escala, os erros médicos, mudanças na rotina de trabalho e, no contexto social, a ampliação de ameaças, agressões por parte de indivíduos da comunidade geral, por receio de serem infectados, profissionais com sequelas de longa duração com comprometimento cognitivo ou psicológico⁶, entre outros, são fatores que podem ter contribuído para ampliar o sofrimento mental⁷.

Apesar de estudos recentes debaterem formas inovadoras de organização do trabalho e algumas estratégias para o apoio à saúde mental, pouco se sabe sobre os fatores associados a resultados psicológicos negativos dos profissionais de saúde. Assim, este artigo busca sistematizar, a partir de evidências científicas, aspectos determinantes para o sofrimento psicológico de profissionais de saúde no âmbito hospitalar, ante a reorganização do processo de trabalho durante a pandemia da Covid-19. Essas descobertas poderão ser relevantes para

sistematizar critérios de monitoramento de indivíduos com maior risco de desenvolver problemas psicológicos durante uma crise sanitária de magnitude semelhante da pandemia da Covid-19.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que utilizou como técnica para a produção de dados a síntese de evidências da literatura científica. Para síntese e revisão dos dados, foram seguidos o manual do Joanna Briggs Institute e os princípios do protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-SCR)⁸.

A busca de evidências foi realizada em 17 de maio de 2022 nas bases de dados científicas Epistemonikos, ScienceDirect, PubMed, Embase, Scopus e Web of Science.

Para elaboração de estratégias de busca e descrição do processo de busca, utilizaram-se descritores do MeSH/DeCS terms combinados com os operadores AND e OR para compor as estratégias para busca nas bases de dados, referentes ao período de janeiro de 2020 a janeiro de 2022: ScienceDirect e PubMed com a estratégia (“*health personnel*” OR “*healthcare workers*”) AND (“*sequelae mental covid*”), Epistemonikos, (“*health personnel*” OR “*healthcare workers*”) AND (“*post-acute sequelae of COVID*”), Embase, *Health worker* AND *post-COVID syndrome*, Web of Science (“*health personnel*” OR “*healthcare workers*”) AND (“*post-acute sequelae of COVID*”) e Scopus, (((“*trabalhadores de saúde*”) AND (“*post-acute sequelae of COVID*”))), (((“*healthcare workers*”) AND (“*mental health*”)) (tabela 1).

Adotaram-se como critérios de inclusão estudos que abordavam fatores condicionantes ou determinantes para repercussões psicológicas em profissionais de saúde durante a Covid-19, publicados em inglês e espanhol. Não houve exclusão a priori de nenhuma abordagem metodológica, ou com base na localização geográfica e temporal.

Foram excluídos artigos que (1) não contemplavam a temática central (ou seja, não focados em saúde mental no cenário da Covid-19 e do *LONG COVID*); (2) não abordavam intervenção (por exemplo, estudos de prevalência, preparação para desastres, perda econômica); (3) que abordavam outros desastres relacionados à saúde e não relacionados a doenças

(por exemplo, violência em massa, desastres naturais); (4) que abordavam tendências de saúde descritas como epidemias (por exemplo, obesidade). Assim como estudos não originais, como cartas ao editor, prefácios, comunicações breves, correções/erratas, comentários, editoriais, prelo, literatura cinzenta e artigos com texto completo indisponíveis.

Tabela 1. Síntese das estratégias de busca e quantidade de artigos identificados em cada base de dados pesquisada

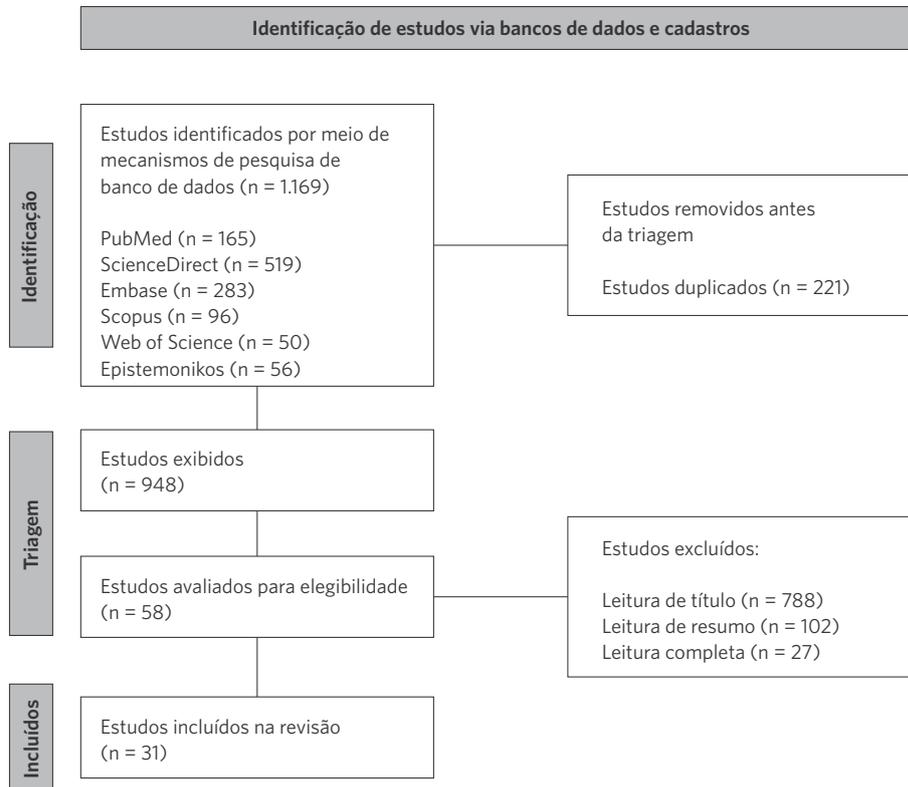
Bases de dados	Estratégia de busca	Quantidade de artigos identificados
ScienceDirect	((<i>"health personnel"</i> OR <i>"healthcare workers"</i>) AND (<i>"prolonged COVID"</i> OR <i>"post covid"</i> OR <i>sequelae mental covid</i>))	519
PubMed	((<i>"health personnel"</i> OR <i>"healthcare workers"</i>) AND (<i>"prolonged COVID"</i> OR <i>"post covid"</i> OR <i>sequelae mental covid</i>))	165
Epistemonikos	((<i>"health personnel"</i> OR <i>"healthcare workers"</i>) AND (<i>"prolonged COVID"</i> OR <i>"post covid"</i> OR <i>"post-acute sequelae of COVID"</i>))	56
Embase	<i>Health worker</i> AND <i>post-COVID syndrome</i>	283
Web of Science	((<i>"health personnel"</i> OR <i>"healthcare workers"</i>) AND (<i>"prolonged COVID"</i> OR <i>"post covid"</i> OR <i>"post-acute sequelae of COVID"</i>))	50
Scopus	((<i>"trabalhadores de saúde"</i>) AND (<i>"COVID prolongado"</i> OR <i>"pós covid"</i> OR <i>"pós-sequelas agudas de COVID"</i>))	51
Scopus	((<i>"trabalhadores de saúde"</i>) AND (<i>"pós-covid"</i> OR <i>"COVID-19"</i>))	45
Total		1169

Fonte: elaboração própria.

Para a análise, os artigos identificados foram exportados para o Intelligent Systematic Review (RAYYAN)⁹, um aplicativo desenvolvido para facilitar a triagem inicial de resumos e títulos. Procedeu-se à seleção dos estudos por meio da leitura dos títulos e dos resumos, observando-se os critérios de inclusão. A rotulagem e a filtragem de citações às cegas, foram realizadas por dois revisores independentes, com identificação automática de potencial duplicidade, sendo o conflito sanado por um terceiro avaliador.

O processo de seleção do estudo é descrito em um fluxograma (*figura 1*). O *corpus* final para análise foi constituído por 31 estudos. A partir da busca nas bases de dados, foram identificados 1.169 resultados, dos quais, 221 estavam duplicados. Com base na leitura de título e de resumo, 948 estudos foram avaliados, 788 excluídos por leitura de título, 102 excluídos por leitura de resumos e 58 incluídos na etapa final de leitura na íntegra, sendo excluídos 27 deles após leitura na íntegra, por não atenderem aos critérios de inclusão.

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de seleção de estudos



Fonte: adaptado e traduzido do diagrama de fluxo PRISMA 2020⁸.

Os 31 artigos identificados no *quadro 1* foram sistematizados em uma planilha do Excel (<https://products.office.com/>), contendo os seguintes termos: autor, país, fatores de risco e proteção para o sofrimento mental dos profissionais de saúde hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19.

Resultados

Caracterização geral dos artigos incluídos na revisão

Identificou-se que os estudos selecionados foram publicados entre 2020 e 2022, todos sob a forma de artigos. Os países que mais tiveram publicações foram Reino Unido¹⁰⁻¹⁴, EUA¹⁵⁻¹⁸;

China^{19,20}; Índia^{21,22}; Irã^{23,24}; Turquia^{25,26}; e Áustria^{20,21,27,28}.

Quanto ao delineamento metodológico, foram obtidos 21 estudos quantitativos^{2,10,13-18,20-27,29-33}; sete qualitativos^{3,11,19,28,34-36} e 3 mistos^{12,37,38}.

Fatores individuais ou laborais associados a maior risco à saúde mental dos profissionais de saúde

INDIVIDUAIS

Características sociodemográficas associaram-se a maior predisposição a repercussões psicológicas, como ter comorbidades pré-existent²¹, história psiquiátrica prévia^{11,34}, ser mais jovem^{2,11,22-29,32-36}, sexo

feminino^{2,3,11,16,19-29,32-38}, ter filhos^{3,25} ser solteiro^{26,32,34,36}, estado civil casado e com filhos²² (*quadro 1*).

Além disso, o convívio direto com o acentuado sofrimento de pacientes e familiares, o sentimento de impotência diante desse sofrimento, preocupação com a segurança de familiares e colegas³, status de Covid-19 entre parentes de profissionais de saúde ou pessoas próximas³² e ter menor escolaridade (graduação)²⁴.

O luto pela morte de entes queridos ou pessoas próximas em decorrência da Covid-19³², trabalhadores de saúde juniores com menos de 2 anos de experiência profissional e/ou reduzida experiência clínica constituíram outros aspectos relacionados a maior risco³⁴.

LABORAIS

Fatores ocupacionais condicionados a inadequadas jornadas de trabalho e de infraestrutura do ambiente hospitalar somaram-se aos potenciais riscos de contaminação no cuidado com os pacientes infectados pela Covid-19 e caracterizam-se como potenciais fatores determinantes para a amplificação das repercussões para a saúde mental e ocupacional dos profissionais de saúde^{2,3,10,19,22-24,25,37,38}.

Entre as categorias profissionais, há ampla referência aos médicos e enfermeiros, e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi mencionada em alguns estudos como o ambiente mais propenso a repercussões emocionais e psicológicas^{2,3,17,19,21-29,31-38}.

Cabe destacar que trabalhar em setores críticos da linha de frente, a exemplo dos departamentos de cuidados intensivos, emergência e clínicas de febre, em posições de alto risco^{2,3,11,13,17,19,24,25,28,29,32-38}, disponibilidade insuficiente de equipamentos de proteção individual ou uso prolongado ou reutilização de EPI, equipe reduzida da linha de base e contato com pessoas infectadas por Covid-19^{3,11,13,19-23,29,30}, são fatores determinantes e condicionantes que são comumente associados

ao desenvolvimento da Condição Pós-Covid-19, amplificando ainda mais o risco de distúrbios do sono, estresse, depressão e ansiedade entre os profissionais de saúde.

Experiências buscaram a padronização de técnicas e o gerenciamento da qualidade das ações em saúde e dos processos de trabalho^{2,3,10,11,19,22,23,31,34-38} com a inclusão de novos fluxos e rotinas, com intervalos de descanso adequados^{11,29,31} (redução da carga de trabalho), ambiente, organização do trabalho com arranjos de turnos de trabalho apropriados e flexíveis e divisão de atribuições entre as diferentes categorias, segurança ocupacional¹⁹ (com disponibilidade de equipamentos de proteção individual, em qualidade e quantidade suficientes)^{13,23,32,33} e oferecimento de auxílios materiais, como vaga de estacionamento ou transporte para traslado, hospedagem em hotel e refeições gratuitas³⁸.

Aditivamente, o rastreamento dos profissionais com infecção assintomática (vigilância e monitoramento de sintomáticos ou assintomáticos, vigilância contínua dos distúrbios psicológicos, intervenções psicológicas e psicossociais em longo prazo) interrompe a cadeia de transmissão no ambiente laboral, reduzindo a propagação do vírus e, em prossecução, o absenteísmo, corroborando a proteção da saúde mental dos profissionais^{10,11,15,16,21,23-26,28,29,31,32,36}.

O gerenciamento das relações interpessoais contemplou o apoio à construção de convívio e condições de trabalho de confiança e iniciativas para fortalecimento do autocuidado, mediante o reforço às habilidades de auto-gestão da saúde, com inclusão de prática de atividade física (aulas de ginásticas gratuitas, exercício de relaxamento, atividades recreativas organizadas pela instituição)^{3,12,13,15,19,36}. Concomitantemente, para garantir o compartilhamento efetivo de informações^{3,10,31} e o trabalho integrado por meio do apoio organizacional e institucional, treinamento em Covid-19, segurança no trabalho^{3,11,23,35} e descanso suficiente^{11,29,31}.

Quadro 1. Categoria analítica multivariável predisponente de maior risco e fatores protetivos para repercussões psicológicas em profissionais de saúde (HCWs) hospitalar durante a pandemia da Covid-19, conforme autor, ano e país de publicação, 2022

Autor/Ano	País	Multivariáveis de maior risco (individuais ou laborais)	Fatores protetivos (organizacionais e psicossociais)
Rahman, 2022	Bangladesh	Individuais: Sexo feminino; Ter filhos. Laborais: Trabalhar em departamentos de cuidados intensivos, emergência e clínicas de febre; Enfermeiros de cuidados intensivos.	Organizacionais: Apoio organizacional e institucional.
Chew <i>et al.</i> , 2020	Cingapura/Índia	Individuais: Ter comorbidades pré-existent; Sexo feminino; Laborais: Médicos, Enfermeiros.	Psicossocial/emocional: Aconselhamento psicológico e monitoramento/triagem.
Phiri <i>et al.</i> , 2021	Reino Unido	Laborais: Equipe da linha de frente.	Organizacionais: Comunicação efetiva; Psicossocial/emocional: Intervenções psicológicas remotas.
Gupta <i>et al.</i> , 2020	Índia	Individuais: Sexo feminino; Idade < 30 anos, faixa etária mais jovem; Médicos e enfermeiros; Estado civil casado e com filhos. Laborais: Disponibilidade inadequada de EPIs; Uso prolongado ou reutilização de EPIs.	Organizacionais: Construção de convívio e condições de trabalho de confiança; Comunicação com atitude empática. Psicossocial/emocional: Triagem dos profissionais e apoio psicológico e emocional.
Awano <i>et al.</i> , 2020	Japão	Individuais: Sexo feminino; Trabalhadores mais jovens. Laborais: Ser enfermeiro; Trabalhar em posições de alto risco; Contato com pessoas infectadas pela Covid-19.	Organizacionais: Descanso suficiente; Psicossocial/emocional: Vigilância contínua dos distúrbios psicológicos.
Raofi <i>et al.</i> , 2021	Irã	Individuais: Sexo masculino; Laborais: Técnicos de saúde, enfermeiros e estudantes de medicina; Exposição ocupacional ao vírus.	Organizacionais: Fornecimento de EPI adequado; Treinamento de equipe; Psicossocial/emocional: Monitoramento dos sintomas relacionados à ansiedade nos profissionais de saúde.
Doherty <i>et al.</i> , 2022	Irlanda	Individuais: Serem médicos; Médicos-pais; Laborais: Trabalhar na linha de frente; Realocação de funcionários; Equipe reduzida da linha de base.	Organizacionais: Apoio dos diretores clínicos a intervenções locais com foco no bem-estar e apoio psicológico.
Chow <i>et al.</i> , 2020	China	Individuais: Enfermeiros, assistentes e médicos; Sexo feminino. Laborais: Funcionários da linha de frente.	Organizacionais: Arranjos de turnos de trabalho apropriados e flexíveis; Psicossocial/emocional: serviços aconselhamento; Atividades recreativas.
Pappa; Sakkas, & Sakka, 2022	Reino Unido	Individuais: Idade mais jovem; Sexo feminino; sofrimento mental prévio; Laborais: Status na linha de frente; Ocupação; Enfermeiros(as) que trabalham em enfermarias de Covid-19.	Organizacionais: Apoio social, administrativo, familiar e emocional; Segurança ocupacional; Descanso adequado. Psicossocial/emocional: Reconhecimento precoce e preciso da disfunção do sono e do sofrimento psicológico em nível pessoal.
Siddiqui <i>et al.</i> , 2021	Reino Unido	Laborais: Ser médico e enfermeiro. Trabalhar na linha de frente, em emergência.	Organizacionais: Apoio organizacional. Psicossocial/emocional: Apoio psicológico.
Oktay <i>et al.</i> , 2021	Turquia	Individuais: Sexo feminino; Ter filhos; Ser mais jovem. Laborais: Profissões de cuidados intensivos (UTI, emergência); Médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde.	Psicossocial/emocional: Apoio psicológico.
Weibelzahl; Reiter & Duden, 2021	Alemanha	Laborais: Profissionais da linha de frente.	Psicossocial/emocional: Plano de apoio emocional (informação e triagem); Apoio psicossocial, social e autoeficácia.
Murray <i>et al.</i> , 2022	Reino Unido	Não menciona.	Psicossocial/emocional: Melhoria das habilidades de auto-gestão; Higiene do sono.
De Brier <i>et al.</i> , 2020	Bélgica	Laborais: Trabalho em unidades de alto risco; Enfermeiros(as).	Organizacionais: Receber comunicação clara e apoio (programas) das organizações de saúde; mudanças nas demandas de trabalho, descanso suficiente (incentivar e monitorar intervalos de trabalho); compensação adequada pela organização. Psicossocial/emocional: Apoio psicológico.

Quadro 1. Categoria analítica multivariável predisponente de maior risco e fatores protetivos para repercussões psicológicas em profissionais de saúde (HCWs) hospitalar durante a pandemia da Covid-19, conforme autor, ano e país de publicação, 2022

Autor/Ano	País	Multivariáveis de maior risco (individuais ou laborais)	Fatores protetivos (organizacionais e psicossociais)
Htay <i>et al.</i> , 2020	Turquia	Individuais: Solteiro; Estar sozinho Laborais: Trabalhar na unidade de terapia intensiva (UTI); Médicos; Trabalhadores de saúde com menos de 2 anos de experiência profissional.	Psicossocial/emocional: Apoio à saúde mental; Intervenções psicológicas e psicossociais.
Grabbe <i>et al.</i> , 2021	EUA	Laborais: Profissionais da linha de frente.	Psicossocial/emocional: Programas de autocuidado para apoiar sua saúde mental e resiliência.
Benzakour <i>et al.</i> , 2022	Suíça	Individuais: Sexo feminino; Idade avançada; Laborais: Nível de exposição; Trabalhar em unidades de Covid-19; Médicos e enfermeiros.	Organizacionais: Suporte social e de trabalho/ Limitação da sobrecarga de trabalho; Oferecimento de auxílios materiais (vagas de estacionamento, hospedagem em hotéis e refeições gratuitas). Psicossocial: Disponibilização de psicólogos nas unidades de Covid-19.
Dal'Bosco <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Individuais: Sexo feminino; ser mais jovem; Laborais: Enfermeiro assistencial e técnico assistencial; trabalhar em setores críticos (Unidade de Terapia Intensiva, o Pronto Atendimento e o Centro Cirúrgico); Contrato temporário.	Organizacionais: Informação sobre os fatores de risco e de proteção com relação à pandemia (comunicação efetiva); Realização de exercícios de relaxamento. Psicossocial/emocional: Apoio psicológico especializado.
Robles <i>et al.</i> , 2021	México	Individuais: Ser mulher; Ser solteira; <i>Status</i> de Covid-19 entre parentes de profissionais de saúde ou pessoas próximas; Ter menor escolaridade (graduação); Luto pela morte de entes queridos ou pessoas próximas por causa da Covid-19; Ser mais jovem. Laborais: Trabalhar na linha de frente; Falta de experiência clínica.	Organizacionais: fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e treinamento para seu uso adequado. Psicossocial/emocional: Monitoramento do estado de saúde mental; Intervenções psicológicas em longo prazo.
Kheradmand <i>et al.</i> , 2021	Irã	Individuais: Sexo feminino; Indivíduos com menor escolaridade; Laborais: Enfermeiros auxiliares; Setores de cuidado direto Covid-19.	Psicossociais: Aprimoramento dos métodos de triagem do estado de saúde psiquiátrico da equipe hospitalar.
Juan <i>et al.</i> , 2020	China	Individuais: Sexo feminino; Idade entre 30 e 49 anos; Grupos de menor renda. Laborais: Trabalho em enfermaria de isolamento.	Psicossociais: Apoio psicológico e intervenção psicológica em crise; apoio social.
Prasad <i>et al.</i> , 2021	EUA	Individuais: Ser mulher. Laborais: Auxiliares de enfermagem, auxiliares médicos, assistentes sociais.	Organizacionais: Mudanças na infraestrutura de atendimento; Psicossociais: Monitoramento do estresse e ajustes psicossociais.
Carmassi <i>et al.</i> , 2020	Itália	Individuais: Ser mais jovem; menor tempo de experiência de trabalho; Profissionais do sexo feminino; Ser solteiro; Transtornos psiquiátricos anteriores. Laborais: Atender na emergência, trabalhar em enfermarias de alto risco ou em ambientes de linha de frente.	Organizacionais: Apoio de supervisores e colegas; Treinamento adequado. Psicossociais: Apoio familiar e social.
O'Sullivan, O. <i>et al.</i> , 2021	EUA	Não menciona.	Psicossociais: Apoio psicológico, apoio de serviços de reabilitação.
Ollis; Shanahan, 2022	Reino Unido	Laborais: Trabalha na linha de frente/contato com pacientes infectados com Covid-19.	Organizacionais: Fornecer treinamento e informações e EPIs adequados; Testagem de Covid-19; Aulas de ginástica gratuitas. Psicossociais: Apoio psicológico.
Azoulay <i>et al.</i> , 2021	França	Individuais: Sexo feminino; Laborais: Trabalhar em UTI Covid-19; ser residente ou estagiário, fisioterapeuta, psicólogo ou farmacêutico.	Fornecimento adequado de EPI; Apoio psicológico; Grupos de apoio de pares; Capacidade de descansar.
Kanellopoulos, <i>et al.</i> , 2021	EUA	Laborais: Trabalhar em UTI Covid-19.	Psicossociais: Intervenções breves realizadas via telessaúde; Apoio psicológico.

Quadro 1. Categoria analítica multivariável predisponente de maior risco e fatores protetivos para repercussões psicológicas em profissionais de saúde (HCWs) hospitalar durante a pandemia da Covid-19, conforme autor, ano e país de publicação, 2022

Autor/Ano	País	Multivariáveis de maior risco (individuais ou laborais)	Fatores protetivos (organizacionais e psicossociais)
Crevenna R et al., 2021	Áustria	Não menciona.	Psicossociais: Atendimento psicológico; Desenvolvimento de intervenções de suporte.
Crowe et al., 2021	Canadá	Laborais: Enfermeiros de cuidados intensivos; Trabalhar em UTI Covid-19; Mudanças na composição de suas equipes clínicas.	Organizacionais: Treinamento. Psicossociais: Desenvolvimento de intervenções de suporte.
Cabarkapa; King & Ng, 2020	Áustria	Laborais: Trabalhar na linha de frente, ser enfermeiro.	Psicossociais: Intervenções psicossociais com estratégias de triagem diagnóstica.
Cabarkapa, Sonja, 2020	Austrália	Individuais: Sexo feminino; solteiro; mais jovem; Laborais: Trabalhar na linha de frente, enfermeira, médico.	Organizacionais: Apoio social. Psicossociais: Estratégias de autocontrole (apoio de supervisores e colegas); Intervenções psicossociais.

Fonte: elaboração própria.

Fatores determinantes e principais repercussões psicológicas dos profissionais de saúde hospitalar

Os estudos expressaram uma sucessão de fatores determinantes relacionados aos riscos iminentes à saúde mental dos profissionais de saúde (*Healthcare Workers* – HCWs), laborais, sociais, familiares e individuais.

LABORAIS

A sobrecarga laboral nos serviços de saúde, com a ampliação de casos suspeitos e confirmados da Covid-19, tornou os setores de internamento superlotados, com profissionais de saúde esgotados e mais suscetíveis às variações emocionais, implicações psicológicas e psiquiátricas^{2,3,16,19,22-26,28,31,33,35,37,38}. Entre as preocupações, citam-se: o risco de exposição ao Sars-CoV-2 para si, familiares e amigos, medo de contaminação^{17,34,36}, medo de morrer, falta de EPI e insumos, longas jornadas de trabalho^{2,16,26,35,36,38}, falta de treinamento adequado, incerteza, insegurança laboral^{3,4,11,13,19,22-25,28,29,33,36,37}, mudança de função e realocação para novos setores e o uso dos EPI por tempo prolongado^{21,22,31}.

Foram identificadas implicações e demandas gerais em torno das frequentes

modificações dos protocolos de atendimento e do uso dos EPI, insegurança no ambiente de trabalho^{3,4,22,23,30}, falta de informação^{3,4,38}, falta de apoio organizacional, institucional, comunicação deficiente^{11,35} e premências de treinamento³. Limitações operacionais referentes à oferta de testes e à falta de testagem regular repercutiram em esgotamento físico e mental, com implicações para a saúde mental dos profissionais de saúde⁴.

Não obstante, para atender ao aumento da demanda de pacientes infectados com Covid-19, o compartilhamento de procedimentos com outros colegas, a indisponibilidade de ampliação de profissionais para atuar nas equipes, principalmente em setores críticos, e a escassez de pessoal foram descritos nos estudos examinados como outros fatores determinantes para o sofrimento mental^{3,11,17,33,37,38}.

Ambientes com alta hierarquização de poder entre as categorias profissionais, perda de direitos trabalhistas, salários baixos^{2,21}, ampliação de contratos com vínculos de trabalho precarizados e sem garantias trabalhistas, falta de estabilidade no emprego². O fortalecimento da terceirização do trabalho, e do trabalhador *just-in-time*, presente no processo de uberização¹, representou condição potencializadora para repercussões psicológicas.

SOCIAIS

O contexto social e a divulgação de *fake news*, mídias digitais^{4,10,28}, falta de informação^{11,30}, estigmatização^{3,11,20-,22,24,28,31,34-36}, dilemas éticos e morais^{22,28,36} e a ausência de um tratamento adequado colaboraram para amplificar um cenário de medo e insegurança entre os profissionais de saúde no contexto hospitalar^{4,17,25,31}. Ademais, conflitos morais^{15,22,28,36}, fadiga física e mental¹⁸, isolamento no trabalho e na vida social^{29,11,20,25,26,28,31,34-36,38}, restrição e falta de tempo para atividade física, lazer³, falta de apoio¹³ para administrar os compromissos pessoais e domésticos consigo mesmo e com a família², luto devido à morte de entes queridos em decorrência da Covid-19, experiências negativas ou testemunho de mortes^{29,32,33} ocasionaram repercussões psicológicas diretamente relacionadas com exaustão mental, ansiedade e depressão.

FAMILIARES

O medo e o risco aumentado de ser infectado, adoecer, morrer e de infectar familiares e/ou amigos, perda de familiares e amigos, sofrer abandono nas relações interpessoais, separação dos seus familiares são preponderantes para o gênero feminino, para o qual acrescentam-se os transtornos do sono, ansiedade e depressão, em comparação ao

gênero masculino^{2,3,17,22,23,25,29,32}. Apesar das atribuições do trabalho em saúde, as mulheres assumem maiores responsabilidades nos serviços domésticos e no cuidado com os filhos^{16,17,35}.

Segundo os estudos^{2,3,10,13,15,16,19,25,30,32,39}, os profissionais de saúde que estão na linha de frente no combate à Covid-19 tendem a sofrer maior impacto negativo e pressões psicológicas, afetando a sua saúde mental, ficando mais vulneráveis a ansiedade, depressão, medo e insônia que podem acarretar uma possível síndrome de burnout.

Os profissionais de saúde, em sua maioria mulheres – que estão na linha de frente da assistência, foram submetidos a vários eventos estressores complementares durante o processo de cuidado de usuários suspeitos e/ou infectados com Covid-19^{3,21,29,32,38}. Outro importante determinante apontado foi o tipo de cargo exercido. Há um risco consideravelmente maior de ansiedade entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, eventualmente, pelo maior tempo despendido no cuidado prestado aos pacientes infectados, além de haver prevalência do gênero feminino nessa categoria profissional. Esses fatores contribuíram para o aumento de casos de doenças psicológicas, como exaustão mental, síndrome de burnout, depressão, ansiedade, transtorno do estresse pós-traumático, ideações suicidas e automutilação^{2,3-5,16,19-21,24,29,32,33,36,38}.

Quadro 2. Síntese dos fatores de risco determinantes e condicionantes para repercussões psicológicas em profissionais de saúde hospitalar durante a pandemia da Covid-19, conforme autor, ano e país de publicação

Autor/Ano	País	Fatores determinantes para sofrimento mental
Rahman, Ashikur, 2022	Bangladesh	Laborais: Risco de infecção e de morte; Contato direto com o paciente/Alto risco de exposição; Número de indivíduos infectados, falecidos ou afetados por esse vírus; Trabalhar em pronto-socorro ou UTI; Medo de se infectar e infectar familiares e outras pessoas; Falta de (EPI) adequado para a segurança ocupacional e de insumos; Falta de tratamento específico para Covid-19; Cargas de trabalho excessivas; Escassez de pessoal; Óbitos excessivos de pacientes; Falta de conhecimento sobre a Covid-19; Menor tempo de descanso. Sociais: Preconceito e descaso da sociedade e de familiares; Estigma; Atividades ao ar livre restritas. Familiares: Perda da renda; Perda de familiares e amigos.

Quadro 2. Síntese dos fatores de risco determinantes e condicionantes para repercussões psicológicas em profissionais de saúde hospitalar durante a pandemia da Covid-19, conforme autor, ano e país de publicação

Autor/Ano	País	Fatores determinantes para sofrimento mental
Chew, Nicholas WS et al., 2020	Cingapura/ Índia	Laborais: Baixa remuneração; Uso e desconforto dos EPIs por períodos prolongados. Sociais: Medo de infectar familiares, colegas e outras pessoas; Estigma.
Phiri, Peter et al., 2021	Reino Unido	Laborais: Trabalhar em unidades de alto risco e na linha de frente. Sociais: Mídias sociais.
Gupta B et al., 2020	Índia	Laborais: Falta de EPI adequado, uso prolongado e reutilização; Falta de infraestrutura adequada; Falta de unidades de terapia intensiva essenciais; Trabalhar na linha de frente; Aumento da carga de trabalho; Diretrizes em rápida mudança sobre transmissão e tratamento de doenças; Natureza emergencial do trabalho; Incerteza; Insegurança laboral. Sociais: Estigmatização; Dilemas éticos; Isolamento; Medo de contrair a infecção ou transmiti-la para suas famílias. Famíliares: Separação da família; Pressão mental para cumprir as responsabilidades domésticas; Preocupação com segurança de suas famílias durante a pandemia de Covid-19.
Awano N et al., 2020	Japão	Laborais: Falta de EPI; Trabalhar em posições de alto risco; Tratar pacientes com Covid-19; Medo de se infectar e infectar seus familiares. Sociais: Isolamento social; Experiências negativas repetidas ou testemunhar a morte. Familiar: Angústia pela perda de pacientes e colegas.
Raofi S et al., 2021	Irã	Laborais: Exposição ao vírus; Risco de exposição a sangue contaminado ou amostras infectadas; Escassez de EPI; Falta de materiais educativos ineficazes para fins de <i>e-learning</i> e de dispositivos médicos; Carga de trabalho pesada; Necessidade de trabalhar com rigorosas medidas de segurança; infraestrutura do local de trabalho; Acesso inadequado às instalações de saúde; prestar cuidados diretamente a pacientes infectados. Sociais: Preocupação em se infectar e transmitir a infecção a um familiar vulnerável.
Doherty AM et al., 2022	Irlanda	Laborais: Longas jornadas de trabalho; Trabalhar na linha de frente; Baixo número de funcionários de linha de base; Rotatividade da equipe; Preocupações com a mudança de ênfase dos cuidados não Covid.
Chow KM et al., 2020	China	Laborais: Trabalhar na linha de frente; Carga de trabalho pesada; Medo em se infectar e infectar familiares; Testemunhar as condições precárias e deterioradas de seus pacientes; Testemunhar perda da vida de seus pacientes; Preocupações com as condições dos pacientes e sentimento de impotência na prestação de cuidados de qualidade; Exigência de usar EPIs por longas horas, com sensação de superaquecimento e desconforto; Oferta inadequada de EPIs.
Pappa S; Sakkas N & Sakka E, 2022	Reino Unido	Laborais: Medo e risco de infecção e danos morais; Trabalhar na linha de frente; Contato direto com pacientes com Covid-19; Preocupações de saúde mental atuais ou passadas; Pressões de trabalho; Má qualidade do sono; Horários de trabalho incommuns; Exposição a turnos noturnos; Falta ou escassez de EPI; Falta de suporte profissional adequado; Falta de protocolo hospitalar; Falta de comunicação clara. Sociais: Menor <i>status</i> socioeconômico; Falta de informações; Baixo apoio social; Estigmatização; Isolamento social.
Siddiqui I et al., 2021	Reino Unido	Laborais: Falta de EPIs; Preocupações com a exposição do vírus para si, familiares e pacientes; Falta de testagem; Falta de informação; Falta de treinamento do uso de EPI e de educação sobre a eficácia de diferentes níveis de EPI; Mudanças nas diretrizes sobre o uso de EPI; Preocupações sobre o impacto da redução da prestação habitual de serviços de saúde nos pacientes. Sociais: Mídia social, por seu papel na disseminação de informações imprecisas; Comunicação deficiente; Novas incertezas clínicas específicas da pandemia.
Oktay Arslan B et al., 2021	Turquia	Laborais: Profissionais na linha de frente; Trabalhar em UTI; Medo de transmissão para familiares; Contato direto com os pacientes com Covid-19; Longas jornadas de trabalho; Pressão psicológica; Risco aumentado de contágio; Medo excessivo de ficar sem suprimentos; Escassez de conhecimento disponível. Sociais: Isolamento; Incerteza sobre o curso da pandemia. Famíliares: Ter que se separar dos familiares durante a pandemia.
Weibelzahl S; Reiter J & Duden G, 2021	Alemanha	Laborais: Funcionários da linha de frente; Preocupação em infectar familiares; Medos e incertezas quanto à mortalidade e morbidade da doença; Enfrentar a morte de colega; Intolerância à incerteza; Esgotamento de EPIs; Falta de outros recursos médicos, como medicamentos específicos, ventiladores e leitos de unidade de terapia intensiva; Mudanças nas práticas de trabalho, como ter que se ajustar ao uso de EPIs e redistribuição; Insegurança no trabalho; Condições médicas pré-existentes. Sociais: Problemas de comunicação decorrentes de informações que mudam rapidamente ou falta de informações atualizadas.

Quadro 2. Síntese dos fatores de risco determinantes e condicionantes para repercussões psicológicas em profissionais de saúde hospitalar durante a pandemia da Covid-19, conforme autor, ano e país de publicação

Autor/Ano	País	Fatores determinantes para sofrimento mental
Murray E <i>et al.</i> , 2022	Reino Unido	Laborais: Fadiga; Pressão severa nos sistemas de saúde; Covid longa (que prejudica significativamente a capacidade de trabalhar, cuidar de seus filhos ou se envolver em outras atividades).
De Brier N <i>et al.</i> , 2020	Bélgica	Laborais: Contato direto com pacientes; Profissionais de saúde expostos ao coronavírus; Insatisfação com os procedimentos; Mudanças nas demandas de trabalho; Trabalho em unidades de alto risco; Alto risco de exposição e trabalho na linha de frente; Medo ou percebem mais risco de se infectar ou infectar outras pessoas, familiares; Horas de trabalho por semana; Recrutamento involuntário para uma unidade de alto risco Medidas de precaução ou procedimentos hospitalares. Sociais: Quarentena; Isolamento social; Estigma; Incerteza sobre o controle eficaz da doença da atual pandemia Covid-19.
Htay MNN <i>et al.</i> , 2020	Turquia	Laborais: Sobrecarga nos setores; Alto risco de infecção; Preocupação de transmitir infecções aos familiares; Trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sociais: Ficar sozinho, isolado.
Grabbe L <i>et al.</i> , 2021	EUA	Laborais: Trabalhadores da linha de frente; Pressão severa; Recursos inadequados; Medo de infecção; Nível de exposição; Conflitos morais.
Benzakour L <i>et al.</i> , 2022	Suíça	Laborais: Sobrecarga de trabalho; Incerteza sobre a duração da pandemia; Necessidade de adaptação à nova gestão do cuidado devido ao surto; Falta de conhecimento sobre a Covid-19; Processos de trabalho ineficientes; Nível de exposição ao vírus; Condições de trabalho muito instáveis e intensas (suspensão de férias por tempo indeterminado); Encargos administrativos; Restrição de contatos sociais e lazer fora do hospital; Rejeição de familiares por medo de contaminação; Comorbidades pré-existentes. Sociais: Quarentena; Risco de transmissão do vírus para entes queridos.
Dal'Bosco EB <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Laborais: Sobrecarga de trabalho; Capacitação para os protocolos determinados; Trabalhadores que estão na linha de frente; Atuar em setores críticos; Exposição a risco de infecção pelo vírus; Mudanças repentinas de função; Baixos salários; Falta de estabilidade no emprego. Instabilidade ou agravamento do estado de saúde dos pacientes; Fadiga física e mental; Necessidade do uso contínuo de EPIs. Sociais: Administrar os compromissos pessoais e domésticos consigo mesmo e com a família. Familiares: Afastamento da família.
Robles R <i>et al.</i> , 2021	México	Laborais: Profissionais de saúde da linha de frente. Familiares: Violência social e doméstica; Luto por causa da Covid-19, devido à morte de entes queridos.
Kheradmand A <i>et al.</i> , 2021	Irã	Laborais: Trabalhar em ambientes estressantes, como enfermarias indicadas para Covid-19; Profissionais de saúde da linha de frente; Número insuficiente de respiradores nas unidades médicas; Crescente taxa de mortalidade relacionada à Covid-19; Sobrecarga de trabalho; Falta de EPI; Iminente escassez de medidas preventivas de controle; Trabalhar com acomodações insuficientes; Exposição ao vírus; Estar em contato com pacientes com Covid-19 nos departamentos de saúde. Sociais: Estigmatização; Percepções de vulnerabilidade pessoal.
Juan, Yang <i>et al.</i> , 2020	China	Laborais: Indivíduos que trabalham em enfermarias de isolamento; Medo de ir para casa por medo de infectar a família; Incerteza sobre modificação frequente de procedimentos de infecção e controle; Treinamento menos intensivo em EPI; Relutância em trabalhar ou resignação considerada. Sociais: Indivíduos do grupo de baixa renda; Estigmatização e rejeição na vizinhança por causa do trabalho no hospital; Quarentena.
Prasad K <i>et al.</i> , 2021	EUA	Laborais: Alto risco de exposição/Trabalhar na linha de frente; Sobrecarga de trabalho associada ao atendimento de pacientes com Covid-19; Medo da exposição. Familiares: Donas de casa; Alta de atenção ao trabalho de 'turno duplo' com altas cargas de trabalho em casa.
Carmassi CL <i>et al.</i> , 2020	Itália	Laborais: Nível de exposição (como trabalhar em enfermarias de alto risco ou em ambientes de linha de frente durante os surtos de Coronavírus); Tratamento e atendimento de pacientes com Covid-19; Função ocupacional (enfermeiros). Sociais: Quarentena, isolamento; História psiquiátrica prévia; Estigma.
O'Sullivan, O <i>et al.</i> , 2021	EUA	Laborais: Falta de confiabilidade dos testes. Sociais: Fadiga intrusiva; Falta de apoio de pares; Não receber confirmação laboratorial de seu diagnóstico; Dificuldade em acessar suporte médico sem diagnóstico confirmado; Falta de confiabilidade dos testes.
Ollis L; Shanahan P, 2022	Reino Unido	Laborais: Profissionais de saúde que trabalham na linha de frente; Volume de trabalho com a pressão adicional de ter que lidar com desafios sem treinamento ou orientação adequados; Protocolos em constante mudança; Novos ambientes de trabalho e exposição ao trauma; Contato físico com pacientes; Problemas com o fornecimento e a escassez de EPI e falta de treinamento; Alta carga de trabalho; Sociais: Falta de apoio.

Quadro 2. Síntese dos fatores de risco determinantes e condicionantes para repercussões psicológicas em profissionais de saúde hospitalar durante a pandemia da Covid-19, conforme autor, ano e país de publicação

Autor/Ano	País	Fatores determinantes para sofrimento mental
Azoulay E et al., 2021	França	<p>Laborais: Trabalhar na UTI; Medo de se infectar ou de infectar familiares e amigos; Medo de morrer; Sentir-se pressionado por motivos relacionados ao surto; Pressão e tensão persistentes. Intenção de sair da UTI; Lassião (Fadiga resultante de longo esforço físico, esgotamento, exaustão física e mental; Condições de trabalho; Falta de equipamentos; Falta de leitos resultando na necessidade de triagem; Aumento do número de funcionários em licença médica ou deixando a profissão resulta em escassez de pessoal; Trabalhar em condições difíceis; Carga de trabalho; Tristeza por não poder deixar as famílias de pacientes infectados entrarem para se despedir; Dor de perder colegas para a doença; Falta de descanso suficiente; Aumento do número de pacientes.</p> <p>Sociais: Tristeza pelo número incomumente alto de mortes; Medo de transmitir o vírus para a família; Mídias sociais; Desafios de comunicação e isolamento.</p> <p>Familiares: Incapacidade em cuidar da família.</p>
Kanellopoulos, Dora et al., 2021	EUA	<p>Laborais: Responsabilidades de trabalho em rápida mudança; Medo de contrair o vírus e/ou infectar paciente e ou pessoas importantes; Sentimento de impotência; Funcionários que foram transferidos para (UTIs) recém-criadas devido ao rápido fluxo de pacientes.</p> <p>Sociais: Incerteza de um novo vírus.</p> <p>Familiares: Morte de familiares, entes queridos e colegas; Interrupção na disponibilidade de cuidados infantis; Sistemas escolares e outros serviços de cuidadores familiares; Responsabilidade de cuidar dos filhos.</p>
Crevenna R et al., 2021	Áustria	Laborais: Síndrome de fadiga pós-Covid (<i>LONG COVID</i>); Maior risco de contrair Sars-CoV-2.
Crowe S. et al., 2021	Canadá	<p>Laborais: Comunicação esmagadora e pouco clara; Enfermeiros em cuidados intensivos; Alocação de recursos; Sobrecarga de trabalho; Planejamento de tratamento e dilemas éticos; Incerteza no gerenciamento de um vírus novo; Atender às necessidades de atendimento ao paciente de novas maneiras, mantendo-se seguro (mudanças sem precedentes em suas rotinas de trabalho do dia a dia); Proibição de visitas de familiares aos pacientes (permissão de visitas somente no fim de vida dos pacientes); Falta de apoio dos colegas; Escassez de EPIs e a necessidade de usar EPIs diferentes, gerando desconforto; Ter que chegar cedo e sair tarde do trabalho para trocar de roupa e minimizar o risco de transmissão da Covid-19 para pacientes, funcionários e suas próprias famílias.</p> <p>Sociais: Protocolos de distanciamento social; Estigmatização por amigos e familiares por trabalharem na unidade Covid.</p> <p>Familiares: Administrar os compromissos pessoais e domésticos consigo mesmos e com a família; A mudança para crianças em casa; Conectar-se com familiares.</p>
Cabarkapa S; King JA & Ng CH, 2020	Áustria	<p>Laborais: Alto risco de infecção; Trabalhar na linha de frente; Funcionários com contato direto com pacientes infectados; Cargas de trabalho excessivas; Medo de ser infectado; Medo de espalhar o vírus para suas famílias; Medo da incerteza; Trabalho em turnos e ambientes de trabalho de alta pressão; Dificuldades de acesso a suprimentos adequados de (EPI); Proteção insuficiente; ônus de aderir a medidas de proteção rígidas.</p> <p>Sociais: Restrições sociais; Isolamento social e quarentena; Estigma; Mídia social; Dilemas morais; Impactos financeiros adversos.</p>
Cabarkapa, Sonja, 2020	Austrália	<p>Laborais: Funcionários da linha de frente; O alto grau de incerteza associado a novos patógenos; Alto risco de infecção; Medo de se espalhar para suas famílias; Aumento do estresse no trabalho; Contato direto com pacientes infectados; Medo do desconhecido, de se infectar e de ameaças à própria mortalidade; Longas horas de trabalho; Equipamento de proteção pesado.</p> <p>Sociais: Discriminação da sociedade; Estigma; Isolamento social (isolar de suas famílias); Dilemas morais.</p> <p>Familiares: Falta de apoio familiar.</p>

Fonte: elaboração própria.

A equipe médica da linha de frente (que trabalha em isolamento respiratório, emergência, UTI Covid e infectologia) apresentou mais implicações para a sua saúde mental (medo, estresse, Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, somatização, ansiedade e depressão)^{2,3,13,14-17,20,22,25}. Por fim, ressalta-se que a atuação desses profissionais demonstrou centralidade para o enfrentamento da

pandemia. Portanto, o plano de enfrentamento da pandemia deve antever intervenções psicológicas e estratégias para proteção e preservação da saúde física e mental, inclusive para as sequelas da ‘covid longa’, secundárias da doença^{11,29}, nesses profissionais.

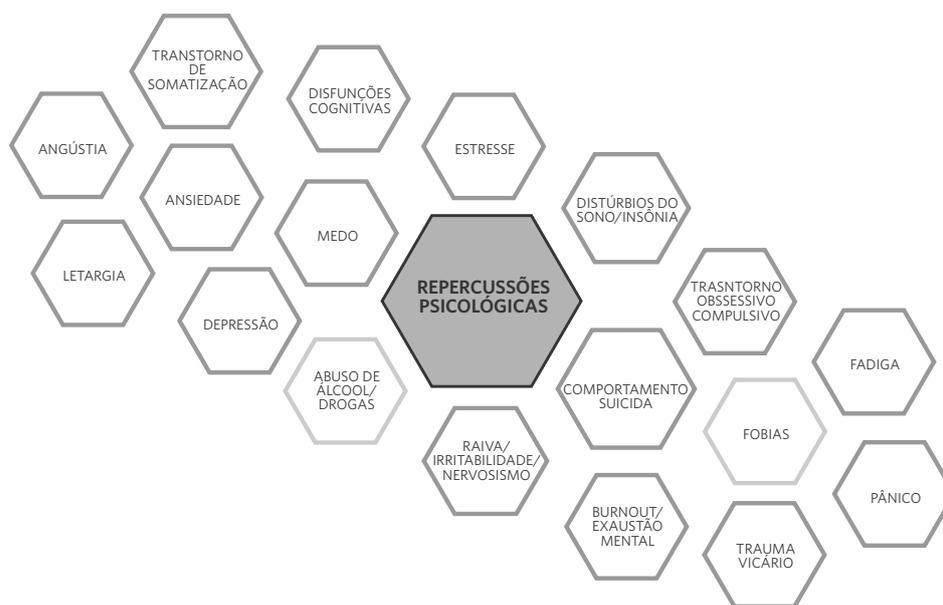
As principais repercussões psicológicas para os profissionais expostos à Covid-19 abrangem: ansiedade^{2-4,10-12,15-24,26,28-33,35,36,38},

depressão^{2-4,10-12,15-21,24,26-33,36,38}, TEPT^{3,4,10,11,15,17,20,21,24,28,29,31,33-35,37,38}, estresse^{3,4,10,11,13,15-17,19-22,24,27,30,31,38}, insônia^{3,4,10,11,19,21,28,29,31-33}.

Outras com menores citações nos estudos incluíram o transtorno de ansiedade generalizada^{11,22}, distúrbios do sono^{3,10,11,15,22}, exaustão mental^{30,31,37,38}, transtorno de somatização^{19,20,28,32}, disfunções cognitivas¹⁸,

medo^{3,19,29,31}, angústia^{10,19,29,30,35}, nervosismo e/ou irritabilidade^{3,30}, abuso de álcool de drogas^{4,15}, pensamentos suicidas^{3,10}, suicídio^{3,15}, letargia²¹, pânico³, trauma vicário³⁸, raiva^{4,10,31}, transtorno obsessivo compulsivo^{19,28}, burnout^{11,15,16,21,37,38}, fadiga^{3,12,18,22,29}, distúrbio do humor¹⁸, névoa cerebral¹², inquietação³ e fobia²⁵.

Figura 2. Principais repercussões psicológicas em profissionais de saúde hospitalar durante a pandemia da Covid-19



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os resultados desta revisão demonstram que os profissionais de saúde (HCWs) são o grupo mais vulnerável para contaminação por Covid-19 e o maior grupo ocupacional de pessoas com riscos de repercussões psicológicas prolongadas, decorrentes de efeitos negativos relacionados aos fatores determinantes associados às mudanças no trabalho. As novas condições para execução do trabalho desencadearam uma extensa lista de possíveis transtornos,

sofrimento psíquico, estresse, angústia, insônia e medo, marcados por um prognóstico ainda incerto³², associados a condições sociais, organizacionais e laborais.

Cabe reiterar a ênfase para a análise de fatores organizacionais e institucionais relacionados ao processo de trabalho que podem modular o adoecimento dos profissionais de saúde que estão na linha de frente, tendo em vista que regras, rotinas e valores conferem legitimidade, estabilidade e significado à forma como os indivíduos agem e se comunicam dentro das organizações.

Cabe situar que, com as mudanças na lógica organizacional durante a resposta à crise, o foco interpretativo perpassa o ambiente de trabalho e o repertório de risco, assim como fatores relacionados a elementos regulatórios, normativos e cognitivos que afetaram as decisões (majoritariamente rotuladas como uma organização de cima para baixo), os comportamentos e as posições profissionais nas instituições hospitalares. À medida que ‘novos’ departamentos eram construídos ou novas formas de organizar o fluxo de pacientes eram criadas, funcionários de todas as categorias e especialidades eram deslocados de suas unidades de trabalho regulares⁴⁰.

Nesse sentido, nas análises dos estudos, identificaram-se em categorias como enfermeiros e médicos ampliações das repercussões psicológicas na pandemia da Covid-19 e na condição pós-Covid-19³³⁻³⁵. Sem desconsiderar que as decisões laborais e as repercussões psicológicas são influenciadas pelas relações sociais e interpessoais dentro e fora do ambiente de trabalho.

Estudos com resultados semelhantes^{41,42} apontam como preocupações de saúde pública os sinais de estresse ocupacional e alertam para a necessidade de esforços para melhorar a qualidade do equilíbrio entre vida profissional e pessoal, mesmo diante de um longo cenário de pandemia e suas consequências ao longo dos anos. Em outro estudo, os autores sistematizaram a eficácia do treinamento e das intervenções organizacionais para aliviar o impacto negativo da Covid-19 no trabalho. As intervenções diminuíram significativamente a força percebida da crise da Covid-19 e aumentaram a relevância do trabalho para a equipe médica em uma UTI, encarregada de cuidar de pacientes com Covid-19 em estado crítico⁴³.

Nota-se que a atenção psicológica aos profissionais precisa ser contínua, e, no contexto da pandemia, torna-se imprescindível para que se garanta que o indivíduo tenha condições, de fato, para desenvolver cuidados aos usuários no contexto hospitalar³⁶. Por outro lado, persiste uma preocupação com relação

à adequação da oferta sistemática de acompanhamento psicológico aos profissionais de saúde que atuam nos setores críticos, haja vista que muitas organizações de saúde já comprometeram recursos para o bem-estar dos profissionais de saúde, mas poucas publicaram seus protocolos de intervenção. A maioria optou por serviços de linha de apoio, geralmente aplicáveis e eficazes para problemas sociais e psicológicos urgentes.

O monitoramento regular, mediante a testagem laboratorial dos profissionais de saúde, torna-se imprescindível, permitindo maior agilidade na reorganização da força de trabalho, uma vez que aqueles com resultado do teste negativo para Covid-19 retornam mais rapidamente às suas atividades laborais. Aditivamente, o rastreamento dos profissionais com infecção assintomática (vigilância e monitoramento de sintomáticos ou assintomáticos, vigilância contínua dos distúrbios psicológicos, intervenções psicológicas e psicossociais em longo prazo) interrompe a cadeia de transmissão no ambiente laboral, reduzindo a propagação do vírus e, em prossecução, o absenteísmo, colaborando para a proteção da saúde mental dos profissionais³⁷.

O aumento da jornada de trabalho, a redistribuição e o estigma ocupacional foram associados à saúde mental adversa. Nesse contexto, estudos^{44,45} recomendam estratégias de organização orientadas para o relacionamento (por exemplo, apoio aos trabalhadores e suas famílias, comunicação transparente e compensação aos trabalhadores) durante uma pandemia, para preservação da saúde mental.

Considerações finais

O estudo retratou e sintetizou as multivariáveis de maior risco e os fatores de proteção à saúde mental dos profissionais de saúde no contexto hospitalar em tempos de Covid-19 associados a fatores determinantes e condicionantes de risco identificados nos âmbitos organizacional, social e pessoal.

Reconhecem-se as limitações deste estudo devido à falta de pesquisas anteriores sobre o tema abordado, considerando as novas lacunas provenientes do contexto inusitado de uma pandemia dessa magnitude. Desse modo, ressalta-se a importância de estudos observacionais longitudinais de longo alcance e ensaios clínicos para ampliar as evidências empíricas para que os formuladores de políticas respondam oportunamente a outras pandemias.

Ao considerar os fatores determinantes para o adoecimento psíquico nos profissionais de saúde no contexto hospitalar, os achados desta revisão podem constituir uma das iniciativas para subsidiar reflexões acerca da necessidade de construção de parâmetros para o monitoramento contínuo da saúde mental ancorados em políticas hospitalares. Estas, inclusive, podem ser adaptáveis para uso presencial ou em plataformas digitais, conforme as necessidades dos profissionais de saúde e a capacidade técnica dos hospitais, pois as repercussões psicológicas e psicossociais da pandemia de Covid-19 podem ter efeitos mais duradouros do que o esperado.

Assim, o desafio consiste, fundamentalmente, na atualização de respostas institucionais,

por meio de diretrizes e fortalecimento de competências, para estabelecer um processo de monitoramento contínuo dos fatores de risco para repercussões mentais, em curto e longo prazos, que impactarão (ou já estão impactando) a força de trabalho, neste momento, ou ante outras situações que exijam a transformação rápida de processos de cuidado e de trabalho nos serviços de saúde.

Colaboradoras

Novais JCEA (0000-0002-9046-5316)* contribuiu para concepção, desenho da obra, aquisição, elaboração, levantamento dos dados, análise e interpretação de dados, e revisão final; e foi responsável por todos os aspectos do trabalho. Santos MM (0000-0002-4333-8525)* contribuiu para concepção, desenho da obra, análise dos dados, análise e interpretação de dados, elaboração e revisão final. Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)* contribuiu para sua elaboração com as seguintes atividades: análise e interpretação dos dados na elaboração do trabalho. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Helioterio MC, Lopes FQ, Sousa CC, et al. Covid-19: por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab. Educ. Saúde*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 18(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>.
2. Dal’Bosco EB, Floriano LS, Skupien SV, et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. *Rev Bras Enfermagem*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 73(supl2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0434>.
3. Rahman A. A scoping review of COVID-19-related stress coping resources among nurses. *Inter J. Nursing Scienc*. 2022 [acesso em 2022 ago 11]; 9(2):259-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.02.008>.
4. Siddiqui I, Aurelio M, Gupta A, et al. COVID-19: Causes of anxiety and wellbeing support needs of healthcare professionals in the UK: a cross-sectional survey. *Clinic. Med*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 21(1):66-72. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0502>.
5. Oktay Arslan B, Batum Ö, Varol Y, et al. COVID-19 phobia in healthcare workers; a cross-sectional study from a pandemic hospital. *Tuberk Toraks*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 69(2):207-16. Disponível em: <https://doi.org/10.5578/tt.20219810>.
6. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 3(3):e203976. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
7. Khoo EJ, Lantos JD. Lessons learned from the COVID 19 pandemic. *Acta Paediatrica*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 109(7):1323-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.15307>.
8. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; (160). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>.
9. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016 [acesso em 2022 ago 11]; 5(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.
10. Phiri P, Ramakrishnan R, Rathod S, et al. An evaluation of the mental health impact of SARS-CoV-2 on patients, general public and healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMed*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; (34):100806. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100806>.
11. Pappa S, Sakkas N, Sakka E. A year in review: sleep dysfunction and psychological distress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Sleep Med*. 2022 [acesso em 2022 ago 11]. 91:237-245. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389945721003919?via%3Dihub>.
12. Murray E, Goodfellow H, Bindman J, et al. Development, deployment and evaluation of digitally enabled, remote, supported rehabilitation for people with long COVID-19 (Living With COVID-19 Recovery): protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022 [acesso em 2022 ago 11]; 12(2):e057408. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057408>.
13. Ollis L, Shanahan P. Stress, psychological distress and support in a health care organization during Covid 19: a cross sectional study. *J. Nursing Manag*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 30(2):359-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13526>.
14. Siddiqui I, Aurelio M, Gupta A, et al. COVID-19: Causes of anxiety and wellbeing support needs of healthcare professionals in the UK: a cross-sectional survey. *Clin Med*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 21(1):66-72. Disponível em: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0502>.
15. Grabbe L, Higgins MK, Baird M, et al. Impact of a

- resiliency training to support the mental well-being of front-line workers. *Medical Care*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 59(7):616-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000001535>.
16. Prasad K, McLoughlin C, Stillman M, et al. Prevalence and correlates of stress and burnout among U.S. healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey study. *EclinicalMed*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; (35):100879. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100879>.
 17. Kanellopoulos D, Solomonov N, Ritholtz S, et al. The CopeNYP program: a model for brief treatment of psychological distress among healthcare workers and hospital staff. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; (73):24-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.09.002>.
 18. O'Sullivan O, Barker-Davies RM, Thompson K, et al. Reabilitação pós-COVID-19: observações transversais usando a ferramenta de avaliação remota do Stanford Hall. *BMJ Mil Health*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 169(3):243-248. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34039689/>.
 19. Chow KM, Law BM, Ng MS, et al. A review of psychological issues among patients and healthcare staff during two major coronavirus disease outbreaks in china: contributory factors and management strategies. *Inter J. Envi Rese Pub. Health*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 17(18):6673. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186673>.
 20. Juan Y, Yuanyuan C, Qiuxiang Y, et al. Psychological distress surveillance and related impact analysis of hospital staff during the COVID-19 epidemic in Chongqing, China. *Comprehensive Psych*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; (103):152198. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152198>.
 21. Chew NW, Lee GK, Tan BY, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behav. Immun*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; (88):559-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>.
 22. Gupta B, Sharma V, Kumar N, et al. Anxiety and sleep disturbances among health care workers during the COVID-19 pandemic in India: cross-sectional online survey. *JMIR*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 6(4):e24206. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/24206>.
 23. Raofi S, Pashazadeh Kan F, Rafiei S, et al. Anxiety during the COVID-19 pandemic in hospital staff: systematic review plus meta-analysis. *BMJ Sup & Pal Care*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; (13):127-135. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003125>.
 24. Kheradmand A, Mahjani M, Pirsalehi A, et al. Mental health status among healthcare workers during COVID-19 pandemic. *Iranian J. Psych*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 16(3):250-259. Disponível em: <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6250>.
 25. Oktay Arslan B, Batum Ö, Varol Y, et al. COVID-19 phobia in healthcare workers; a cross-sectional study from a pandemic hospital. *Tuber Toraks*. 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 69(2):207-16. Disponível em: <https://doi.org/10.5578/tt.20219810>.
 26. Htay MN, Marzo RR, AlRifai A, et al. Immediate impact of COVID-19 on mental health and its associated factors among healthcare workers: a global perspective across 31 countries. *J. Global Health*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 10(2). Disponível em: <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020381>.
 27. Crevenna R. The Effects of a Multi-factorial Rehabilitation Program for Healthcare Workers Suffering From Post-COVID-19 Fatigue Syndrome. 2021. [acesso em 2022 ago 11]; Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04841759>.
 28. Cabarkapa S, King JA, Ng CH. The psychiatric impact of COVID-19 on healthcare workers. *Austr. J. Gen Pract*. 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 49(12):791-5. Disponível em: <https://doi.org/10.31128/ajgp-07-20-5531>.
 29. Awano N, Oyama N, Akiyama K, et al. Anxiety, depression, and resilience of healthcare workers in japan

- during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Inter. Med.* 2020 [acesso em 2022 ago 11]; 59(21):2693-9. Disponível em: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.5694-20>.
30. Weibelzahl S, Reiter J, Duden G. Depression and anxiety in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Epid and Infect.* 2021 [acesso em 2022 ago 11]; (149):E46. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0950268821000303>.
 31. De Brier N, Stroobants S, Vandekerckhove P, et al. Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, MERS & COVID-19): A rapid systematic review. *PLOS ONE.* 2020 [acesso em 11 nov 2022]; 15(12):e0244052. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052>.
 32. Robles R, Morales-Chainé S, Bosch A, et al. Mental health problems among COVID-19 frontline healthcare workers and the other country-level epidemics: the case of Mexico. *Inter J. Env Res and Public Health.* 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 19(1):421. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010421>.
 33. Azoulay E, Pochard F, Reignier J, et al. Symptoms of mental health disorders in critical care physicians facing the second COVID-19 wave. *Chest* 2021 [acesso em 2022 ago 11]; 160(3):944-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.05.023>.
 34. Carmassi C, Foghi C, Dell'Oste V, et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research.* 2020 [acesso em 2022 ago 11]; (292):113312. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>.
 35. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: a mixed method study. *Inten. Crit. Care Nursing.* 2020 [acesso em 2022 ago 11]; (63):102999. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102999>.
 36. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, et al. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: a rapid systematic review. *Brain behav. immun.* 2020 [acesso em 2022 ago 11]; (8):100144. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>.
 37. Doherty AM, Colleran GC, Durcan L, et al. A pilot study of burnout and long covid in senior specialist doctors. *Ir. j. med. Sci.* 2021 [acesso em 2022 ago 11]; (191):133-137. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02594-3>.
 38. Benzakour L, Langlois G, Marini V, et al. Implementation of a psychiatric consultation for healthcare workers during first wave of COVID-19 outbreak. *Inter J. Env Res and Public Health.* 2022 [acesso em 2022 ago 11]; 19(8):4780. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084780>.
 39. Kavoor AR, Chakravarthy K, John T. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian J. Psych.* 2020 [acesso em 2022 ago 11]; (51):102074. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102074>.
 40. Jacobsson M, Härgestam M, Bååthe F, et al. Organizational logics in time of crises: How physicians narrate the healthcare response to the Covid-19 pandemic in Swedish hospitals. *BMC.* 2022 [acesso em 2022 nov 12]; 22(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08094-z>.
 41. Buselli R, Corsi M, Veltri A, et al. Mental health of Health Care Workers (HCWs): a review of organizational interventions put in place by local institutions to cope with new psychosocial challenges resulting from COVID-19. *Psych. Research.* 2021 [acesso em 2022 nov 12]; 299:113847. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113847>.
 42. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European heart journal. Acute cardiovascular care.* 2020 [aces-

so em 2022 nov 12]; 9(3):241-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>.

43. Liu D, Chen Y, Li N. Tackling the negative impact of COVID-19 on work engagement and taking charge: A multi-study investigation of frontline health workers. *J. appl. psychol.* 2021 [acesso em 2022 nov 12]; 106(2):185-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/apl0000866>.

44. Blanchard J, Li Y, Bentley SK, et al. The perceived work environment and well-being – a survey of emergency healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Acad Emer Med.* 2022 [acesso em 2022 nov 12]; (29):851-861. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.14519>.

45. Labrague LJ, Santos JA. Fear of COVID 19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *J. of Nurs. Manag.* 2020 [acesso em 2022 nov 12]; 29(3):395-403. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>.

Recebido em 17/11/2022
Aprovado em 04/05/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Decisão de profissionais de saúde sobre sua vacinação anti-Covid-19: revisão integrativa

Decision of health professionals about their anti-COVID-19 vaccination: integrative review

Juliana Barbosa Cardoso¹, Audrey Vidal Pereira¹, Márcia Vieira dos Santos¹, Luiz Henrique dos Santos Ribeiro¹, Bianca Dargam Gomes Vieira¹, Paolla Amorim Malheiros Dulfe¹, Dolores Lima da Costa Vidal²

DOI: 10.1590/0103-1104202313822

RESUMO A decisão vacinal de profissionais de saúde tem sido observada em diferentes países, devido ao seu comportamento de hesitação frente à vacinação contra a Covid-19, que pode interferir no controle da pandemia. Pretendeu-se identificar os fatores associados à decisão vacinal de profissionais de saúde contra a Covid-19 em publicações de julho de 2020 a julho de 2022. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science e Cinahl. Das 439 publicações, foram escolhidos 35 artigos para análise. As características sociodemográficas da decisão vacinal revelaram que profissionais não médicos, principalmente enfermeiros, apresentaram maior hesitação. O estudo revelou fatores associados à hesitação vacinal, tais como: dúvidas sobre a eficácia das vacinas e o processo de produção, insegurança pela escassez de estudos, medo dos efeitos colaterais e informações veiculadas em mídias sociais. Em relação à aceitação e à recomendação vacinal, ressaltam-se a vacinação prévia contra a influenza, a confiança na eficácia das vacinas e o receio pelo risco de contágio por Covid-19. A identificação dos fatores associados à decisão vacinal de profissionais de saúde contra a Covid-19 foi estratégica em relação à ampliação da cobertura vacinal, tanto para a proteção da saúde dos profissionais quanto para a da população.

PALAVRAS-CHAVE Vacinação. Covid-19. Hesitação vacinal. Recusa de vacinação. Pessoal de saúde.

ABSTRACT *The vaccine decision of health professionals has been observed in different countries, due to their hesitation behavior in the face of vaccination against COVID-19, which can interfere with the control of the pandemic. It was intended to identify the factors associated with the vaccination decision of health professionals against COVID-19 in publications from July 2020 to July 2022. An Integrative Literature Review was carried out in PubMed, Scopus, Web of Science and CINAHL databases. Of the 439 publications, 35 articles were chosen for analysis. The sociodemographic characteristics of the vaccine decision revealed that non-medical professionals, mainly nurses, had greater vaccine hesitancy. The study revealed factors associated with vaccine hesitancy, such as: doubts about the effectiveness of vaccines and the production process, insecurity due to lack of studies, fear of side effects and information conveyed on social media. Regarding vaccine acceptance and recommendation, prior vaccination against influenza, confidence in the effectiveness of vaccines and fear of the risk of contagion by COVID-19 stand out. Identifying the factors associated with the vaccination decision of health professionals against COVID-19 was strategic in relation to expanding vaccination coverage, both to protect the health of professionals and the population.*

KEYWORDS Vaccination. COVID-19. Vaccination hesitancy. Vaccination refusal. Health staff.

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.

julianabarbosacardoso@id.uff.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Historicamente, a imunização vem sendo identificada como uma estratégia assertiva e eficaz no combate às doenças infecciosas¹. Neste sentido, o desenvolvimento de vacinas tem tomado um porte expressivo no âmbito mundial, por serem consideradas como ferramentas potentes no enfrentamento da pandemia e no controle da Covid-19^{2,3}. Neste contexto, o fortalecimento dos programas de imunização tem se tornado essencial para a prevenção e a promoção da saúde, incentivando a população à utilização das vacinas, contando com os profissionais de saúde na linha de frente desse processo⁴.

Concomitantemente, um movimento anti-vacina, de extrema resistência, tem tomado o mundo inteiro, se apresentando como grande desafio no controle de agravos infectocontagiosos, especialmente no enfrentamento à pandemia da Covid-19^{5,6}. Surpreendentemente, este comportamento não vem acontecendo distantemente dos profissionais de saúde, mesmo diante de um maior risco de contágio pela exposição ao Covid-19 no ambiente do trabalho ou da eminente ameaça de transmitir a doença aos seus contatos domiciliares. Dessa forma, a hesitação desses profissionais de saúde frente à vacinação contra a Covid-19 vem se manifestando como um comportamento nocivo à sua saúde e à saúde coletiva⁷⁻¹¹.

Os profissionais de saúde lidam diretamente com o cuidado ao público, mediante ações de assistência e acompanhamento de pessoas contaminadas pelo coronavírus. E, significativamente, se implicam no cenário da testagem e da vacinação contra a Covid-19, desenvolvendo um papel decisivo na orientação da população em relação à vacinação, de modo geral. Por esta razão, a sua tomada de decisão vacinal torna-se alvo de pesquisas para a obtenção de maiores conhecimentos e aprofundamentos^{2,9,10,12}.

Desse modo, esta revisão torna-se importante no sentido de conhecer os fatores associados que interferem tanto na resistência quanto na predisposição de profissionais de

saúde em relação às vacinas, principalmente no período da pandemia da Covid-19. Isto com vistas à ampliação da cobertura vacinal, tanto para a proteção da saúde dos profissionais quanto para a da população.

Pretende-se identificar os fatores associados à decisão vacinal de profissionais de saúde contra a Covid-19 em publicações de julho de 2020 a julho de 2022.

Material e métodos

Trata o presente estudo de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL)¹³ sobre a aceitação e a hesitação de profissionais de saúde em relação à vacinação contra a Covid-19, tendo sido desenvolvido com base nas recomendações do guia internacional PRISMA-ScR26¹⁴.

Para iniciar, foi descrita a questão de pesquisa: 'Quais os fatores identificados em artigos publicados entre julho de 2020 e julho de 2022 que interferem na hesitação e na aceitação de profissionais de saúde, em relação à vacinação contra a Covid-19?'. Essa questão foi definida a partir da estratégia PICO: Participantes (profissionais de saúde), Interesse (fatores associados à hesitação e à aceitação) e Contexto (vacinação contra a Covid-19).

Em seguida, foram estabelecidos os descritores do estudo, obedecendo à terminologia padronizada cientificamente, que auxilia na identificação das publicações por assuntos, e confirmados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e na Medical Subjects Headings (MeSH). Os descritores limitados no DeCS foram: "Vacinação", "Covid-19", "Hesitação", "Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde", "Profissionais de Saúde". No MeSH: "Vaccination", "Covid-19", "Vaccination Hesitancy", "Patient Acceptance of Health Care", "Health Personnel". Como estratégias de investigação dos descritores, foi utilizada a busca avançada com o operador booleano AND nas seguintes articulações: "Vaccination" AND "COVID-19" AND "Healthcare Worker" AND "Hesitancy" AND "Health Personnel".

A busca foi realizada entre os dias 02 e 03 de agosto de 2022, nas seguintes bases de dados: PubMed, Scopus, Web of Science e Cinahl.

Os critérios de inclusão foram: estudos originais, gratuitos, completos e disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre julho de 2020 e julho de 2022, tendo como marco temporal o desenvolvimento da vacina contra a Covid-19, além da temática para a aceitação e a hesitação vacinal pelos profissionais de saúde. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, editoriais, relatos de experiência, resumos, estudos realizados com a população em geral ou com uma categoria profissional específica, e publicações que não incluíam hesitação ou aceitação em relação à vacinação contra a Covid-19.

Houve a busca inicial das publicações nas bases de dados e, em seguida, foram excluídos os registros duplicados. Foi realizada a leitura de todos os títulos dos artigos, seguida dos resumos por pares, independentemente. Utilizou-se o método triplo cego, a fim de que o revisor pudesse identificar estudos potencialmente elegíveis, de acordo com os critérios estabelecidos. Posteriormente, houve a leitura integral do texto, além da exclusão das publicações que não estavam relacionadas à temática, resultando nos achados pertinentes.

Em relação à inclusão ou à exclusão dos artigos nos momentos de dúvidas e/ou divergências entre os revisores, quanto à sua elegibilidade, as questões foram resolvidas em consenso.

Os artigos foram classificados, segundo os níveis de evidência reconhecidos nos estudos, da seguinte forma: 1) evidências resultantes

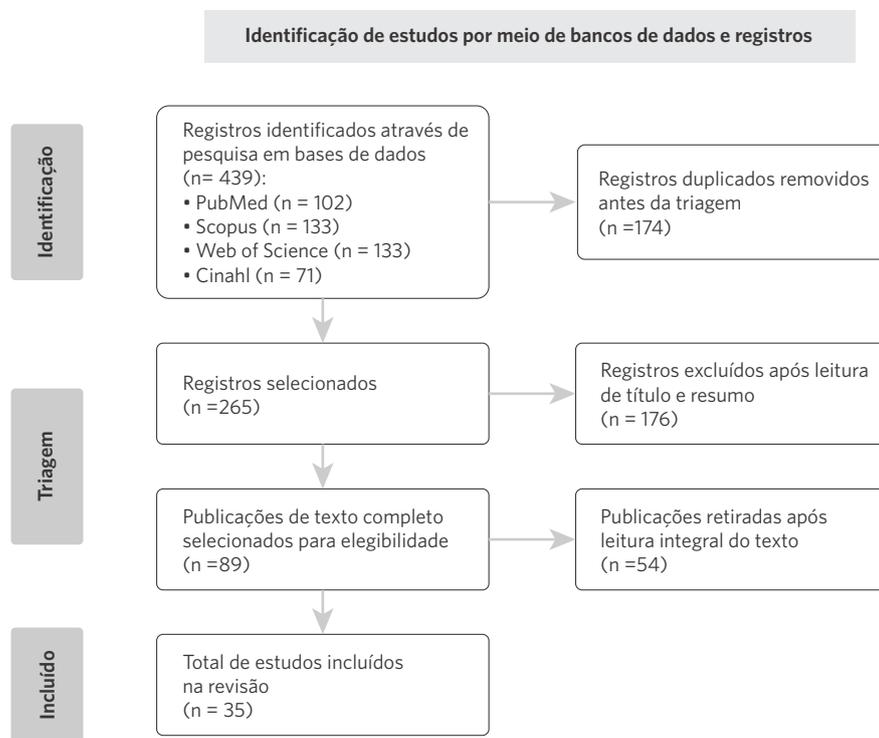
da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; 2) evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; 3) evidências de estudos quase-experimentais; 4) evidências de estudos descritivos ou com abordagem qualitativa; 5) evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e 6) evidências baseadas em opiniões de especialistas¹⁵.

A análise dos dados referente à tomada de decisão dos profissionais de saúde em relação à vacinação contra a Covid-19 foi realizada sob influência de Bardin, seguindo as etapas preconizadas para análise temática¹⁶. As categorias analíticas foram assim preestabelecidas: fatores associados à hesitação vacinal e fatores que favorecem a aceitação dos profissionais de saúde, em relação à vacinação contra a Covid-19.

Resultados

Na primeira fase de buscas, foram identificadas 439 publicações indexadas em periódicos científicos, assim divididas entre as seguintes bases de dados: 102 artigos na PubMed, 133 na Scopus, 133 na Web of Science e 71 na Cinahl. Foram excluídos 174 registros duplicados, mantendo-se 265 publicações. Após leitura de todos os títulos e realização de resumos por pares, independentemente, foram excluídas 176 e mantidas 89 publicações. Posteriormente à leitura integral do texto, foram retiradas 54 publicações, por não responderem à questão de pesquisa. Finalizando, obteve-se o total de 35 artigos para análise. O processo de seleção encontra-se apresentado na *figura 1* a seguir, referente ao fluxograma PRISMA¹⁴.

Figura 1. PRISMA 2020, fluxograma do processo de seleção dos estudos sobre hesitação vacinal de enfermeiros



Fonte: adaptado de PRISMA¹⁴.

Questões relacionadas ao ano de publicação, local de origem da pesquisa, campo de estudo e à coleta de dados foram quantificadas,

possibilitando um resumo analítico dos artigos, como pode ser observado na *tabela 1*.

Tabela 1. Resumo analítico dos artigos

Ano de publicação	n	%
Ano 2022 ^{6,16-23,25-27,29,31-33,40,41,43}	19	54,28
Ano 2021 ^{3,8,9,11-13,24,28,30,34-39,42}	16	45,71
Local de origem		
América do Norte ^{13,27,32-34,37,38}	7	20
África ^{9,16,20,36,42}	5	14,28
Ásia ^{3,8,18,19,23-26,28,29,8,41,43}	13	37,14
Europa ^{11,22,35,39,40}	5	14,28
Eurásia ^{6,12,21,30,31}	5	14,28
Campo de estudo		
Áreas Diversas ^{3,6,8,9,11,13,19,20,24,26,27,28,30,33,34,36,37,39,40}	19	54,28
Atenção Primária à Saúde ^{17,29,31}	3	8,57
Hospitalar ^{12,16,18,21-23,25,32,35,38,41-43}	13	37,14

Tabela 1. Resumo analítico dos artigos

Tipos de coleta de dados	n	%
Online ^{3,6,8,9,11-13,16-19,21,22,27,28,29,30-37,39,40,41,43}	28	80
Presencial ^{20,23,24,25,26,38,42}	7	20
Método		
Transversal ^{3,6,8,9,11-13,16-43}	35	100
Quantitativo ^{3,6,8,9,11-13,16-31,33-43}	34	97,14
Misto ³²	1	2,85
Base de Indexação		
PubMed ^{3,6,8,9,11-13,16-43}	35	100
Nível de Evidência		
3 ^{3,6,8,9,11-13,16-43}	35	100
Total	35	100

Fonte: elaboração própria.

No que se refere ao período de publicação, verificou-se que o maior quantitativo de publicações se deu no ano de 2022 (54,28%), que foi seguido de forma equitativa pelo ano de 2021 (45,71%).

Quanto à origem das pesquisas, pôde-se observar um predomínio de artigos publicados nas seguintes regiões: Ásia (37,14%), América do Norte (20%), África (14,28%), Europa (14,28%) e Eurásia (14,28%), tendo a PubMed como a principal base de dados para a indexação dos artigos científicos identificados.

Os campos dos estudos, em sua maior parte, foram as áreas hospitalares (37,14%), tendo 8,57% das pesquisas sido desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) e 54,28% realizadas em áreas denominadas como diversas, por abrangerem diferentes campos de atuação dos profissionais de saúde.

No que concerne à classificação do nível de evidência, 100% dos artigos foram considerados como nível 3, dando visibilidade aos estudos observacionais nesse período – 100% de estudos transversais. Destes, 97,14% são estudos quantitativos. Apenas um estudo é considerado misto.

Quanto à coleta de dados, 80% foram obtidos online e 20% presencialmente. Os questionários online foram colocados à disposição através de plataformas em redes sociais ou por meio dos e-mails nos próprios serviços de saúde. Sete pesquisas ocorreram mediante aplicação de entrevistas presenciais.

Após leitura integral dos textos e análise das informações relacionadas ao perfil, pôde-se constatar que os profissionais de saúde do sexo masculino^{5,10-12,18-20,22,25,26,31,32,36,38,44}, com idades mais avançadas^{5,10,12,18,19,21,22,36,39}, maiores índices de escolaridade^{10,11,18,19,22,25,34,44} e casados²¹ estiveram mais dispostos a aceitar a vacinação contra a Covid-19. Já as profissionais de saúde do sexo feminino^{7,10,17,22,29,34,35,42}, mais jovens^{8,11,28,42}, solteiras⁸, com menores rendas salariais^{8,10,28,35,39,44}, menores níveis de escolaridade^{7,10,28,35,43,44} e pertencentes a categorias não médicas^{5,7,8,11,18,22,25-27,36,40,43} se apresentaram com maiores índices de hesitação vacinal.

Os dados de caracterização dos artigos, como autoria, país e ano de publicação, foco, amostra, desfecho e nível de evidência foram descritos de acordo com o que se pode observar no *quadro 1* a seguir.

Quadro 1. Caracterização dos artigos analisados

Autor - País - Ano	Foco Amostra	Desfecho	Nível de Evidência
Ashok N, Krishnamurthy K, Singh K, Rahman S, Majumder MAA. Índia, 2021 ³	Hesitação Vacinal n:264	Alta taxa de hesitação vacinal entre profissionais de saúde. Os formuladores de políticas públicas devem tomar medidas para aumentar a conscientização da população e garantir vacinas oportunas e acessíveis para os profissionais da saúde e população em geral com campanhas eficazes de promoção de adesão vacinal.	3
Briko NI, Korshunov VA, Min-dlina AY, Polibin RV, Antipov MO, Brazhnikov AI, et al. Rússia, 2022 ⁶	Aceitação Vacinal n:85216	A baixa aceitação dos profissionais da saúde para a vacinação contra o Covid-19 pode ser explicada pelo baixo nível de conscientização. São necessários programas educacionais utilizando todas as formas e métodos de educação possíveis. O que pode contribuir para um aumento gradual da cobertura vacinal.	3
Al-Sanafi M, Sallam M. Kuwait, 2021 ⁸	Aceitação Vacinal n:1019	Hesitação vacinal ligada as crenças da conspiração. Os maiores preditores de aceitação foram a responsabilidade coletiva e a confiança. Os profissionais de saúde desempenham um papel central na educação de seus pacientes e do público em geral sobre os benefícios da vacinação Covid-19.	3
Amuzie CI, Odini F, Kalu KU, Izuka M, Nwamoh U, Emma-Ukaegbu U, et al. Nigéria, 2021 ⁹	Hesitação Vacinal n:422	A hesitação vacinal foi elevada entre os profissionais de saúde. Preditores sociodemográficos significativos influenciaram na aceitação vacinal. Recomendamos que os Ministérios da Saúde realizem campanhas de conscientização voltadas para a faixa etária mais jovem, solteiros, classe de baixa renda e corpo não clínico.	3
Janssen C, Maillard A, Bodelet C, Claudel AL, Gaillat J, Delory T. França, 2021 ¹¹	Hesitação Vacinal n:4349	Entre os profissionais hesitantes, o medo de eventos adversos é a principal preocupação. Campanhas de informação direcionadas tranquilizando sobre eventos adversos podem aumentar a cobertura vacinal em uma população com forte opinião sobre programas de imunização obrigatórios.	3
Kara Esen B, Can G, Pirdal BZ, Aydin SN, Ozdil A, Balkan II, et al. Turquia, 2021 ¹²	Hesitação Vacinal n:705	Compartilhar de forma transparente as informações com o público sobre os processos de produção de vacinas Covid-19 e os resultados das administrações de vacinas, incluindo dados de eficácia e segurança, pode ser importante para melhorar a aceitação das vacinas.	3
DoTVC, Thota Kammili S, Reep M, Wisnieski L, Ganti SS, Depa J. EUA, 2021 ¹³	Aceitação Vacinal n:1076	É fundamental abordar as preocupações dos profissionais de saúde em relação à vacina por meio de novas pesquisas e recursos educacionais direcionados, o que levará a uma maior taxa de aceitação entre os profissionais de saúde e pode aumentar a aceitação do público por recomendação.	3
Yilma D, Mohammed R, Abdela SG, Enbiale W, Seifu F, Pareyn M, et al. Etiópia, 2022 ¹⁶	Aceitação Vacinal n:1314	Fortalecer espaços de treinamento, buscando sanar dúvidas e preocupações com a segurança das vacinas. Dar ênfase à demonstração do impacto da Covid-19 no nível pessoal, público e nacional. Intervenções voltadas aos profissionais de saúde mais jovens e não médicos.	3
Yan YY, Wang HT, Fan TY, Sun XJ, Du ZH, Sun XM. China, 2022 ¹⁷	Hesitação Vacinal n:998	Médicos especializados em medicina tradicional chinesa tiveram menor aceitação vacinal em comparação com os clínicos gerais. Profissionais não médicos demonstraram maior incerteza quanto à eficácia da vacina e maior confiança em redes sociais.	3
Wang H, Huang YM, Su XY, Xiao WJ, Si MY, Wang WJ, et al. China, 2022 ¹⁸	Aceitação Vacinal n:2681	A aceitação da vacina Covid-19 pode ser prejudicada por preocupações com acesso, segurança, eficácia e riscos percebidos em contrair o Covid-19. A confiança na vacina recomendada pelo governo e pelo sistema de saúde foi importante para a decisão vacinal.	3
Saddik B, Al-Bluwi N, Shukla A, Barqawi H, Alsayed HAH, Sharif-Askari NS, et al. Emirados Árabes Unidos, 2022 ¹⁹	Aceitação Vacinal n:517	Preocupação com efeitos colaterais. Percepção de risco e nível de confiança na empresa e no país de fabricação previram a hesitação vacinal. Campanhas eficazes de vacinação devem conscientizar sobre os riscos percebidos do Covid-19, responsabilidade social e preferências individuais.	3
Nomhwange T, Wariri O, Nke-reuwem E, Olanrewaju S, Nwosu N, Adamu U et al. Nigéria, 2022 ²⁰	Hesitação Vacinal n:10184	Profissionais que receberam as vacinas contra a Covid-19 como parte da primeira fase da implantação da vacina nacional relataram estar confiantes nas vacinas Covid-19. A hesitação esteve relacionada com questões de segurança e informações negativas das mídias sociais.	3
Öncel S, Alvrur M, Çakıcı Ö. Turquia, 2022 ²¹	Intenção Vacinal n:1808	Mulheres, médicos, enfermeiros, parteiras, profissionais de saúde com 51 anos ou mais, profissionais de saúde com filhos, casados, e que usam revistas científicas e anúncios da OMS como fontes de informação estavam mais inclinados a aceitar vacinas Covid-19.	3

Quadro 1. Caracterização dos artigos analisados

Author - País - Ano	Foco Amostra	Desfecho	Nível de Evidência
Moirangthem S, Olivier C, Gagneux-Brunon A, Péllissier G, Abiteboul D, Bonmarin I, et al. França, 2022 ²²	Intenção Vacinal n:5234	O estudo sugere que a confiança nos sistemas de saúde são antecedentes distintos da vacinação entre os trabalhadores da saúde e da assistência social, o que deve ser levado em conta na promoção da vacina. Apresenta uma percepção positiva do incentivo do empregador para se vacinar.	3
Mathur M, Verma A, Mathur N, Singhal Y, Dixit M, Patyal A, et al. Índia, 2022 ²³	Aceitação Vacinação n:3102	O tempo de implantação da vacina contra Covid-19 foi considerado adequado. O efeito indesejável mais comum após a vacinação foi a dor local. A vacina foi considerada segura e eficaz. A segurança da vacina Covid-19 também depende da infecção anterior do Covid-19 e envolvimento no atendimento ao paciente.	3
Maraqa B, Nazzal Z, Rabi R, Sarhan N, Al-Shakhra K, Al-Kaila M. Palestina, 2021 ²⁴	Hesitação Vacinal n:1159	Maior aceitação entre aqueles que receberam a vacina contra a gripe e que apresentaram maior conhecimento relacionado ao Covid-19. A aceitação da vacina entre os profissionais foi muito menor do que o esperado e uma vez que estes influenciam na atitude da comunidade em geral é importante investir em informação.	3
Maqsood MB, Islam MA, Al Qarni A, Nisa ZU, Ishaqui AA, Alharbi NK, et al. Arábia Saudita, 2022 ²⁵	Aceitação Vacinal n:1031	Grande parte dos participantes foi vacinada e expressou confiança na vacinação Covid-19. As apreensões estiveram relacionadas com efeitos adversos, eficácia das vacinas em variantes do vírus e fatores demográficos.	3
Li G, Zhong Y, Htet H, Luo Y, Xie X, Wichaidit W. Tailândia, 2022 ²⁶	Aceitação Vacinal n:226	A aceitação da vacina esteve associada à gravidade percebida da doença, dano percebido por não vacinação e menor expectativa de eficácia da vacina. Os trabalhadores estavam dispostos a aceitar a vacina Covid-19 e tal aceitação estava associada a componentes do modelo de crença em saúde.	3
Leigh JP, Moss SJ, White TM, Picchio CA, Rabin KH, Ratzan SC, et al. EUA, 2022 ²⁷	Hesitação Vacinal n:3295	Médicos foram os menos hesitantes. A hesitação vacinal foi mais provável de ocorrer entre aqueles com renda inferior à média e, em menor grau, idade mais jovem. Preocupações de segurança, eficácia e falta de confiança de que as vacinas seriam distribuídas de forma equitativa estavam fortemente associadas à hesitação.	3
Kumar R, Alabdulla M, Elhassan NM, Reagu SM. Catar, 2021 ²⁸	Hesitação Vacinal n:1546	O principal preditor para a aceitação vacinal foi a compreensão da doença e da vacina. A educação sobre a segurança e eficácia da vacina pode potencialmente melhorar a aceitação entre os profissionais de saúde.	3
Koh SWC, Liow Y, Loh VWK, Liew SJ, Chan YH, Young D. Cingapura, 2022 ²⁹	Hesitação Vacinal n:528	Risco de exposição ao Covid-19 influencia na aceitação da vacina, o tempo é necessário para o profissional de saúde avaliar os benefícios. Estudos futuros podem se concentrar nas situações de maiores taxas de hesitação e aceitação de vacinas de reforço com o surgimento de variantes.	3
Kose S, Mandiracioglu A, Sahin S, Kaynar T, Karbus O, Ozbel Y. Turquia, 2021 ³⁰	Hesitação Vacinal n:1138	Apesar da incerteza das características das vacinas contra Covid-19, como eficácia, efeitos colaterais e duração da proteção, os entrevistados afirmaram que receberiam a vacina. Considerando que o grupo de idosos relutantes é mais suscetível, programas de vacinação podem visar os profissionais de saúde mais velhos.	3
İkişik H, Sezerol MA, Taşçı Y, Maral I. Turquia, 2022 ³¹	Hesitação Vacinal n:276	Se faz necessário conhecer os fatores que afetam as taxas de aceitação de vacinas dos profissionais de saúde, planejando ações estratégicas baseadas em evidências de estudos de vacinação, investigando as razões para a aceitação da vacina Covid-19 pelos profissionais de saúde em todos os níveis.	3
Hoffman BL, Boness CL, Chu KH, Wolynn R, Sallowicz L, Mintas D, et al. Pensilvania, 2022 ³²	Aceitação Vacinal n:540	Promover o compartilhamento de narrativas pessoais da vacina Covid-19 nas mídias sociais, combinadas com intervenções que visam razões específicas para a hesitação vacinal Covid-19 e enfatizando a liberdade de medo uma vez vacinada poderia ser eficaz na redução da hesitação.	3
Halbrook M, Gadoth A, Martin-Blais R, Gray AN, Kashani S, Kazan C et al. Califórnia, 2022 ³³	Aceitação Vacinal n:1323	Esforços de comunicação que enfatizam as evidências científicas da segurança e eficácia das vacinas contra Covid-19, têm sido positivos até mesmo no combate à infecção de variantes altamente transmissíveis, e a melhora do acesso às vacinas continuam sendo fundamentais para campanhas de vacinação em andamento.	3

Quadro 1. Caracterização dos artigos analisados

Autor - País - Ano	Foco Amostra	Desfecho	Nível de Evidência
Gatto NM, Lee JE, Massai D, Zamarripa S, Sasaninia B, Khurana D, et al. Califórnia, 2021 ³⁴	Intenção Vacinal n:2983	Apesar de um ambiente forte de apoio aos funcionários e proteção ao trabalho, os entrevistados relataram efeitos na saúde física e mental. Necessidades de intervenções culturais, considerando a diversidade dentro de grupos étnicos e raciais no que diz respeito às práticas culturais e crenças sobre a vacinação.	3
Gagneux-Brunon A, Detoc M, Bruel S, Tardy B, Rozaire O, Frappe P, et al. França, 2021 ³⁵	Intenção Vacinal n:2047	Durante a primeira onda de pandemia Covid-19, parte dos profissionais franceses concordariam em se vacinar contra o Covid-19. No entanto, observa-se discrepâncias entre as categorias ocupacionais, que devem ser analisadas mais detalhadamente para construir ferramentas eficazes de promoção da aceitação vacinal.	3
Fares S, Elmnyer MM, Mohamed SS, Elsayed R. Egito, 2021 ³⁶	Atitude Vacinal n:385	A ausência de ensaios clínicos suficientes e o medo dos efeitos colaterais da vacina foram as razões significativas para a hesitação e recusa vacinal. principal fator que poderia aumentar a aceitação da vacinação foi obter informações suficientes e precisas sobre as vacinas disponíveis.	3
Dzieciolowska S, Hamel D, Gadio S, Dionne M, Gagnon D, Robitaille L, et al. Canadá, 2021 ³⁷	Hesitação Vacinal n:2761	Os fatores de recusa incluíram a novidade da vacina, querendo que outros a recebessem primeiro e tempo insuficiente para a tomada de decisões. Esses achados podem ser usados no futuro para adaptar as comunicações e campanhas de promoção, buscando aumentar a adesão ao uso de vacinas.	3
Dubov A, Distelberg BJ, Abdul-Mutakabbir JC, Beeson WL, Loo LK, Montgomery SB, et al. Califórnia, 2021 ³⁸	Hesitação Vacinal n:2491	Política, escolaridade e renda foram significativos associados à situação vacinal. Descrever profissionais de saúde em grupos como 'antivacina versus pró-vacina' pode ser uma barreira nas intervenções educativas. Sugere que profissionais que ainda não se vacinaram sejam: mal-informados, indecisos e despreocupados.	3
Di Gennaro F, Murri R, Segala FV, Cerruti L, Abdulle A, Saracino A, et al. Itália, 2021 ³⁹	Atitude Vacinal n:1723	Um esforço contínuo é esperado por parte das autoridades de saúde pública para conter a hesitação vacinal. Profissionais de saúde desempenham um papel fundamental, pois são expostos ao risco de contágio e acabam sendo fonte de orientações aos pacientes.	3
Barello S, Maiorino G, Palamenghi L, Torri C, Acampora M, Gagliardi L, et al. Itália, 2022 ⁴⁰	Intenção Vacinal n:192	Compreensão das raízes psicossociais dos comportamentos vacinais para direcionar campanhas de comunicação pública. Desenvolvimento de campanhas de vacinação para se preparar para a próxima onda, promover a aceitação de vacinação neste contexto.	3
Aw J, Seah SSY, Seng BJJ, Low LL. Cingapura, 2022 ⁴¹	Hesitação Vacinal n:241	A hesitação vacinal é complexa e envolve fatores que devem ser avaliados criticamente em cada país para promover a aceitação vacinal. As medidas de promoção requerem uma abordagem que supere as barreiras culturais e de comunicação associadas à hesitação.	3
Adeniyi OV, Stead D, Singata-Madliki M, Batting J, Wright M, Jelliman E, et al. África do Sul, 2021 ⁴²	Aceitação Vacinal n:1308	Profissionais de saúde estavam dispostos a aceitar e acreditavam que outros deveriam receber a vacina Sars-CoV-2. No entanto, os profissionais de saúde com baixa escolaridade e aqueles com recusa prévia da vacina contra a Gripe mostraram-se hesitantes e devem ser alvo de campanhas.	3
Askarian M, Semenov A, Llopis F, Rubulotta F, Dragovac G, Pshenichnaya N, et al. Irã, 2022 ⁴³	Hesitação Vacinal n:4630	Conscientizar sobre os benefícios vacinais, enfrentando a desinformação e fortalecendo as ações sociais são estratégias primordiais para boa cobertura vacinal. O IDH esteve fortemente associado à hesitação vacinal, de forma que aqueles que vivem em contextos de baixo IDH são mais hesitantes.	3

Fonte: elaboração própria.

A comparação entre as informações apontadas nos artigos também tornou possível categorizar os fatores associados à hesitação vacinal e à aceitação dos profissionais de saúde, em relação à vacinação contra a Covid-19.

Fatores associados à hesitação vacinal

Os dados provenientes dos artigos analisados possibilitaram a identificação de alguns fatores prevalentes, tais como: dúvidas sobre a eficácia das vacinas^{2,11,17,19,20,24-29,31,33,34,37,40}, insegurança relacionada à escassez de estudos sobre vacinas contra a Covid-19^{2,17,19,20,21,25,29,31,37,38,40,44} e, de modo atrelado, medo de eventos adversos ou efeitos colaterais^{10-12,19,20,22,23,25,26,31-34,37,40,41}, além de informações negativas veiculadas por meio de mídias sociais^{7,8,18,19,21,40,42}.

Alguns fatores foram identificados com menor prevalência, tais como: preocupações relacionadas com a gravidez e a lactação^{12,17,21,33}, não obrigatoriedade do uso das vacinas^{10,22,33,37}, questões políticas associadas às vacinas contra a Covid-19^{33,34,39}, crenças em informes associados à conspiração^{17,39}, questionamentos relacionados à duração do efeito protetivo das vacinas^{31,38}, preocupações com questões de acesso à vacinação^{19,33}, acometimentos anteriores da própria Covid-19^{11,24}, tempo insuficiente para a avaliação dos benefícios da vacina e para o reforço da tomada de decisão^{30,38}, e crença no risco de infertilidade^{14,29}.

Fatores que favorecem a aceitação dos profissionais de saúde em relação à vacinação contra a Covid-19

Entre os fatores que favoreceram a aceitação de vacinas contra a Covid-19, sobressaíram-se questões como: vacinação anterior contra a influenza^{2,11,12,20,23,25,26,30,31,35,36,39,40,41,44}, confiança na produção e na eficácia das vacinas contra a Covid-19^{5,17,19,20,22-24,27,29,32-34,37,38}, receio de riscos por contágio/exposição à

Covid-19^{5,7,19,22,24,25,29,30,36-38,41} e infecção anterior por Covid-19^{11,17,23,24,33}, além de adesão às vacinas contra a Covid-19 ampliando a recomendação destas a outras pessoas^{5,17,27,35,38}. Em menor proporção, foram observados fatores como: fontes seguras de informações^{2,22,25,37}, crença em saúde^{10,19,27,41}, cargo ou função desempenhada no período da pandemia^{26,30,35}, maior compreensão da doença^{25,29}, confiança nos programas de imunização^{19,23} e influência de familiares/amigos³⁵.

Discussão

A hesitação vacinal atualmente é considerada como um problema de saúde pública. Especialmente quando se trata de hesitação vacinal contra a Covid-19 entre profissionais de saúde, devido à responsabilidade que eles deveriam assumir em relação à promoção da vacinação entre a população^{7,40}.

No Brasil, ainda que a APS¹⁸ seja o campo de maior circulação de vacinadores e da própria população em busca de vacinas contra a Covid-19, ocorrendo em Unidades Básicas de Saúde ou em Unidades de Saúde da Família⁴⁵, cabe destacar o fato de que existem poucos estudos sobre hesitação ou aceitação vacinal, o que dificulta a percepção do posicionamento tomado pelos profissionais diretamente envolvidos com a vacinação nesse âmbito.

Em relação aos fatores que interferem no processo de decisão vacinal dos profissionais de saúde, puderam ser observadas algumas similaridades entre alguns estudos, no que diz respeito à maior tendência de aceitação vacinal dos profissionais de saúde do sexo masculino, com idades mais avançadas, maiores índices de escolaridade e casados⁴⁶. Em contrapartida, as profissionais de saúde do sexo feminino, mais jovens, com menores níveis de escolaridade, menores rendas salariais e solteiras se apresentaram com maiores tendências à hesitação vacinal^{11,28,35,39}.

Uma questão que vale ser destacada é a identificação de maior hesitação vacinal em

profissionais não médicos, como se pôde perceber entre os(as) profissionais de enfermagem^{36,47}. Em alguma medida, este achado dialoga com o fato de as demais profissões da área da saúde terem a predominância de mulheres⁴⁸. De certa forma, tal apontamento corrobora com os achados desta revisão ao confirmar que a hesitação vacinal em profissionais de saúde encontra-se mais vinculada ao sexo feminino.

Em relação à hesitação, foram identificadas, em grande parte dos artigos, a insegurança relacionada à escassez de estudos sobre as vacinas contra a Covid-19 e a desconfiança relacionada aos processos de produção de vacinas. Essas questões tanto podem estar atreladas aos posicionamentos contrários à vacinação como também aos questionamentos referentes ao uso das vacinas contra a Covid-19 de modo emergencial, em uma perspectiva de urgência no controle da pandemia⁴⁹. Em continuidade a esta discussão, surge a preocupação com a segurança e a eficácia das vacinas, que também aparece no rol dos artigos como um dos fatores contribuintes para a hesitação⁵⁰. Por outro lado, confiar no processo de desenvolvimento das vacinas contra a Covid-19 dialoga com a tendência de aceitação vacinal⁵¹.

Outro fator marcante nos artigos foi o medo de eventos adversos ou efeitos colaterais provenientes das vacinas contra a Covid-19. Alguns estudos chamaram a atenção para a divulgação de mensagens de risco de doenças, supostas complicações associadas ao uso da vacina, alertando para a incerteza gerada pelo desconhecimento e a novidade relacionada às vacinas contra a Covid-19, o que pode ter sido determinante para a hesitação vacinal⁵². A crença em notícias veiculadas nas mídias sociais se apresenta como possibilidade de vinculação à hesitação vacinal⁵³. Entretanto, o acesso às informações embasadas em evidências científicas atualizadas poderá contribuir para ampliar a aceitação vacinal⁵⁴.

Ainda sobre a utilização de redes sociais como fontes de informações, estudos sugerem que promover o compartilhamento de narrativas e experiências exitosas relacionadas à

vacina nas mídias sociais, combinadas com intervenções que buscam razões específicas para a aceitação vacinal, viabiliza instrumentalizar processos de decisão consciente da população, sendo eficazes para a redução da hesitação vacinal contra a Covid-19³³.

O exercício profissional associado à função desempenhada no enfrentamento da pandemia apresentou-se relacionado com maior probabilidade de aceitação das vacinas contra a Covid-19, diante da preocupação em se proteger⁵⁵.

A aceitação de vacinas contra a Covid-19 foi apontada nos artigos analisados a partir de associações relacionadas, prioritariamente, à adesão à vacinação contra a influenza antes da pandemia, ao receio de riscos por contágio/exposição à Covid-19, a infecções anteriores por Covid-19 e ao acesso a fontes confiáveis e seguras de informações.

Estudos concluíram que a vacinação anterior contra a influenza foi um fator amplamente associado pelos profissionais à aceitação vacinal contra a Covid-19⁵⁴. Outro fator que poderia interferir nessa aceitação vacinal se refere à responsabilidade com familiares e com a sociedade^{52,54}. Alguns artigos levaram em consideração o modelo de crença em saúde influenciando o processo de decisão vacinal. Dessa forma, uma barreira à vacinação, advinda de crenças limitantes, foi a percepção do indivíduo em se considerar saudável⁵⁶.

Diante desse contexto, um importante fator de ampliação da cobertura vacinal foi a recomendação vacinal por parte dos setores vinculados ao Estado^{19,23,41}. Instituições como o Ministério da Saúde, no Brasil, tiveram um papel fundamental no estímulo a condutas profissionais que visavam ao alcance da população no engajamento à vacinação contra a Covid-19.

Sendo assim, é imprescindível validar os espaços de educação permanente, que proporcionaram a escuta, buscaram sanar dúvidas, disseminaram dados com segurança e apresentaram evidências científicas da eficácia do uso da vacinação^{18,20}, assim sensibilizando e conscientizando profissionais sobre os riscos percebidos da Covid-19.

Considerações finais

Entre os fatores associados à decisão vacinal de profissionais de saúde contra a Covid-19 foram identificados aspectos como: dúvidas sobre a eficácia das vacinas, insegurança pela escassez de estudos sobre vacinas contra a Covid-19, desconfiança com os processos de produção, medo de efeitos adversos provenientes das vacinas e informações veiculadas em mídias sociais. Já o engajamento à vacinação prévia contra a influenza e o compromisso de proteger familiares, assim como a confiança na eficácia das vacinas e o receio pelo risco de contágio por Covid-19, estiveram associados à aceitação vacinal.

Foi possível observar, nesta revisão, que os profissionais de saúde do sexo masculino, com idades mais avançadas e maiores escolaridades apresentaram maior aceitação vacinal; e os profissionais de saúde do sexo feminino, mais jovens, com menores níveis de escolaridade e renda apontaram tendência à hesitação vacinal. Além disso, em termos de categoria profissional, tomando como exemplo a enfermagem, esta apresenta associação à hesitação vacinal, quando comparada à medicina.

Contraditoriamente, os fatores relacionados à hesitação vacinal dos profissionais de saúde contra a Covid-19 podem interferir tanto na própria vacinação quanto na recomendação de vacinas contra a Covid-19 à população em geral. Estas informações necessitam ser divulgadas com vistas à identificação de estratégias que contribuam para a ampliação da cobertura vacinal contra a Covid-19.

Percebe-se, na amostragem desta revisão, que o cenário da APS não foi alvo de produções científicas nesse período na mesma proporção das unidades hospitalares. Como o primeiro nível de atenção à saúde tem grande circulação de pessoas em busca de vacinação no Brasil, existindo protagonismo dos profissionais vacinadores nesse processo, torna-se necessário ampliar investigações relacionadas diretamente aos profissionais vinculados à APS.

A limitação do estudo pode estar relacionada ao número dos achados, devido ao período estudado no cenário da APS. Por isto, incita-se a produção de revisões de escopo e novas pesquisas relacionadas à temática no campo estudado.

Sendo assim, conhecer e divulgar os fatores que interferem no processo decisório dos profissionais de saúde pode ser considerado um dos movimentos mais estratégicos de ampliação dos processos de cobertura vacinal contra a Covid-19, estando suas repercussões atreladas tanto à proteção da saúde dos próprios profissionais quanto à da saúde da população em geral.

Colaboradores

Cardoso JB (0000-0002-0008-1926)*, Pereira AV (0000-0002-6570-9016)*, Santos MV (0000-0002-1488-7314)*, Ribeiro LHS (0000-0003-1900-5381)*, Vieira BDG (0000-0002-0734-3685)*, Dulfe PAM (0000-0003-1653-4640)* e Vidal DLC (0000-0003-0821-4620)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Tizard IR. Vaccination against coronaviruses in domestic animals. *Vaccine*. 2020 [acesso em 2022 nov 20]; 38(33):5123-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7284272/pdf/main.pdf>.
2. Ashok N, Krishnamurthy K, Singh K, et al. High COVID-19 Vaccine hesitancy among healthcare workers: should such a trend require closer attention by policymakers? *Cureus*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 13(9):e17990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8519358/pdf/cureus-0013-00000017990.pdf>.
3. Sharma O, Sultan AA, Ding H, et al. A review of the progress and challenges of developing a vaccine for COVID-19. *Front Immunol*. 2020 [acesso em 2022 nov 20]; (11):585354. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7591699/pdf/fimmu-11-585354.pdf>.
4. Anderson RM, Vegvari C, Truscott J, et al. Challenges in creating herd immunity to SARS-CoV-2 infection by mass vaccination. *Lancet*. 2020 [acesso em 2022 nov 20]; (396):1614-6. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932318-7>.
5. Briko NI, Korshunov VA, Mindlina AY, et al. Healthcare workers' acceptance of COVID-19 vaccination in Russia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 19(7):4136. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8998926/pdf/ijerph-19-04136.pdf>.
6. Kashif M, Fatima I, Ahmed AM, et al. Perception, Willingness, Barriers, and Hesitancy towards COVID-19 Vaccine in Pakistan: comparison between healthcare workers and general population. *Cureus*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 13(10):e19106. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8627421/>.
7. Al-Sanafi M, Sallam M. Psychological determinants of COVID-19 vaccine acceptance among healthcare workers in kuwait: a cross-sectional study using the 5c and vaccine conspiracy beliefs scales. *Vaccines (Basel)*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 9(7):701. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8310287/pdf/vaccines-09-00701.pdf>.
8. Amuzie CI, Odini F, Kalu KU, et al. COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare workers and its socio-demographic determinants in Abia State, Southeastern Nigeria: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; (40):10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8490164/pdf/PAMJ-40-10.pdf>.
9. Fakonti G, Kyprianidou M, Toumbis G, et al. Attitudes and acceptance of COVID-19 vaccination among nurses and midwives in cyprus: a cross-sectional survey. *Front Public Health*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; (9):656138. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8244901/pdf/fpubh-09-656138.pdf>.
10. Janssen C, Maillard A, Bodelet C, et al. Hesitancy towards COVID-19 vaccination among healthcare workers: a multi-centric survey in france. *Vaccines (Basel)*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 9(6):547. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/6/547>.
11. Kara EB, Can G, Pirdal BZ, et al. COVID-19 vaccine hesitancy in healthcare personnel: a university hospital experience. *Vaccines (Basel)*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 9(11):1343. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/11/1343>.
12. Tuong VC, Thota KS, Reep M, et al. COVID-19 vaccine acceptance among rural appalachian healthcare workers (Eastern Kentucky/West Virginia): a cross-sectional study. *Cureus*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 13(8):e16842. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8410864/pdf/cureus-0013-00000016842.pdf>.
13. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gest.*

- Soc. 2011 [acesso em 2023 abr 14]; 11(5):121-36. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>.
14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med.* 2018 [acesso em 2023 abr 14]; 169(7):467-73. Disponível em: https://www.acpjournal.org/doi/full/10.7326/M18-0850?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org.
 15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). 2010 [acesso em 2022 nov 20]; 8(1):102-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqCWrTT34cXLjtBx/?lang=en>.
 16. Bardin L. 2016. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
 17. Yilma D, Mohammed R, Abdela SG, et al. COVID-19 vaccine acceptability among healthcare workers in Ethiopia: Do we practice what we preach? *Trop Med Int Health.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 27(4):418-25. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13742>.
 18. Yan YY, Wang HT, Fan TY, et al. Vaccination coverage among COVID-19 prevention and control management teams at primary healthcare facilities in China and their attitudes towards COVID-19 vaccine: a cross-sectional online survey. *BMJ Open.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 12(4):e056345. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/4/e056345.long>.
 19. Wang H, Huang YM, Su XY, et al. Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: a multicenter national survey among medical care workers in China. *Hum. vaccin. Immunother.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 18(5):2076523. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9481094/pdf/KHVL18_2076523.pdf.
 20. Saddik B, Al-Bluwi N, Shukla A, et al. Determinants of healthcare workers perceptions, acceptance and choice of COVID-19 vaccines: a cross-sectional study from the United Arab Emirates. *Hum. vaccin. Immunother.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 18(1):1-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8928822/pdf/KHVL18_1994300.pdf.
 21. Nomhwange T, Wariri O, Nkereuwem E, et al. COVID-19 vaccine hesitancy amongst healthcare workers: an assessment of its magnitude and determinants during the initial phase of national vaccine deployment in Nigeria. *eClinicalMedicine.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; (50):101499. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2822%2900229-2>.
 22. Öncel S, Alvur M, Çakıcı Ö. Turkish healthcare workers' personal and parental attitudes to COVID-19 vaccination from a role modeling perspective. *Cureus.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 14(2):e22555. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8958126/pdf/cureus-0014-00000022555.pdf>.
 23. Moirangthem S, Olivier C, Gagneux-Brunon A, et al. Social conformism and confidence in systems as additional psychological antecedents of vaccination: a survey to explain intention for COVID-19 vaccination among healthcare and welfare sector workers, France, December 2020 to February 2021. *Euro Surveill.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 27(17):2100617. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9052769/pdf/eurosurv-27-17-3.pdf>.
 24. Mathur M, Verma A, Mathur N, et al. Predictors and perceptions of healthcare workers regarding vaccines safety in the initial phase of COVID-19 vaccination drive in western part of india: a regression analysis. *Cureus.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 14(1):e21267. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8842488/>.
 25. Maraqa B, Nazzal Z, Rabi R, et al. COVID-19 vaccine hesitancy among health care workers in Palestine: a call for action. *Prev Med.* 2021 [acesso em 2022 nov 20]; (149):106618. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8117476/pdf/main.pdf>.

26. Maqsood MB, Islam MA, Al Qarni A, et al. Assessment of COVID-19 vaccine acceptance and reluctance among staff working in public healthcare settings of Saudi Arabia: a multicenter study. *Front Public Health*. 2022 [acesso em 2022 Nov 20]; (10):847282. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9196634/pdf/fpubh-10-847282.pdf>.
27. Li G, Zhong Y, Htet H, et al. COVID-19 vaccine acceptance and associated factors among unvaccinated workers at a tertiary hospital in southern Thailand. *Health Serv. Res. Manag. Epidemiol*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; (9):1-8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8891901/pdf/10.1177_23333928221083057.pdf.
28. Leigh JP, Moss SJ, White TM, et al. Factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare providers in 23 countries. *Vaccine*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 40(31):4081-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9068669/pdf/main.pdf>.
29. Kumar R, Alabdulla M, Elhassan NM, et al. Qatar healthcare workers' COVID-19 vaccine hesitancy and attitudes: a national cross-sectional survey. *Front Public Health*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; (9):727748. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8424093/pdf/fpubh-09-727748.pdf>.
30. Koh SWC, Liow Y, Loh VWK, et al. COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy among primary healthcare workers in Singapore. *BMC Prim Care*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 23(1):81. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9010198/pdf/12875_2022_Article_1693.pdf.
31. Kose S, Mandiracioglu A, Sahin S, et al. Vaccine hesitancy of the COVID-19 by health care personnel. *Int J Clin Pract*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 75(5):e13917. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7883260/pdf/IJCP-75-0.pdf>.
32. İkişik H, Sezerol MA, Taşçı Y, et al. COVID-19 vaccine hesitancy and related factors among primary healthcare workers in a district of Istanbul: a cross-sectional study from Turkey. *Fam. Med. Community Health*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 10(2):e001430. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9039154/pdf/fmch-2021-001430.pdf>.
33. Hoffman BL, Boness CL, Chu KH, et al. COVID-19 vaccine hesitancy, acceptance, and promotion among healthcare workers: a mixed-methods analysis. *J Community Health*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 47(5):750-8. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10900-022-01095-3.pdf?pdf=button>.
34. Halbrook M, Gadoth A, Martin-Blais R, et al. Longitudinal assessment of coronavirus disease 2019 vaccine acceptance and uptake among frontline medical workers in Los Angeles, California. *Clin Infect Dis*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 74(7):1166-73. Disponível em: <https://academic.oup.com/cid/article/74/7/1166/6325325?login=false>.
35. Gatto NM, Lee JE, Massai D, et al. Correlates of COVID-19 vaccine acceptance, hesitancy and refusal among employees of a safety net California county health system with an early and aggressive vaccination program: results from a cross-sectional survey. *Vaccines (Basel)*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 9(10):1152. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8540702/pdf/vaccines-09-01152.pdf>.
36. Gagneux-Brunon A, Detoc M, Bruel S, et al. Intention to get vaccinations against COVID-19 in french healthcare workers during the first pandemic wave: a cross-sectional survey. *J Hosp Infect*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; (108):168-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7699157/pdf/main.pdf>.
37. Fares S, Elmnyer MM, Mohamed SS, et al. COVID-19 vaccination perception and attitude among healthcare workers in Egypt. *J. Prim Care Community Health*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 12:1-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8111272/pdf/10.1177_21501327211013303.pdf.
38. Dzieciolowska S, Hamel D, Gadio S, et al. Covid-19 vaccine acceptance, hesitancy, and refusal among Canadian healthcare workers: a multicenter survey.

- Am J Infect Control. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 49(9):1152-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8079260/pdf/main.pdf>.
39. Dubov A, Distelberg BJ, Abdul-Mutakabbir JC, et al. Predictors of COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy among healthcare workers in southern California: not just “anti” vs. “pro” vaccine. *Vaccines (Basel)*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 9(12):1428. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/12/1428>.
 40. Di Gennaro F, Murri R, Segala FV, et al. Attitudes towards Anti-SARS-CoV2 vaccination among healthcare workers: results from a national survey in Italy. *Viruses*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 13(3):371. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7996832/>.
 41. Barello S, Maiorino G, Palamenghi L, et al. Exploring the motivational roots of getting vaccinated against COVID-19 in a population of vaccinated pediatric healthcare professionals: evidence from an Italian cross-sectional study. *Vaccines (Basel)*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 10(3):467. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-393X/10/3/467>.
 42. Aw J, Seah SSY, Seng BJJ, et al. COVID-19-Related vaccine hesitancy among community hospitals' healthcare workers in Singapore. *Vaccines (Basel)*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 10(4):537. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9032808/pdf/vaccines-10-00537.pdf>.
 43. Adeniyi OV, Stead D, Singata-Madliki M, et al. Acceptance of COVID-19 vaccine among the healthcare workers in the Eastern Cape, South Africa: a cross sectional study. *Vaccines (Basel)*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 9(6):666. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8233726/>.
 44. Askarian M, Semenov A, Llopis F, et al. The COVID-19 vaccination acceptance/hesitancy rate and its determinants among healthcare workers of 91 countries: a multicenter cross-sectional study. *EXCLI J*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; (21):93-103. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8859647/pdf/EXCLI-21-93.pdf>.
 45. Brasília, DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano operacional de vacinação contra COVID-19. [Brasília, DF]: SES-DF; 2021. [acesso em 2022 nov 20]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/98481/Plano_54453103_PLANO_OPERACIONAL_DE_VACINACAO_CONTRA_A_COVID_19_versao_2-1.pdf.
 46. Li M, Luo Y, Watson R, et al. Healthcare workers' (HCWs) attitudes and related factors towards COVID-19 vaccination: a rapid systematic review. *Postgrad Med J*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 99(1172):520-528. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-140195>.
 47. Lindner-Pawłowicz K, Mydlikowska-Śmigórska A, Łampika K, et al. COVID-19 Vaccination acceptance among healthcare workers and general population at the very beginning of the national vaccination program in Poland: a cross-sectional, Exploratory Study. *Vaccines (Basel)*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 10(1):66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8779375/pdf/vaccines-10-00066.pdf>.
 48. Boniol M, McIsaac M, Xu L, et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019. [acesso em 2022 nov 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WPI-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 49. Palamenghi L, Barello S, Boccia S, et al. Mistrust in biomedical research and vaccine hesitancy: the forefront challenge in the battle against COVID-19 in Italy. *Eur J Epidemiol*. 2020 [acesso em 2022 nov 20]; 35(8):785-8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7431109/pdf/10654_2020_Article_675.pdf.
 50. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; (194):245-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7931735/>.
 51. Skirrow H, Barnett S, Bell S, et al. Women's views on accepting COVID-19 vaccination during and after

- pregnancy, and for their babies: a multi-methods study in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 22(33):1-15. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8759061/pdf/12884_2021_Article_4321.pdf.
52. Thunström L, Ashworth M, Finnoff D, et al. Hesitancy Toward a COVID-19 Vaccine. *Ecohealth*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; 18(1):44-60. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8175934/pdf/10393_2021_Article_1524.pdf.
53. AlJamaan F, Temsah MH, Alhasan K, et al. SARS-CoV-2 variants and the global pandemic challenged by vaccine uptake during the emergence of the delta variant: a national survey seeking vaccine hesitancy causes. *J Infect Public Health*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 15(7):773-80. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034122001526>.
54. Ward C, Megaw L, White S, et al. COVID-19 vaccination rates in an antenatal population: a survey of women's perceptions, factors influencing vaccine uptake and potential contributors to vaccine hesitancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 62(5):695-700. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9111353/pdf/AJO-9999-0.pdf>.
55. Kwok KO, Li KK, Wei WI, et al. Editor's choice: influenza vaccine uptake, COVID-19 vaccination intention and vaccine hesitancy among nurses: a survey. *Int J Nurs Stud*. 2021 [acesso em 2022 nov 20]; (114):103854. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831770/pdf/main.pdf>.
56. Hossain MS, Islam MS, Pardhan S, et al. Beliefs, barriers and hesitancy towards the COVID-19 vaccine among Bangladeshi residents: findings from a cross-sectional study. *PLoS One*. 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 17(8):e0269944. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9398020/pdf/pone.0269944.pdf>.

Recebido em 02/12/2022

Aprovado em 22/05/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Intervenção Breve para uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: revisão sistemática

Brief Intervention for Psychoactive Substance use in Brazil: a systematic review

José Adeldo da Silva Filho¹, José Benedito dos Santos Batista Neto², José Mateus Bezerra da Graça³, Sheila Ramos de Oliveira¹, Divane de Vargas¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313823

RESUMO As Intervenções Breves têm sido preconizadas há mais de 20 anos pela Organização Mundial da Saúde como uma estratégia de prevenção aos problemas relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas, tendo como prioridade a aplicação nos serviços de atenção primária à saúde visando a diminuição dos riscos relacionados a esse fenômeno. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi mapear e descrever as evidências científicas existentes na literatura sobre o uso de Intervenção Breve para o uso de Substâncias Psicoativas desenvolvidas no Brasil. Trata-se de revisão sistemática. As buscas foram realizadas em sete fontes de informações, em agosto de 2021. Todos os estudos foram desenvolvidos com abordagem quantitativa. O álcool esteve presente na maioria dos estudos, seguido da maconha e nicotina. O cenário predominante foi a unidade básica de saúde, com público de adultos de ambos os sexos e universitários. A maioria apresentou como proposta a Intervenção Breve grupal presencial e somente dez indicaram o referencial norteador da Intervenção Breve utilizada. No Brasil, as Intervenções Breves são incipientes e os estudos apresentados não destacam com exatidão o referencial norteador da intervenção utilizada.

PALAVRAS-CHAVE Substância Psicoativa. Saúde mental. Intervenções Breves. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Brief Interventions have been recommended for more than 20 years by the World Health Organization as a strategy to prevent problems related to the use of Psychoactive Substances, with priority being applied in primary health care services in order to reduce the risks related to this substance. phenomenon. Therefore, the objective of the present study was to map and describe the existing scientific evidence in the literature on the use of Brief Intervention for the use of Psychoactive Substances developed in Brazil. This is a systematic review. Searches were carried out in seven sources of information in August 2021. All studies were developed with a quantitative approach. Alcohol was present in most studies, followed by marijuana and nicotine. The predominant scenario was the basic health unit, with a public of adults of both sexes and university students. The majority presented a brief face-to-face group intervention as a proposal and only ten indicated the guiding reference of the Brief Intervention used. In Brazil, Brief Interventions are incipient and the studies presented do not accurately highlight the guiding reference for the intervention used.*

KEYWORDS *Psychoactive Substance. Mental health. Brief Interventions. Primary Health Care.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem (EF) – São Paulo (SP), Brasil.
adelmof12@gmail.com

²Universidade do Estado do Pará (Uepa) – Belém (PA), Brasil.

³Centro Universitário de Patos (Unifip) – Patos (PB), Brasil.



Introdução

A problemática do uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) se faz presente no Brasil e no mundo. Os dados mais recentes divulgados pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) apontam que, durante a pandemia de Covid-19, cerca de 275 milhões de pessoas usaram algum tipo de droga, sendo que aproximadamente 36 milhões sofrem de transtornos associados ao uso da substância¹. No que se refere ao uso de drogas ilícitas no Brasil, a última atualização, em 2019, do III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira estima que cerca de 11,3% ou 24 milhões de brasileiros já fizeram uso alguma vez na vida. Esses dados se acentuam ainda mais ao observar o consumo de álcool, que 70,1% da população relata ter utilizado em alguma ocasião².

Como forma de mitigação desta problemática, desde 2001 é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a utilização de Intervenções Breves (IB)³. As IB são estratégias que objetivam a redução do consumo de SPAs e buscam promover saúde e qualidade de vida, com diminuição dos riscos que o consumo nocivo pode causar^{4,5}. A partir de abordagens educacionais e motivacionais, qualquer profissional de saúde treinado e capacitado pode atuar junto ao cliente, levando-o a refletir e perceber que tal consumo coloca sua vida e saúde em risco, o que, conseqüentemente, tem potencial para motivar a mudança do comportamento com relação ao uso de SPAs, atenuando ou extinguindo a utilização da substância⁶⁻¹⁰. Há evidências robustas de que a IB se constitui em uma estratégia consolidada e eficaz na mudança do padrão de uso de álcool, reduzindo entre 23 e 36% da mortalidade em indivíduos que consomem grandes quantidades de álcool¹¹.

Na América Latina, enfatiza-se que as práticas de IB ainda são pouco difundidas e realizadas, isto em virtude da escassez de políticas governamentais e baixo número de recursos humanos¹². A implementação de

políticas de prevenção é fundamental para obter resultados mais efetivos, como também o treinamento e capacitação da equipe profissional, principalmente da atenção básica, já que nesses espaços os profissionais têm possibilidade de estabelecer vínculo para um cuidado longitudinal⁶.

Apesar da importância das IB no cenário de cuidado em saúde, dada a prevalência do consumo e os índices de morbidade e mortalidade pelo uso de SPAs, observa-se uma escassez de pesquisas realizadas no Brasil abordando sua aplicação e efetividade e o conhecimento dos profissionais a respeito da IB^{13,14}. Nessa perspectiva, essa revisão tem como pergunta norteadora: qual o conhecimento científico produzido sobre IB para pessoas adultas em uso de SPAs no Brasil?

Por conseguinte, o objetivo do presente estudo foi mapear e descrever as evidências científicas existentes na literatura sobre o uso de IB para o uso de SPAs desenvolvidas no Brasil.

Material e métodos

Estudo de revisão sistemática de escopo^{15,16}. Verificou-se a inexistência de registros ou publicações anteriores no sistema PROSPERO, Cochrane ou no Instituto Joanna Briggs de revisões que contemplassem todos os aspectos dessa revisão. O protocolo foi registrado no Open Science Framework (OSF).

A elaboração da estratégia de busca foi ancorada em Participants, Concept and Context (PCC), assim, foram incluídos os estudos que respondessem aos termos: “*participants*”, pessoas adultas de ambos os sexos, com mais de 18 anos, que fazem uso de SPAs; “*concept*”, IB como estratégia terapêutica para uso de SPAs; “*context*”, evidências desenvolvidas no Brasil.

Quanto aos critérios de elegibilidade, foram incluídas pesquisas primárias qualitativas e quantitativas, revisões sistemáticas, protocolos e relatos de casos relacionados à IB como estratégia terapêutica para usuários de SPAs, independentemente da modalidade utilizada,

detalhando os métodos usados, o processo de pesquisa e os resultados, sem restrição de idiomas e período de publicação. Foram excluídos os documentos incompletos, repetidos, que não se relacionavam à temática ou não responderam ao objetivo elencado por esta revisão.

Uma busca livre foi realizada em agosto de 2021 na Medline e Cinahl, com as palavras-chave “*brief intervention*” e “*substance related disorders*” para definição da estratégia de busca, que foi formulada a partir da análise das palavras contidas nos títulos, resumos e descritores dos artigos que respondiam ao problema de investigação. A estratégia de busca ficou estruturada com os termos “*brief intervention*”, “*substance related disorders/rehabilitation*” e “*substance related disorders/therapy*”. Os resultados foram capturados no período de 05 de agosto a 20 de outubro de 2021, nas fontes de informações: National Library of Medicine (PubMed), The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Web of Science (WOS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Embase. Para a literatura cinza, investigou-se o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A estratégia de busca utilizada foi inicialmente projetada para PubMed e adaptada para as demais, considerando as particularidades do processo de busca: (“*brief*

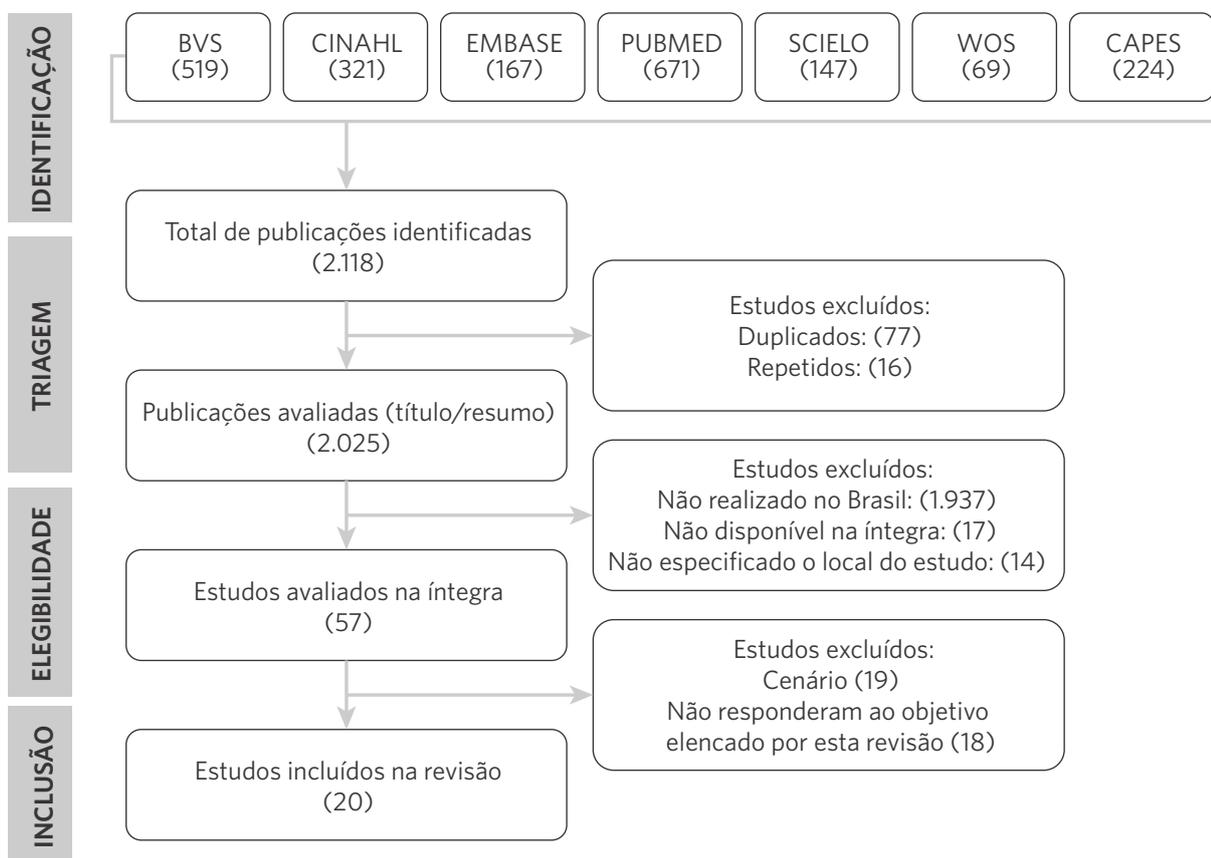
intervention”[All Fields] AND (“*substance related disorders/rehabilitation*”[MeSH Terms] OR “*substance related disorders/therapy*”[MeSH Terms])).

Os resultados da busca foram selecionados e avaliados em um processo de duas etapas. Na primeira etapa, os títulos e resumos foram revisados por dois autores independentes e as discrepâncias foram resolvidas por consenso. Um terceiro revisor foi consultado quando não houve consenso na seleção dos estudos. A extração de dados foi realizada por um único autor por artigo e revisado por outro autor. Um instrumento de extração de dados de revisão de escopo foi desenvolvido anteriormente à extração, para seleção das informações bibliométricas dos estudos (autor, ano de publicação, periódico, cenário, tipo de estudo e amostra), tipo de SPAs e modo como a IB foi aplicada. Os dados extraídos foram sintetizados em dois quadros sinópticos. A *figura 1* apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Resultados

A amostra foi composta por 20 estudos desenvolvidos no Brasil^{6,10,12,17-33} que responderam aos critérios de elegibilidade, conforme fluxograma do processo de seleção de acordo com o PRISMA-ScR, disposto na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos (PRISMA-ScR)



Fonte: adaptado e traduzido do diagrama de fluxo PRISMA 2020³⁴

O espaço temporal das publicações variou de 1998 a 2021, com maioria no idioma português^{6,10,12,17-33} e um artigo publicado somente no idioma inglês³². Referente ao público alvo, destacam-se amostras de universitários^{10,17,22,31-32} e adultos de ambos os sexos^{6,12,20,21,24,25,33}. Quanto ao delineamento metodológico, todos os estudos foram desenvolvidos com abordagem quantitativa^{6,10,12,17-33}. Por conseguinte, sobre os cenários dos estudos destacaram-se as universidades e hospitais universitários^{17,22,24,28-32}, os centros de tratamento para dependência química/serviço nacional de orientação e informação sobre o uso de drogas/unidade de pesquisa em álcool e droga^{19,20,23,26} e as Unidades Básicas de Saúde^{6,10,12,18,27,33}.

Em relação às SPAs mais relatadas, o álcool esteve presente na maioria dos estudos^{6,10,12,17-23,25,26,28-33}, seguido da maconha^{6,18,24,26}, sendo ainda destacado a nicotina^{6,18,27} e a cocaína^{6,18,26}. Em relação aos instrumentos utilizados para o rastreamento do padrão do uso do álcool em indivíduos que realizaram a IB, destaca-se o AUDIT^{10,12,17,21,22,28,32,33}. A amostra de participantes nos estudos variou de no mínimo 11¹⁰ para, no máximo, 1031 indivíduos⁶. Relacionado à forma que a IB era realizada, enfatiza-se aquelas desenvolvidas de maneira individual presencial^{6,10,17,19,22,25,27,28,30}, de forma grupal presencial^{12,21,24,26,29,31-33} e intervenção via contato telefônico^{23,26}. Os quadros 1 e 2 dispostos a seguir sumarizam os aspectos da caracterização da amostra e evidências encontradas.

Quadro 1. Sumarização dos estudos sobre Intervenção Breve para Substâncias Psicoativas desenvolvidas no Brasil incluídos na amostra. Brasil, 2022

Autor e Ano	Periódico	Objetivo	Público-alvo e amostra	Delineamento Metodológico
Abreu <i>et al.</i> (2018) ⁶	Revista Brasileira de Enfermagem	Identificar o uso de álcool e outras drogas entre usuários da Estratégia Saúde da Família e aplicar Intervenção Breve para problemas relacionados ao uso dessas substâncias	Adultos de ambos os sexos (n=1031)	Estudo descritivo do tipo transversal
Soares <i>et al.</i> (2019) ¹⁰	Revista Brasileira de Enfermagem	Identificar o impacto da Intervenção Breve juntamente à arteterapia em pacientes que fazem uso de álcool	Adultos que participaram de um projeto de extensão universitário (n=11)	Estudo de intervenção com delineamento intragrupo
Soares; Vargas (2020) ¹²	Revista Brasileira de Enfermagem	Verificar a eficácia da Intervenção Breve em Grupo (GBI), realizada por enfermeiros em etapas motivacionais para mudança do padrão de ingestão de álcool	Adultos com padrão de risco/prejudicial de uso de álcool (n=180)	Ensaio clínico randomizado
Sawicki; Fram; Belasco (2018) ¹⁷	Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas	Identificar o consumo de Substâncias Psicoativas, o padrão de consumo de álcool e suas características entre universitários de enfermagem e o impacto da Intervenção Breve sobre o padrão de consumo	Estudantes universitários de ambos os sexos (n=36)	Estudo longitudinal, experimental
Santo <i>et al.</i> (2020) ¹⁸	Revista de Enfermagem Referência	Caracterizar o perfil e o consumo das substâncias psicoativas dos pacientes em tratamento da tuberculose e analisar a relação entre as variáveis de saúde, o consumo e a adesão ao tratamento, na perspectiva da Intervenção Breve (IB)	Adultos com tuberculose pulmonar e/ou extrapulmonar de ambos os sexos (n=114)	Estudo epidemiológico descritivo correlacional
Oliveira <i>et al.</i> (2008) ¹⁹	Psicologia: Reflexão e Crítica	Relatar um estudo longitudinal, no qual alcoolistas internados em unidades específicas de tratamento foram submetidos a um ensaio clínico para avaliar a efetividade de uma IB	Homens adultos (n=152)	Estudo transversal retrospectivo com base em avaliações de seguimento
Castro; Laranjeira (2009) ²⁰	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Avaliar a eficácia da naltrexona com Intervenção Breve em pacientes com dependência de álcool	Adultos de ambos os sexos (n=71)	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego, placebo-controlado de 12 semanas
Ferreira <i>et al.</i> (2016) ²¹	Psicologia em Pesquisa	Realizar um estudo piloto para avaliar a efetividade da Intervenção Breve no contexto laboral para o uso de álcool	Adultos de ambos os sexos (n=104)	Ensaio clínico randomizado não controlado, de natureza quantitativa
Sawicki <i>et al.</i> (2018) ²²	Revista Brasileira de Enfermagem	Avaliar o padrão de consumo de álcool, o impacto da Intervenção Breve (IB) e a Qualidade de Vida (QV) de universitários de Enfermagem.	Estudantes universitários de Enfermagem (n=281)	Estudo prospectivo longitudinal
Valente <i>et al.</i> (2019) ²³	Jornal de Pediatria	Avaliar a viabilidade e eficácia preliminar de um programa de telessaúde de prevenção com base em uma intervenção breve motivacional, para ajudar a reduzir as práticas de risco dos pais e aumentar suas práticas protetoras com relação ao uso de drogas, em comparação à psicoeducação	Pais de adolescentes (n=26)	Ensaio piloto randomizado controlado
Jungerman; Andreoni; Laranjeira (2007) ²⁴	Drug and Alcohol Dependence	Aplicar abordagens conhecidas e eficazes para usuários de drogas para prevenção de recaídas e treinamento de habilidades de enfrentamento	Adultos de ambos os sexos (n=160)	Estudo controlado randomizado
Andrade; Scatena; Micheli (2017) ²⁵	Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas	Avaliar a eficácia de uma intervenção preventiva em comportamentos futuros de beber e dirigir de indivíduos após a saída de bares e restaurantes	Adultos que pretendiam dirigir após a saída de bares e restaurantes (n=140)	Estudo de intervenção com acompanhamento de um mês
Figlie <i>et al.</i> (1998) ²⁶	Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Pesquisar a satisfação do familiar para com o serviço recebido, bem como modificações ocorridas com os familiares e com os dependentes, do ponto de vista do familiar, após 30 meses de uma intervenção breve grupal baseada na abordagem cognitiva - comportamental	Famílias pertencentes ao Depto. de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (n=119)	Estudo de seguimento

Quadro 1. Sumarização dos estudos sobre Intervenção Breve para Substâncias Psicoativas desenvolvidas no Brasil incluídos na amostra. Brasil, 2022

Autor e Ano	Periódico	Objetivo	Público-alvo e amostra	Delineamento Metodológico
Bertani; Tanni; Godoy (2021) ²⁷	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Determinar a influência de uma Intervenção Breve baseada em terapia cognitivo-comportamental customizada, complementada por um vídeo e um manual com conteúdo desenvolvido especificamente para fumantes grávidas, nas taxas de cessação do tabagismo durante a gravidez e após o parto	Gestantes fumantes (n=143)	Ensaio clínico controlado e randomizado
Brites; Abreu; Portela (2019) ²⁸	Texto & Contexto Enfermagem	Analisar o efeito da Intervenção Breve na redução do padrão de consumo de álcool entre trabalhadores, na perspectiva da saúde do trabalhador	Trabalhadores de universidade pública (n=36)	Estudo quase-experimental, prospectivo, não randomizado
Campos <i>et al.</i> (2018) ²⁹	Jornal Brasileiro de Pneumologia	Comparar duas intervenções de cessação do tabagismo baseadas na terapia cognitivo-comportamental em pacientes internados, quanto à eficácia, e avaliar os fatores relacionados à recaída após a alta hospitalar	População fumantes, após a alta hospitalar (n=90)	Estudo prospectivo, randomizado
Oliveira <i>et al.</i> (2015) ³⁰	Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões	Avaliar os mecanismos e a gravidade do trauma em pacientes que preenchessem critérios para abuso ou dependência de álcool de acordo com o Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) e apresentar o padrão de consumo de álcool e as mudanças um ano após o trauma.	Pacientes vítimas de trauma; (n=348)	Estudo quantitativo de corte transversal e longitudinal
Silva; Tucci (2015) ³¹	Psicologia: Reflexão e Crítica	Avaliar o padrão de consumo de álcool e suas consequências, antes e após a aplicação da intervenção BASICS	Estudantes universitários de ambos os sexos (n=32)	Estudo descritivo, quantitativo e longitudinal
Simão <i>et al.</i> (2008) ³²	Alcohol & Alcoholism	Comparar a quantidade e a frequência do uso de álcool e suas consequências negativas associadas entre dois grupos: intervenção e controle	Estudantes universitários de ambos os sexos (n=266)	Estudo clínico randomizado
Soares J; Vargas D (2019) ³³	Revista de Saúde Pública	Verificar a efetividade da Intervenção Breve grupal realizada por enfermeiros, na redução do uso de risco e nocivo de álcool em usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde.	Indivíduos maiores de 18 anos (n=180)	Ensaio clínico, randomizado

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Sumarização da amostra quanto a substância psicoativa, cenário, IB, principais resultados e conclusões. Brasil, 2022

n	Substância psicoativa e Cenário	Intervenção Breve	Principais Resultados	Principais conclusões
6	Álcool, tabaco, maconha, hipnóticos, cocaína, anfetaminas, opióides, inalantes; Unidade Básica de Saúde	IB aplicada por acadêmicas de enfermagem treinadas, que utilizaram o Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Após a realização do rastreio, aplicaram a IB para os casos moderados, sem realizar seguimento para verificar efeito; - Não menciona o referencial da IB.	As drogas mais usadas foram álcool e tabaco; entre as drogas ilícitas, destacaram-se maconha, hipnóticos e cocaína/crack. Os que mais receberam IB foram os usuários de tabaco, hipnóticos, maconha, cocaína/crack e álcool.	A aplicação de IB foi necessária para alguns usuários de substâncias psicoativas, com destaque para aqueles que usavam álcool, tabaco, hipnóticos, maconha e cocaína/crack.
10	Álcool; Unidade Básica de Saúde	Aplicação do AUDIT e IB presencial. Os pacientes participaram por 10 meses de oficinas com duração de 3 horas por semana, para aplicação de técnicas artísticas expressivas das quais foram realizadas para fortalecer a mudança comportamental, além de continuar o acompanhamento na UBS; - Utiliza o FRAMES.	Seis participantes cessaram o consumo de álcool, quatro apresentaram alto nível de consumo e um apresentou consumo médio. O resultado do teste t pareado sugeriu diferença estatisticamente significativa entre os escores inicial e final, bem como tamanho de efeito de 0,76.	A IB pareada com a arteterapia apresentou um alto grau de eficácia na redução/cessação do consumo abusivo de álcool; e os enfermeiros psiquiátricos são capazes de realizar essa técnica com ótimos resultados.

Quadro 2. Sumarização da amostra quanto a substância psicoativa, cenário, IB, principais resultados e conclusões. Brasil, 2022

n	Substância psicoativa e Cenário	Intervenção Breve	Principais Resultados	Principais conclusões
12	Álcool; Unidade Básica de Saúde	Divisão em grupo controle (GC) e experimental (GE). A IB do GC consistiu em um feedback da pontuação, um folheto educativo e um convite para mais duas avaliações posteriores com aplicação do AUDIT. Na IB do GE foi feito um feedback da pontuação, um folheto educativo e um convite para participar de quatro sessões de IB em grupo; - Utiliza o FRAMES.	Houve diferença significativa no estágio de prontidão para mudança de comportamento entre GC e GE. Os participantes do GE tenderam a permanecer motivados no seguimento e observou-se diminuição nos escores de motivação do GC durante o mesmo período.	A Intervenção Breve em grupo mostrou-se uma estratégia eficaz para aumentar a motivação para a mudança da etapa comportamental
17	Álcool; Universidade	IB presencial com uso de palestra como feedback coletivo; um ano após a primeira palestra, reaplicou novo feedback das pontuações obtidas no AUDIT; - Não menciona o referencial da IB.	IB diminuiu significativamente o consumo de risco entre os bebedores. Entre os bebedores de baixo risco, metade referiu estar preparada para diminuir o consumo	A intervenção curta diminuiu significativamente o padrão de consumo de álcool.
18	Álcool, tabaco, cannabis e cocaína; Instituições municipais de saúde	Rastreio da estratificação de risco pelo ASSIST, com aplicação da IB presencial para os pacientes que pontuaram para álcool, tabaco, cannabis e cocaína, com seguimento de dois meses; - Não menciona o referencial da IB.	Observou-se maior adesão dos que faziam uso de tabaco, seguidos do uso de álcool, cannabis e cocaína quando comparados com os que não aderiram, embora sem associação significativa para todas as substâncias.	Verificou-se a vulnerabilidade da população em relação ao consumo de substâncias psicoativas quanto à adesão ao tratamento da tuberculose.
19	Álcool; Centros de tratamento para dependência química	IB presencial em três momentos: antes do início do tratamento (T1), no qual os participantes foram alocados de forma aleatória nos grupos de intervenção e de controle; três meses depois da primeira avaliação (T2); e quatro anos depois da primeira avaliação (T3); - Utiliza a Entrevista Motivacional.	Os dados demonstram que os sujeitos tiveram mais êxito na manutenção da abstinência e compareceram em maior número aos follow-up, demonstrando melhores resultados comparados com o grupo controle.	A IB causa impacto imediato, promovendo assim melhor relação custo benefício, o que, em serviços de atenção primária, pode ser uma técnica de fácil aplicação e resultados eficazes.
20	Álcool; Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas	IB aplicada de forma presencial, com seguimento de 30 e 90 dias; - Não menciona o referencial da IB.	Menor porcentagem de sujeitos tratados com naltrexona recaíram. A naltrexona com IB não foi superior ao placebo para diminuir os dias de consumo, os dias de consumo moderado e os dias de consumo pesado.	Embora o grupo naltrexona tenha demonstrado tendência para reduzir taxa de recaída, não foi encontrada nenhuma diferença em outras variáveis de consumo de álcool entre os grupos naltrexona e placebo.
21	Álcool; Empresa de médio porte do setor de metalurgia	Realizou-se o SBIRT, sendo divididos os indivíduos em grupos: Grupo 1- Feedback e Panfletos e Grupo 2- IB. Após três meses, tais grupos foram contatados via telefone para uma nova aplicação do AUDIT; - Utiliza o FRAMES.	O grupo 02 (IB) reduziu significativamente o consumo de álcool e o grupo 01 (Feedback/ panfletos) não apontou diferenças significativas. Porém, os dois grupos sinalizaram tendências para a redução do consumo.	A aplicação da IB no ambiente de trabalho foi viável. A IB no ambiente de trabalho deve possibilitar uma reflexão crítica aos psicólogos, profissionais de Recursos Humanos e demais envolvidos, já que o foco desta intervenção é motivar o usuário a modificar o uso de drogas.
22	Álcool; Universidade	IB presencial com aplicação do AUDIT, seguida de palestra, entrega de folheto educativo e encaminhamento de cartilha por e-mail eletrônico abordando o tema. Após três meses, nova aplicação do AUDIT acrescida avaliação da IB anteriormente realizada; - Não menciona o referencial da IB.	A IB e o material educativo foram avaliados como bons por estudantes universitários, afirmando que as estratégias contribuíram para atitude positiva em relação ao consumo de álcool. Ocorreu diminuição no padrão de consumo de álcool entre as etapas.	Após duas IBs, ocorreu diminuição significativa no consumo de risco/nocivo/provável dependência de álcool, na frequência e no número de doses consumidas.

Quadro 2. Sumarização da amostra quanto a substância psicoativa, cenário, IB, principais resultados e conclusões. Brasil, 2022

n	Substância psicoativa e Cenário	Intervenção Breve	Principais Resultados	Principais conclusões
23	Álcool; Substâncias psicoativas; Serviço Nacional de Orientação e Informação sobre o Uso de Drogas	Foi aplicado um modelo de teleintervenção motivacional tendo como base a perspectiva teórica na entrevista motivacional e os estágios de mudança. O grupo de controle recebeu a intervenção usual do serviço (intervenção psicoeducacional), enquanto o grupo experimental recebeu uma IB motivacional; - Utiliza um novo modelo referencial, que integra a teoria de aprendizagem social e a teoria de desenvolvimento social com teleintervenção motivacional.	A IB mostrou-se mais eficaz do que a psicoeducação na redução do comportamento negligente dos pais. Além disso, ao comparar os dados pré e pós-intervenção, IB ajudou a mudar o estilo parental e a grande maioria das práticas parentais: aumento do monitoramento positivo, diminuição do abuso físico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoramento negativo.	A intervenção de telessaúde é eficaz na modificação das práticas parentais conhecidas por ajudar na prevenção do uso de drogas.
24	Maconha; Ambulatório universitário	O 1º grupo consistiu em 4 sessões em um mês, uma a cada semana, com sessões individuais semanais de entrevista motivacional e prevenção de recaídas, o 2º grupo consistiu nas mesmas 4 sessões ao longo de 3 meses e por fim o 3º grupo, controle de tratamento tardio foi informado sobre a randomização e que seria contatado para o 1º acompanhamento 4 meses depois; - Não menciona o referencial da IB.	Ambos os tratamentos (grupos 1 e 2) apresentaram resultados semelhantes no acompanhamento de 4 meses e melhores que o controle de tratamento tardio; para o consumo de cannabis não houve diferença entre os tratamentos, enquanto o esquema do grupo 2 mostrou maior eficácia na redução dos sintomas de dependência e uso de outras drogas, de acordo com a subescala de drogas ASI (Índice de gravidade do vício).	Houve uma tendência do tratamento mais longo ter melhores resultados, independentemente da intensidade, embora a lista de espera tenha tido algum efeito positivo
25	Álcool; Locais comerciais	Os participantes tiveram seus níveis de alcoolemia avaliados, estimulados por um bafômetro, responderam um questionário sociodemográfico e padrão do uso de álcool e receberam um folheto informativo durante a IB, de duração de 5 a 10 minutos, com o uso de componentes de feedback normativo; - Não menciona o referencial da IB.	Dentre aqueles com concentração de álcool no sangue abaixo de 0,6g/l (86%), a maioria notou que consideraram que beber pode interferir de forma significativa no desempenho de direção. Grande parte dos participantes (69%) apresentaram BAC abaixo dos limites criminais estabelecidos por lei e 31% acima deste limite. Contudo, após um mês, o questionário foi novamente aplicado e não se observou redução significativa no comportamento de beber e dirigir.	As pessoas estão cientes dos riscos envolvidos em beber e dirigir, bem como a interferência do álcool em seu desempenho. No entanto, essa informação não promoveu a mudança esperada no comportamento, indicando a necessidade de intervenções mais efetivas.
26	Álcool, maconha, cocaína, crack; Uniad (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas)	Aplicação de uma IB familiar, sem a presença do dependente. Após 30 dias foi realizada uma entrevista por ligação com o questionário adaptado CSQ-8, que é uma medida global do grau de satisfação do cliente frente ao serviço oferecido; - Não menciona o referencial da IB.	Houve uma média do escore do questionário, não sendo encontrado baixa satisfação. Quando questionado aos familiares acerca das modificações ocorridas nos dependentes, a maior parte alegou modificações positivas.	O impacto do serviço proposto foi considerado positivo do ponto de vista do familiar, evidenciando o desfecho favorável da IB proposta em familiares de dependentes químicos .
27	Nicotina; Unidades Básicas de Saúde e na Unidade de Obstetrícia hospitalar	Foi realizada uma sessão de 15 minutos de IB individualizada. Foi entregue um DVD contendo um vídeo e suas consequências do tabagismo. As participantes foram randomizadas em um grupo de Intervenção (I), onde foram incentivadas a participar de até sete sessões de tratamento individual realizadas no mesmo dia das consultas de pré-natal;	Os programas educacionais de pré-natal com conteúdo relacionado aos efeitos do tabagismo durante a gravidez foram eficazes para aumentar a cessação do tabagismo e tal eficácia aumentou com a intensidade do programa.	A IB complementada por material educativo teve um efeito positivo nas taxas de abstinência do tabagismo em mulheres grávidas. No entanto, são necessárias intervenções mais intensas, com maior atenção aqueles expostos a níveis mais elevados

Quadro 2. Sumarização da amostra quanto a substância psicoativa, cenário, IB, principais resultados e conclusões. Brasil, 2022

n	Substância psicoativa e Cenário	Intervenção Breve	Principais Resultados	Principais conclusões
27	Nicotina; Unidades Básicas de Saúde e na Unidade de Obstetria hospitalar	ou um grupo Controle (C), sem participação adicional em sessões de tratamento individual; - Não menciona o referencial da IB.		de tabagismo, incluindo o fumo passivo
28	Álcool; Universidade	Participantes selecionados por meio da aplicação do AUDIT. Foi realizada entrevista motivacional associada à IB com intervalo de uma semana. Após três meses foi reaplicado o AUDIT; - Utiliza a Entrevista Motivacional.	Verificou-se que todos aqueles que terminaram as sessões de IB e retornaram após três meses reduziram o padrão de consumo de álcool. A média dos escores AUDIT antes e depois de três meses da IB mostrou que houve redução do padrão de consumo de álcool.	A IB mostrou-se positiva no efeito da redução do padrão de consumo de álcool, que foi positivo após três meses do rastreamento inicial, entre os trabalhadores.
29	Nicotina; Hospital universitário	Os participantes foram divididos em dois grupos (Grupo InB e Grupo InIV). Os participantes do grupo InB receberam aconselhamento sobre os perigos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar em uma sessão com duração de 10 minutos, sem recursos audiovisuais e medicamentosos. O grupo InIV recebeu aconselhamento com duração de 40 minutos, sendo uma intervenção oral de 10 minutos e a apresentação de um vídeo educativo de 30 minutos, sem recursos medicamentosos; - Utiliza intervenção intensiva baseada em terapia cognitivo-comportamental.	Após 6 meses de seguimento, quase um terço dos pacientes estavam abstinentes dos grupos InB e InIV. Dos 33 pacientes que haviam permanecido abstinentes durante todo o período de seguimento de 6 meses, 18 relataram melhora dos sintomas respiratórios; 15 melhora da situação financeira; 13 melhora do olfato; e 10 melhora do paladar.	A IB com a apresentação de um vídeo educativo, seguido de contato por telefone, foi positiva quanto à taxa de recaída após 6 meses de seguimento. Foi observado taxa de abstinência de 40,7% entre os pacientes avaliados 6 meses após a alta.
30	Álcool; Hospital universitário	Os pacientes que preencheram critérios para abuso de álcool foram submetidos à IB. O seguimento foi realizado um ano após o trauma via contato telefônico, questionando acerca do padrão de uso de álcool bem como as razões de eventual mudança de comportamento; - Não menciona o referencial da IB.	60,6% mantiveram o padrão de uso, 30,3% reduziram e 9,1% interromperam o uso. Entre os dependentes, 80,6% mantiveram o padrão de uso, 6,5% reduziram e 12,9% interromperam o uso. Poucos, porém, referiram a IB como o fator determinante da interrupção ou redução do consumo de álcool.	O seguimento após um ano mostrou reduções do padrão de consumo de álcool, porém a IB não foi a razão mais relatada para a mudança do comportamento.
31	Álcool; Universidade	BASICS - com uma intervenção de dois encontros com intervalo de 15 dias e com duração de até 50 minutos cada, com grupo controle e experimental; - Utiliza a BASICS.	Em ambos os grupos houve diminuição das doses consumidas, menos prática de binge drinking e redução de consequências negativas.	Revelou diminuição do consumo de álcool e suas consequências negativas entre estudantes universitários, tanto do grupo controle quanto do grupo experimental.
32	Álcool; Universidade	Aplicação BASICS nos estudantes e comparação do grupo controle com o grupo intervenção, utilizando o AUDIT e RAPI (Rutgers Alcohol Problem Index) na triagem e novamente nas entrevistas de acompanhamento realizadas aos 12 e 24 meses após a linha de base; além da avaliação do Brief Drinker Profile (BDP) e da Escala de Dependência de Álcool (ADS); - Utiliza a BASICS.	Estudantes tratados em um acompanhamento de 24 meses diminuíram a quantidade de uso de álcool por ocasião e reduziram os escores de AUDIT e RAPI.	Após a intervenção, os alunos bebedores 'em risco' apresentaram uma melhora significativa, relacionado à redução da quantidade, na frequência e das consequências nocivas do uso de álcool em comparação com aqueles que não receberam a intervenção.

Quadro 2. Sumarização da amostra quanto a substância psicoativa, cenário, IB, principais resultados e conclusões. Brasil, 2022

n	Substância psicoativa e Cenário	Intervenção Breve	Principais Resultados	Principais conclusões
33	Álcool; Unidade Básica de Saúde	Indivíduos que pontuaram a zona I do AUDIT receberam folheto educativo sobre problemas relacionados ao álcool. Os participantes foram divididos em grupos controle e experimental, onde os do grupo controle receberam Intervenção Breve de 60 a 120 minutos em quatro encontros semanais e os experimentais foram convidados a participarem de quatro Intervenção Breve Grupal, sendo esses participantes subdivididos em grupos compostos por mínimo de cinco sujeitos que receberam a intervenção em quatro encontros semanais; - Utiliza a técnica de automudança guiada (AMG).	Os participantes do grupo experimental apresentaram redução estatisticamente após a aplicação da Intervenção Breve Grupal, sendo observado também redução no grupo controle, sendo evidenciado resultados positivos no tocante a efetividade da Intervenção Breve Grupal.	Revelou que a Intervenção Breve Grupal conduzida pelo enfermeiro no âmbito da Atenção Primária à Saúde mostrou-se efetiva para a redução dos níveis de consumo de álcool em indivíduos com padrão de uso de risco ou nocivo.

Fonte: elaboração própria.

Discussão

As evidências da utilização de IB para SPAs mostram que são desenvolvidas com maior ênfase para o uso de álcool^{10,12,17-23,25,26,28,32,33}. O último levantamento realizado pelo Centro de Informações sobre Saúde e Álcool³⁵ apresenta que o consumo abusivo ocorreu entre 19,4% dos brasileiros no último ano, índice superior ao de 2018 (17,9%), evidenciando a necessidade de estratégias para mitigação do uso na população.

Ao analisar a forma como são feitas as intervenções, têm-se que a maioria é realizada de forma presencial, com uso de recursos audiovisuais e associação de palestras ou materiais educativos, com uma nova aplicação do instrumento de avaliação para verificar a efetividade da IB e a redução de danos. As abordagens de IB com utilização de materiais audiovisuais são descritas como positivas referente ao consumo de SPAs, com impacto assertivo na redução do padrão de consumo³⁶.

As IB são aplicadas com a utilização de referências que norteiam a operacionalização da estratégia. Destacam-se os acrônimos FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of option, Empathy, Self-efficacy), BASICS (Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students) e Auto Mudança Guiada como os mais

utilizados nos países que têm consolidado a IB como abordagem para redução do consumo de SPAs³⁷. Contudo, no Brasil os estudos descrevem quantidade variada de sessões, instrumentos utilizados para rastreamento do padrão de uso da substância e *feedback*, tempo de seguimento para avaliação e a abordagem se individual ou grupal, porém não explicitam o referencial utilizado, fragilizando a disseminação da IB no País.

As amostras destacam os estudantes universitários, grupo mais propenso a ingerir substâncias e adotar comportamentos de risco, uma vez que ocupam uma posição mais vulnerável em termos de suas condições de saúde mental e exposição ao álcool e demais substâncias^{38,39}. Por se tratar de universitários, o BASICS é descrito na literatura como o mais utilizado, sendo, portanto, uma IB desenvolvida e com padrões para usabilidade nesse público³¹. Estudos de um modo geral que fizeram uso da metodologia com grupos controles e experimentais obtiveram bons escores de resultados utilizando o BASICS, no que se refere à baixa do consumo e consequências associadas^{40,41}.

No rastreamento do consumo prejudicial de álcool, o Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) é o teste mais frequentemente usado para a triagem do uso de álcool, diferenciando-se, portanto, dos demais uma vez que permite o rastreamento de distintos padrões

de consumo. Confere maiores resultados de identificação de uso de risco ou nocivo do álcool e de provável dependência^{42,43}.

Um dos passos durante a IB é trabalhar com a motivação da pessoa, principalmente aqueles que estão ambivalentes sobre sua situação – segundo estágio no processo de prontidão para mudança; e, portanto, uma das medidas de construção de motivação na IB é conhecida como Entrevista Motivacional (EM). A EM propõe-se planejar e estruturar conversas efetivas, centradas nos pacientes, para que estes resolvam a ambivalência e se convençam a mudar, tendo como base seus próprios valores e interesses, por isso a comunicação faz-se essencial na prática de aconselhamento de dependência^{44,45}.

A falta de treinamento de profissionais para lidar com o consumo problemático de SPAs deve ser salientada, Ramírez et al.⁴⁶ indicam que apesar dos profissionais de saúde rejeitarem o alcoolismo e serem mais rígidos por um aspecto moralista, podem ser mais permissivos quanto ao consumo moderado de álcool, deixando-se influenciar por crenças pessoais e conceitos morais. Evidencia-se, assim, a importância de treinamentos de educação continuada a respeito do tema e aprimoramento das intervenções, pois apesar de ser utilizado um instrumento validado com boa sensibilidade e especificidade para se rastrear⁴⁶, ao aplicá-lo de maneira inadequada o mesmo pode perder sua efetividade.

A utilização da IB no Brasil é considerada promissora, sendo suas técnicas implementadas em distintos cenários, desde a Atenção Primária à Saúde permeando-se até os serviços de maior complexidade, como os de emergência. Destaca-se o seu custo benefício e sua facilidade em aplicação, o que contribui para utilização em grande escala. Dentre os aspectos benéficos que a IB traz, a redução de danos, os estágios de mudanças e as motivações são destaques válidos de reflexão, sendo dessa forma uma adoção possível e oportuna de ser realizada. Referente à eficácia das intervenções, a partir da análise em nossos

achados é preciso considerar que o objetivo em reduzir o consumo e proporcionar mudanças no comportamento foi alcançado na maioria dos estudos.

Considerações finais

Esta revisão encontrou estratégias em comum adotadas para IB do uso de SPAs no Brasil. Dentre os achados, evidenciou-se que a maioria apresentou como proposta a IB grupal presencial, com alta taxa de sucesso na aplicabilidade e resultados alcançados, principalmente quando acompanhada de outros materiais audiovisuais educativos, levando à promoção de mudanças nos comportamentos do uso de risco de SPAs e redução de seus determinantes.

Ressalta-se um cuidado especial aos grupos de estudantes universitários, que se fez altamente presente nos achados e constituem uma classe mais vulnerável. Entre as limitações do estudo, destaca-se a possibilidade de não termos conseguido identificar todos os trabalhos que versam sobre a IB em virtude das palavras-chave utilizadas nas buscas não estarem indexadas em arquivos que poderiam compor a amostra. Apesar de escassas, as evidências científicas existentes na literatura sobre triagem, IB e encaminhamento para tratamento no Brasil revelam seus reflexos na qualidade da assistência prestada aos usuários e sua rede de apoio, sendo possível efetivamente identificar e abordar o uso indevido de substâncias e transtornos por uso de substâncias.

Colaboradores

Silva Filho JA (0000-0002-0261-2014)*, Batista Neto JBS (0000-0003-3228-2340)*, Graça JMB (0000-0002-0401-2987)*, Oliveira SR (0000-0002-4405-5199)* e Vargas D (0000-0003-3140-8394)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. [acesso em 2021 dez 27]. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas-enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html>.
2. Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, Boni RB, et al., organizadores. III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; ICICT; 2017.
3. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Genebra: World Health Organization; 2010.
4. Zerbetto SR, Furino VO, Furino FO. A implementação da intervenção breve na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev. APS.* 2017; 20(1):107-117.
5. Oliveira LC, Cordeiro L, Soares CB, et al. Práticas de Atenção Primária à Saúde na área de drogas: revisão integrativa. *Saúde debate.* 2021; 45(129):514-532.
6. Abreu AMM, Jomar RT, Taets GGC, et al. Screening and Brief Intervention for the use of alcohol and other drugs. *Rev. bras. enferm.* 2018; 71(supl5):2258-2263.
7. Moura AAM. Efeito do monitoramento por telefone de Intervenções Breves para uso de álcool e tabaco entre gestantes: ensaio clínico randomizado. [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2019.
8. Soares MH, Rolin TFC, Machado FP, et al. Impact of brief intervention and art therapy for alcohol users. *Rev. bras. enferm.* 2019; 72(6):1485-1489.
9. Oliveira LCD, Cordeiro L, Soares CB, et al. Práticas de Atenção Primária à Saúde na área de drogas: revisão integrativa. *Saúde debate.* 2021; (45):514-532.
10. Mattoo S, Prasad S, Ghosh A. Brief intervention in substance use disorders. *Indian j. psychiatry.* 2018; 60(8):466-472.
11. Branco FMFC, Ferreira ACPA, Andrade TMMD. Intervenções breves junto a utentes da atenção primária em uso de risco e nocivo de álcool. *Cogitare Enferm.* 2020; (25):e73502.
12. Silva MAA, Andrade ALM, Micheli D. Avaliação da Implementação de Intervenções Breves ao Abuso de Substâncias em Contexto Socioeducativo. *Psicol. pesq.* 2018; 12(1):92-101.
13. Soares J, Vargas D. Group Brief Intervention: effectiveness in motivation to change alcohol intake. *Rev. bras. enferm.* 2020; 73(1):e20180138.
14. Magela NRH. O álcool na atenção primária à saúde: a atitude dos profissionais de saúde na abordagem do consumo, uso abusivo e do alcoolismo. [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista; 2021.
15. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, organizadores. *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* 2020. [acesso em 2022 jun 28]. Disponível em: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann. Intern. med.* 2018; (169):467-743.
17. Sawicki WC, Fram DS, Belasco AGS. Brief intervention applied to college students screened positive for at-risk alcohol consumption. *SMAD, Rev. Eletr. saúde mental álcool drog.* 2018; 14(4):226-33.
18. Santo SSSE, Abreu AMM, Portela LF, et al. Consumo de substâncias psicoativas em pacientes com tuberculose: adesão ao tratamento e interface com Intervenção Breve. *Rev. Enf. Ref.* 2020; 5(1):e19093.
19. Oliveira MS, Andretta I, Rigoni MS, et al. A entrevista

- ta motivacional com alcoolistas: um estudo longitudinal. *Psicol. reflex. crit.* 2008; 21(2):261-266.
20. Castro LA, Laranjeira R. Ensaio clínico duplo-cego randomizado e placebocontrolado com naltrexona e intervenção breve no tratamento ambulatorial da dependência de álcool. *J. bras. psiquiatr.* 2009; 58(2):79-85.
21. Ferreira ML, Albertoni MR, Silva NB, et al. Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. *Psicol. pesq.* 2016; 10(1):34-43.
22. Sawicki WC, Barbosa DA, Fram DS, et al. Alcohol consumption, Quality of Life and Brief Intervention among Nursing university students. *Rev. bras. enferm.* 2018; 71(supl1):505-512.
23. Valente JY, Moreira TC, Ferigolo M, et al. Randomized clinical trial to change parental practices for drug use in a telehealth prevention program: a pilot study. *J. pediatr. (Rio J.)*. 2019; 95(3):334-341.
24. Jungerman FS, Andreoni S, Laranjeira R. Short term impact of same intensity but different duration interventions for cannabis users. *Drug alcohol depend.* 2007; 90(2-3):120-127.
25. Andrade ALM, Scatena A, Micheli D. Evaluation of a preventive intervention in alcoholic and non-alcoholic drivers – a pilot study. *SMAD, Rev. Eletr. saúde mental álcool drog.* 2017; 13(4):205-212.
26. Figlie NB, Payá R, KruliKowski PFP, et al. Intervenção breve em familiares de dependentes químicos: resultados de um estudo de seguimento de 30 meses. *J. bras. psiquiatr.* 2002; 51(5):327-333.
27. Bertani A, Tanni S, Godoy I. Brief Intervention for Smoking Cessation During Pregnancy. *J. bras. pneumol.* 2021; 47(4):e20210142.
28. Brites RMR, Abreu AMM, Portela LF. Reduction of the alcohol consumption among workers using a brief intervention. *Texto & contexto enferm.* 2019; (28):e20180135.
29. Campos ACF, Nani ASF, Fonseca VAP, et al. Comparison of two smoking cessation interventions for inpatients. *J. bras. pneumol.* 2018; 44(3):195-201.
30. Oliveira KD, Baracat ECE, Lanaro R, et al. Alcohol and brief intervention for trauma victims. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2015; 42(4):202-207.
31. Silva EC, Tucci AM. Intervenção Breve para Redução do Consumo de Álcool e suas Consequências em Estudantes Universitários Brasileiros. *Psicol-Reflex Crit.* 2015; 28(4):728-736.
32. Simão MO, Kerr-Corrêa F, Smaira SI, et al. Prevention of “Risky” Drinking among Students at a Brazilian University. *Alcohol alcohol.* 2008; 43(4):470-476.
33. Soares J, Vargas D. Efetividade da intervenção breve grupal no uso nocivo de álcool na atenção primária à saúde. *Rev. Saude Publica.* 2019; (53):4.
34. Prisma. Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses 2020. 2021. [acesso em 2022 ago 11]. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/?AspxAutoDetectCookieSupport=1>.
35. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2021. São Paulo: CISA; 2021.
36. Tamashiro EM, Milanez HM, Azevedo RCS. “Por causa do bebê”: redução do uso de drogas na gravidez. *Rev. bras. saúde. mater. infantil.* 2020; 20(1):313-317.
37. Ponce TD. Rastreio e intervenção breve para mulheres que fazem uso de risco e nocivo de álcool atendidas em serviço de atenção primária à saúde. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
38. Welsh JW, Shentu Y, Sarvey DB. Substance Use Among College Students. *FOCUS.* 2019; 17(2):117-127.
39. Pires ITM, Farinha MG, Pillon SC, et al. Uso de Álcool e outras Substâncias Psicoativas por Estudantes Universitários de Psicologia. *Psicol. ciênc. prof.* 2020; (40):e191670.

40. Hennessy EA, Tanner-Smith EE, Mavridis D, et al. Comparative Effectiveness of Brief Alcohol Interventions for College Students: Results from a Network Meta-Analysis. *Prev. sci.* 2019; 20(5):715-740.
41. King SC, Richner KA, Tuliao AP, et al. A comparison between telehealth and face-to-face delivery of a brief alcohol intervention for college students. *Subst. abus.* 2019; 41(4):501-509.
42. Verhoog S, Dopmeijer Jolien M, Jonge Jannet M, et al. The Use of the Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption as an Indicator of Hazardous Alcohol Use among University Students. *Eur. addict. res.* 2019; 26(1):1-9.
43. World Health Organization. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. 2. ed. Genebra: WHO; 2001.
44. Doumas DM, Miller RM, Esp S. Continuing Education in Motivational Interviewing for Addiction Counselors: Reducing the Research-to-Practice Gap. *J. Addict. Offender. Couns.* 2019; 40(1):36-51.
45. Kouimtsidis C, Salazar C, Houghton B. Motivational Interviewing, Behaviour Change in Addiction Treatment. In: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, editores. *Textbook of Addiction Treatment*. Suíça: Springer; 2020. p. 349-63.
46. Ramírez EGL, Vargas D, Luis MV. Atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool em enfermeiros colombianos. *Cogitare Enferm.* 2019; (24):e58795.
47. Sousa KPA, Medeiros ED, Medeiros PCB. Validade e confiabilidade do Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) em estudantes de uma universidade brasileira. *Cienc. Psicol.* 2020; 14(2):e-2230.

Recebido em 02/07/2022
Aprovado em 15/03/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares

Development of a risk classification protocol for cancer patients in Home-based Palliative Care

Flavia Navi de Souza^{1,2}, Vanessa Gomes da Silva^{2,3}, Alexandre Sousa da Silva¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313824

RESUMO Os serviços de Cuidados Paliativos Domiciliares especializados no tratamento de pacientes oncológicos têm como objetivo identificar e controlar sintomas físicos, psicossociais e espirituais em domicílio. Alguns desafios encontrados são a complexidade de sintomas, a sobrevida reduzida dos pacientes com câncer avançado e limitações do sistema de saúde. Para estratificar a prioridade de atendimento dos pacientes com câncer avançado em Cuidados Paliativos Domiciliares, foi elaborado um protocolo de classificação de risco. Este artigo é um relato de experiência sobre o processo de elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes com câncer avançado atendidos em um serviço de Cuidados Paliativos Domiciliares no Rio de Janeiro. A etapa inicial envolveu reuniões da equipe da Assistência Domiciliar de um hospital oncológico e buscas estruturadas na literatura. Depois, foram listadas as situações clínicas de manejo mais complexo no domicílio, chamadas de sinais e sintomas de alerta: dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda. Elaborou-se um protocolo de avaliação e classificação de risco com cinco categorias/cores, para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes. O sistema de triagem desenvolvido possui fácil aplicabilidade e requer um treinamento breve do profissional de saúde para que possa ser utilizado durante os atendimentos domiciliares.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados Paliativos. Neoplasias. Serviços de assistência domiciliar. Triagem. Sinais e sintomas.

ABSTRACT *Home-based Palliative Care services specialized in the treatment of cancer patients aim to identify and control physical, psychosocial, and spiritual symptoms at home. Some challenges encountered are the complexity of symptoms, reduced survival of patients with advanced cancer, and limitations of the health care system. To stratify the priority of care for patients with advanced cancer in home Palliative Care, a risk classification protocol was developed. This article is an experience report on the process of creating a risk classification protocol for patients with advanced cancer treated at a home Palliative Care service in Rio de Janeiro. The initial stage involved meetings of the home care team at an oncology hospital and structured searches in the literature. Afterwards, the clinical situations of more complex management at home were listed and named as warning signs and symptoms: pain, shortness of breath, nausea/vomiting, bleeding, and acute mental confusion. An assessment and triage protocol was developed with five categories/colors to determine the priority of patient care. The developed triage system has easy applicability and requires a brief training of the health professional so that it can be used during home visits.*

KEYWORDS *Palliative Care. Neoplasms. Home care services. Triage. Signs and symptoms.*

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
flavia_navi@yahoo.com.br

²Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O câncer é a principal causa de necessidade de Cuidados Paliativos (CP) no mundo, uma vez que muitos casos dessa doença são diagnosticados em fase avançada e com pouca chance de cura^{1,2}.

Os CP são aplicáveis desde o início do curso do câncer, em conjunto com terapias modificadoras de doença. À medida que a doença se agrava, ocorre uma progressiva redução das terapias modificadoras de doença (como quimioterapia) e aumento das medidas de CP. Os CP incluem investigações para controlar as complicações clínicas do paciente e oferecer suporte para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e na fase de luto³.

A oferta de CP em domicílio está associada à redução de visitas à emergência, inclusive na fase final de vida, permitindo que pacientes fiquem em casa, junto de seus familiares, pelo maior tempo possível⁴.

Pacientes com câncer avançado geralmente apresentam múltiplos sintomas, que precisam ser pesquisados rotineiramente pelos profissionais de saúde⁵.

Os pacientes oncológicos atendidos por serviços de Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) se caracterizam por baixa capacidade funcional e baixa expectativa de sobrevida^{6,7}. Considerando esse perfil de pacientes e as limitações de recursos dos serviços de saúde, é desejável que as equipes de Assistência Domiciliar (AD) sejam capazes de definir quais são os pacientes com maior prioridade de atendimento.

Diversos serviços de emergência no mundo já demonstraram a grande importância do uso do sistema de triagem (também denominado classificação de risco), para definir priorização de atendimento de pacientes com maior gravidade⁸. Um exemplo é o Sistema de Triagem de Manchester (STM), criado no Reino Unido, em 1997, para estabelecer prioridade clínica de atendimento médico dos usuários das unidades de urgência e emergência, e que atualmente é utilizado em vários países do mundo⁸⁻¹⁰.

Uso de sistema de triagem é uma etapa fundamental na gestão de risco clínico em qualquer serviço em que a demanda clínica supere a oferta de recursos para atendimento¹⁰.

Apesar dos benefícios evidenciados em serviços de emergência, o sistema de triagem ainda não é uma estratégia utilizada com frequência em serviços de CPD. Estudo de Dhiliwal et al.¹¹ avaliou o uso de sistema de triagem para pacientes em CPD, com base na avaliação de sintomas clínicos. O referido estudo mostrou que a triagem facilitou a intervenção precoce da equipe de CPD, melhorou o controle de sintomas dos pacientes e reduziu o número de mortes em hospital¹¹.

Com base na crescente demanda por CP, sobrevida reduzida dos pacientes com câncer avançado e na necessidade de otimizar o uso de recursos dos serviços de saúde, foi desenvolvido um protocolo de classificação de risco de pacientes atendidos pelo serviço de AD de uma unidade de CP oncológicos na cidade do Rio de Janeiro, no Brasil. O objetivo deste artigo é descrever o processo de elaboração do protocolo de classificação de risco em CPD, que se baseou na avaliação de sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda).

Material e métodos

Este estudo consiste num relato de experiência sobre a elaboração de um protocolo de classificação de risco para pacientes com câncer avançado atendidos em um serviço de CPD.

A descrição deste relato foi baseada no processo de sistematização de experiência proposto por Holliday¹². Conforme Eckert¹³, a sistematização de experiência é uma proposta metodológica que consiste na reflexão crítica de uma experiência concreta, visando a produzir processos de aprendizagem¹³.

O presente artigo teve como foco descrever de forma organizada o processo de criação do protocolo de classificação de risco para pacientes em CPD, estimular uma reflexão sobre

os resultados desenvolvidos e compartilhar experiências práticas com outros profissionais de saúde e/ou pesquisadores.

Contextualização

Este estudo foi desenvolvido entre os anos de 2018 e 2022. A primeira versão do protocolo de classificação de risco foi idealizada por dois pesquisadores de um serviço oncológico de CPD. Sua origem ocorreu em 2018, a partir de uma necessidade prática de definir a prioridade de atendimento de pacientes assistidos pelo serviço de AD vinculado a um hospital oncológico de Cuidados Paliativos Exclusivos, na cidade do Rio de Janeiro (Brasil).

A experiência cotidiana dos atendimentos presenciais em domicílio e em teleatendimentos com pacientes em CPD, somada aos desafios discutidos entre a equipe da AD, contribuiu para os pesquisadores formularem algumas hipóteses sobre as circunstâncias que interferiam na probabilidade de permanência dos pacientes em casa.

Entre 2020 e 2022, o estudo recebeu a participação de um pesquisador externo, que contribuiu para orientação e aprimoramento da versão final do protocolo como um produto tecnológico desenvolvido durante um curso de mestrado profissional. A seguir, serão descritas as diferentes etapas percorridas pelos pesquisadores desde a idealização da primeira versão do protocolo até a versão atual.

Pesquisa bibliográfica

Foi realizada uma busca na literatura, com a descrição e a análise dos dados coletados com a finalidade de desenvolvimento de um produto tecnológico em saúde¹⁴. Primeiramente, foi elaborada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre os fatores associados à visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD, visando a compreender quais situações provocavam a interrupção dos

CPD¹⁵. Através da RIL, foram identificadas as principais causas, os fatores de risco e os fatores de proteção com relação à procura de emergência ou hospitalização¹⁵.

Em seguida, os pesquisadores elaboraram uma RIL sobre os métodos utilizados para triagem de atendimento de pacientes oncológicos em CPD. Os dados obtidos nessa RIL foram sistematizados e serão detalhados em artigo científico a ser publicado. A escassez de estudos sobre triagem em CPD motivou os pesquisadores a elaborarem uma proposta de protocolo de triagem de atendimento para pacientes oncológicos em CPD no Brasil, com base na avaliação de sinais e sintomas.

Elaboração de uma proposta de avaliação de sinais e sintomas

A partir dos dados das revisões de literatura e de sucessivas discussões clínicas entre equipe da AD, foi elaborado o protótipo de um instrumento para avaliação de sinais e sintomas.

Esse instrumento incluiu os parâmetros da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), acrescidos de outros sinais e sintomas prevalentes em pacientes com câncer avançado (sangramento, diarreia, constipação, disfagia e confusão mental aguda).

Originalmente, as informações clínicas dos atendimentos domiciliares eram escritas nos prontuários em papel padronizado pela instituição. A qualidade e o tipo de informação registrada variavam de acordo com o critério e entendimento de cada profissional.

O primeiro protótipo do instrumento surgiu da necessidade de melhor estruturar as informações dos atendimentos clínicos domiciliares. Foi elaborado um conjunto de carimbos que eram utilizados nas folhas de evolução dos prontuários em papel. Esses carimbos continham campos específicos para preenchimento das informações sobre a presença e a intensidade dos sinais e sintomas dos pacientes. Havia, também, espaço para detalhar tais manifestações clínicas,

descrever o exame físico e a conduta terapêutica. A implementação do protótipo era acompanhada de reuniões diárias do serviço da AD, nas quais eram esclarecidas as dúvidas sobre o preenchimento das informações e discutidos os casos mais complexos.

A partir de 2020, as informações contidas nos carimbos foram submetidas a uma nova revisão e padronização pela AD, passando a ser registradas pelos profissionais diretamente no prontuário informatizado da instituição.

Definição dos sinais e sintomas de alerta na AD

Com objetivo de determinar a prioridade de atendimento domiciliar, foram definidas as situações clínicas de manejo mais complexo no domicílio. Essas situações de risco receberam a nomenclatura de sinais e sintomas de alerta.

Na primeira versão do protótipo, a escolha dos sinais e sintomas de alerta se baseou em aspectos empíricos a partir da vivência prática dos profissionais da AD, complementados por uma pesquisa bibliográfica não estruturada, utilizando referências obtidas predominantemente de literatura cinzenta.

Posteriormente, foi realizada uma busca bibliográfica estruturada, baseada em evidências científicas, através de uma RIL sobre os fatores determinantes de visita à emergência ou hospitalização de pacientes oncológicos em CPD¹⁵. Os resultados dessa RIL foram importantes para consolidar os sinais e sintomas de alerta. Além disso, o processo de escolha desses parâmetros considerou aspectos resultantes de novas reuniões entre pesquisadores do grupo gestor da AD, a estrutura da AD da instituição no momento da pesquisa, bem como o perfil dos pacientes atendidos pelo serviço.

Foram selecionados como sinais e sintomas de alerta na triagem de risco: dor, falta de ar, náuseas ou vômitos, confusão mental aguda (*delirium*) e sangramento.

Apesar de identificadas na RIL como fatores associados à visita à emergência ou

hospitalização, a fadiga e a febre/infecção não foram incluídas como sinais/sintomas de alerta no protótipo de classificação de risco da AD¹⁵.

A fadiga é um sintoma muito prevalente em pacientes oncológicos, principalmente na fase final de vida, e possui origem multifatorial. Entretanto, seu manejo pode ser feito em domicílio, através de cuidados e orientações da equipe aos pacientes e familiares. Podem ser realizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas (tais como otimização energética) para minimizar os efeitos da fadiga e para que o paciente possa permanecer em casa com conforto. Por essa razão, entendeu-se que, para a maioria dos pacientes atendidos pelo serviço da AD da instituição, a fadiga dispensaria a necessidade de visita à emergência ou hospitalização.

A febre/infecção também não foi selecionada como critério de alerta na classificação de risco. A febre em pacientes oncológicos em CPD pode ocorrer tanto por quadros infecciosos quanto por causa tumoral.

As infecções mais diagnosticadas em pacientes com câncer são as dos tratos respiratório, urinário e abdominal¹⁶. Diante da suspeita de infecção, a equipe da AD deve avaliar a necessidade de uso de antibiótico e/ou outras medidas terapêuticas, visando a oferecer conforto para o paciente em domicílio. O encaminhamento para o hospital geralmente é reservado para os casos infecciosos graves e/ou refratários ao tratamento inicial.

A doença infecciosa causada pelo vírus Sars-CoV-2 (Covid-19) é um outro exemplo de infecção que, desde 2020, começou a impactar a permanência em casa dos pacientes oncológicos atendidos pela AD^{17,18}. Nos casos de Covid-19 sem sinais de gravidade, é oferecida a possibilidade de monitoramento do paciente de forma remota, com orientações da equipe da AD por meio de teleatendimento¹⁷. A hospitalização, geralmente, é reservada para casos graves de Covid-19 e/ou outras situações de maior complexidade, considerando o desejo do paciente/familiar com relação ao local de oferta de cuidados.

Desenvolvimento de um protocolo de classificação de risco dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares, baseado em sinais e sintomas de alerta

A triagem da prioridade de atendimento domiciliar baseou-se na presença e intensidade dos sinais e sintomas de alerta (dor, falta de ar, náuseas/vômitos, sangramento e confusão mental aguda). Nesse protótipo, a triagem da prioridade de atendimento foi denominada classificação de risco.

A primeira versão do protocolo de classificação de risco possuía três categorias: vermelha, amarela e verde. A categoria vermelha consistia na presença de um ou mais sinais/sintomas de alerta de forte ou moderada intensidade (sinais/sintomas com pontuação entre 4 e 10 pontos). A categoria amarela correspondia à presença de um ou mais sinais e sintomas de alerta somente de leve intensidade (pontuação entre 1 e 3). A categoria verde era utilizada para pacientes sem nenhum sinal e sintoma de alerta.

A partir da análise em campo do protótipo de classificação de risco e das discussões feitas em equipe nos últimos quatro anos, foi reformulado o protocolo de classificação de risco, em maio de 2022.

A versão final do protocolo de classificação de risco baseou-se no STM⁸⁻¹⁰, ao contemplar cinco categorias/cores: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Foram mantidos os sinais e sintomas de alerta usados na primeira versão do protocolo da AD e consolidados após a RIL.

Os portadores de sinais/sintomas de alerta de forte intensidade (pontuação maior ou igual a 7) passaram a caracterizar a categoria vermelha (com maior prioridade de atendimento), enquanto os de moderada intensidade (pontuação entre 4 e 6) foram classificados na categoria laranja.

A categoria amarela passou a representar pacientes com sinais/sintomas de alerta de leve intensidade (pontuação entre 1 e 3). A classificação verde é utilizada para designar pessoas sem nenhum sinal/sintoma de alerta e sem outro motivo urgente para discussão de caso em equipe e/ou prioridade na marcação de consulta. Os pacientes da categoria verde são atendidos dentro do planejamento ordinário do serviço.

Outra mudança na versão atual do protocolo foi a criação da categoria azul, para designar pacientes sem sinais/sintomas de alerta, mas que possuam outra situação crítica com prioridade de atenção pela equipe da AD. Alguns exemplos contemplados na categoria azul seriam situações de vulnerabilidade social, sobrecarga de cuidador, sofrimento emocional/espiritual intenso ou a presença de outras condições clínicas potencialmente graves (tais como quadros infecciosos ou descompensação de comorbidades). A criação da categoria azul surgiu a partir da observação de que, na primeira versão do protótipo, alguns pacientes eram propositadamente classificados pelos profissionais como vermelhos, mesmo na ausência de sinais/sintomas de alerta, para que tivessem prioridade na discussão de casos e/ou na marcação de consulta subsequente.

Documentação na unidade

Em julho de 2022, formulou-se documentação oficial de Procedimento de Atividade Técnica que descreveu a versão atualizada do protocolo de avaliação de sinais e sintomas e classificação de risco dos pacientes da AD de uma unidade de CP oncológicos.

Resultados e discussão

Foi desenvolvido um instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em CPD, descrito no *quadro 1*.

Quadro 1. Instrumento para avaliação de sinais e sintomas dos pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares

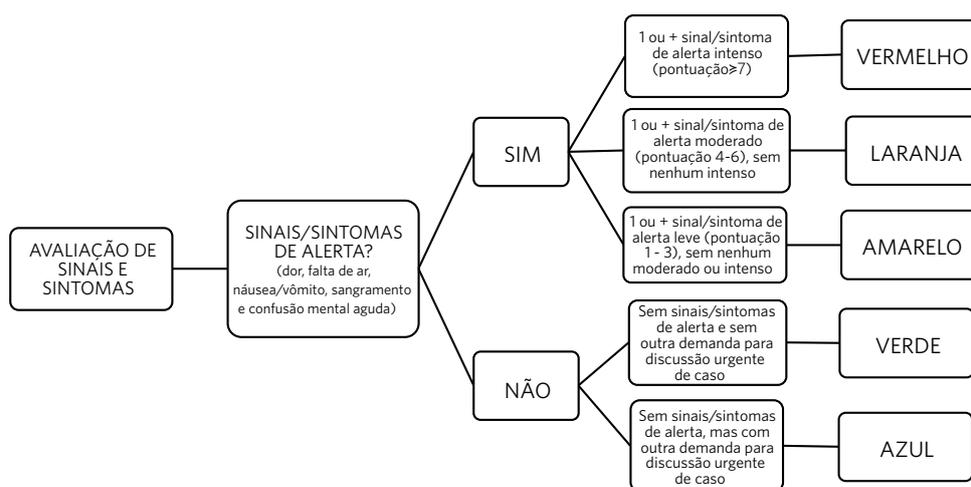
Sintomas da Escala de Edmonton (ESAS)	Intensidade (0-10)
Dor*	
Cansaço	
Náuseas*	
Falta de ar*	
Ausência de bem-estar	
Sonolência	
Ansiedade	
Tristeza	
Falta de apetite	
Outro	
Sinais e sintomas adicionais	Intensidade (0-10)
Constipação	
Diarreia	
Confusão mental aguda*	
Sangramento*	
Disfagia	
Origem da informação: () paciente () cuidador () profissional	
*sinais/sintomas de alerta utilizados na classificação de risco do paciente	

Fonte: elaboração própria.

O instrumento utiliza dados da Escala de avaliação de sintomas associados a outros sinais e sintomas frequentemente relatados por pacientes com câncer avançado. Com base na presença e

intensidade dos sinais e sintomas de alerta, é definida a classificação de risco do paciente, de acordo com Fluxograma elaborado pelos pesquisadores e apresentado na figura 1.

Figura 1. Fluxograma para classificação de risco de pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos Domiciliares, com base em sinais e sintomas de alerta



Fonte: elaboração própria.

As manifestações definidas nesse protocolo como sinais e sintomas de alerta correspondem a situações de manejo mais complexo em domicílio e que representam um risco aumentado de ida à emergência e/ou hospitalização¹⁵. Como muitos pacientes desejam permanecer em casa, inclusive na fase final de vida, a equipe de CPD deve ser capaz de identificar e controlar fatores que possam prejudicar a permanência do paciente em casa.

A escolha desses sinais e sintomas de alerta (definidos com base numa RIL) é reforçada pelos resultados de um estudo de Mercadante et al.¹⁹, que avaliou as principais causas de ligações de emergência feitas por pacientes oncológicos atendidos por serviço de CP domiciliar. De acordo com o estudo, as cinco principais causas para ligações de emergência foram, em ordem decrescente de prevalência: dispneia, dor, *delirium*, perda no nível de consciência e sangramento.

Além disso, falta de ar (dispneia) e *delirium* (representado pela confusão mental aguda) são sintomas multidimensionais associados a um pior prognóstico e que podem causar intenso sofrimento para pacientes e seus familiares^{20,21}.

Segundo modelo descrito por Hui e Bruera⁶, pacientes com câncer avançado possuem quatro categorias de necessidades pessoais: problemas agudos, crônicos, psicossociais e

espirituais/existenciais. A abordagem inicial dos profissionais de saúde deve ser direcionada para os problemas agudos, que envolvem sintomas físicos (como dor, falta de ar, náusea), *delirium* e depressão com risco de suicídio²².

É importante destacar que, além dos sinais e sintomas de alerta, outros fatores relacionados à doença, individuais e ambientais, interferem na escolha do local de óbito do paciente e, portanto, podem contribuir para interrupção ou continuidade dos cuidados do paciente em domicílio. Uma revisão sistemática feita por Gomes e Higginson²¹ mostrou que os fatores associados à maior probabilidade de óbito em domicílio são a preferência do paciente, boas condições sociais, acesso a serviços de AD, intensidade dos atendimentos domiciliares, evolução longa da doença, baixa capacidade funcional, ambiente rural, rede de suporte social e momento sócio-histórico²¹.

Conforme citado, o protocolo de classificação de risco de pacientes oncológicos em CPD descrito neste artigo foi baseado no STM. Ambas as triagens utilizam critérios clínicos para determinar a prioridade de atendimento dos pacientes e classificá-los em uma de cinco categorias, que são representadas por cores. Entretanto, no *quadro 2*, são listadas algumas das principais diferenças entre esses dois sistemas de triagem.

Quadro 2. Principais diferenças entre o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e a classificação de risco em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) oncológicos

Modelo de sistema de triagem	Sistema de Triagem de Manchester ⁸⁻¹⁰	Classificação de risco em CPD oncológicos (Fonte: autores)
Cenário	• Serviços de emergência	• Serviços de CPD
Executor da triagem	• Enfermeiros	• Enfermeiros e médicos
Perfil dos pacientes	• Pacientes com diferentes problemas de saúde	• Pacientes com câncer avançado em CPD
Objetivo	• Determinar a prioridade de atendimento médico	• Determinar a prioridade de atendimento domiciliar subsequente, teleatendimento e/ou discussão do caso em equipe
Outras características	Tempo máximo ideal até atendimento médico é definido conforme a categoria de risco do paciente;	Limite de tempo para o atendimento subsequente depende da categoria de risco do paciente, mas também pode variar conforme a disponibilidade de recursos humanos no serviço da AD;

Quadro 2. Principais diferenças entre o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e a classificação de risco em Cuidados Paliativos Domiciliares (CPD) oncológicos

Modelo de sistema de triagem	Sistema de Triagem de Manchester ⁸⁻¹⁰	Classificação de risco em CPD oncológicos (Fonte: autores)
Outras características	Categoria azul significa 'não urgente' e é a que pode aguardar maior tempo até atendimento	Categoria azul representa pacientes sem sinais/sintomas de alerta, mas com outro motivo para discussão em equipe; a categoria verde é a de menor prioridade de atendimento

Fonte: elaboração própria.

Na versão atual da classificação de risco elaborada para pacientes em CPD, a categoria azul tem prioridade de atendimento maior do que a categoria verde. O motivo para isso é que, na versão anterior do protocolo (que utilizava três cores: vermelho, amarelo e verde), a categoria verde já estava bem consolidada como grupo de pacientes sem nenhum sinal/sintoma de alerta, e que, por isso, teriam agendamento de consulta conforme o funcionamento ordinário do serviço. Ao acrescentar mais duas categorias à classificação de risco (laranja e azul), os pesquisadores decidiram que a categoria verde manteria seu significado original, enquanto a categoria azul representaria pacientes sem nenhum sinal/sintoma de alerta, mas com outra demanda para discussão urgente em equipe.

Considerações finais

Este relato de experiência descreveu o processo de elaboração do protocolo de classificação de risco de pacientes oncológicos atendidos por um serviço de CPD. Esta pesquisa se iniciou a partir da necessidade identificada pelos pesquisadores de definir a prioridade de atendimento dos pacientes no serviço em que o protocolo foi desenvolvido.

O referido protocolo busca identificar e facilitar o controle de sinais/sintomas de pacientes com câncer avançado atendidos em

AD, tendo como objetivo final melhorar a qualidade de vida e favorecer a permanência dos pacientes em casa, junto de seus familiares. Possui fácil aplicabilidade por profissionais de saúde, requerendo apenas um breve treinamento para que possa ser utilizado em consultas domiciliares.

Desde sua primeira versão, o protocolo foi sofrendo adaptações visando ao aperfeiçoamento do processo de avaliação de pacientes com câncer em CPD e a, assim, auxiliar o planejamento de cuidados pela equipe da AD. Embora a última versão do protocolo de classificação de risco em CPD tenha sido finalizada em 2022, o processo de avaliação dos resultados de sua aplicação e a validação desse instrumento serão focos de novos estudos.

Por meio deste artigo, os autores pretendem compartilhar uma estratégia de triagem prática e inovadora usada para direcionar a alocação de recursos, diante de um cenário de grande demanda (em número de pacientes e/ou complexidade de sintomas) e limitação de recursos humanos e materiais do sistema de saúde.

Colaboradores

Souza FN (0000-0003-1478-7038)*, Silva VG (0000-0003-3438-3401)* e Silva AS (0000-0002-5573-4111)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. 2020. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
2. Atty ATM, Tomazelli JG. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 set 5]; 42(116):225-236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>.
3. World Health Organization. Definition of Palliative Care. 2020. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
4. Mracek J, Earp M, Sinnarajah A. Palliative home care and emergency department visits in the last 30 and 90 days of life: A retrospective cohort study of patients with cancer. *BMJ support. palliat. care*. 2021 [acesso em 2022 set 5]; (1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-002889>.
5. Hui D, Bruera E. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Later: Past, Present, and Future Developments. *J. pain symptom man.* 2017; 53(3):630-643.
6. Hui D, Bruera E. Models of palliative care delivery for patients with cancer. *J. clin. oncol.* 2020; 38(9):852-865.
7. Mercadante S, Adil C, Caruselli A, et al. The palliative-supportive care unit in a comprehensive cancer center as crossroad for patients' oncological pathway. *PLoS ONE*. 2016 [acesso em 2022 set 5]; 11(6):e0157300. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157300>.
8. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, et al. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev. bras. enferm.* 2021 [acesso em 2022 jun 1]; 74(3):e20201361. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1361>.
9. Santos Filho LAM. Revisão sistemática do Sistema de Triage de Manchester na estratificação de risco. [monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia; 2013. 28 p.
10. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J, editores. *Emergency triage: Manchester Triage Group*. 3. ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons; 2014. [acesso em 2022 set 5]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118299029>.
11. Dhiliwal S, Salins N, Deodhar J, et al. Pilot testing of triage coding system in home-based palliative care using Edmonton Symptom Assessment Scale. *Indian J Palliat Care*. 2016 [acesso em 2022 set 5]; 22(19). Disponível em: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.173943>.
12. Holliday OJ. Para sistematizar experiências. 2. ed. Brasília, DF: MMA; 2006. p. 128.
13. Eckert C. Orientações para elaboração de sistematização de experiências. Porto Alegre: EMATER/RS-ASCAR; 2009. p. 9-18.
14. Fontenelles MJ, Simões MG, Frias SH, et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Rev. para. med. Belém*. 2009; 23(3):25-37.
15. Souza FN, Silva VG, Silva AS. Fatores associados à visita à emergência ou hospitalização em cuidados paliativos oncológicos domiciliares: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.)*. 2023 [acesso em 2023 abr 15]; (15):e12000. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12000>.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Capítulo 18 – Infecções. In: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV*. Rio de Janeiro: INCA; 2021. p. 167-174.
17. Silva VG, Telles AC, Guimarães NPA, et al. A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de CO-

- VID-19. Res Soc Dev. 2022 [acesso em 2022 set 5]; 11(5):e35711528300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28300>.
18. Porzio G, Cortellini A, Bruera E, et al. Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *J. pain symptom manage.* 2020 [acesso em 2022 set 5]; 60(1):e5-e7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.021>.
 19. Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al. Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J. pain symptom manage.* 2012 [acesso em 2022 jan 1]; 44(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.07.016>.
 20. Verhoef MJ, Nijs E, Horeweg N, et al. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study. *Support. care cancer.* 2020 [acesso em 2022 set 5]; 28(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04906-x>.
 21. Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: Systematic review. *BMJ, Br. med. j. (Clin. res. ed.)*. 2006 [acesso em 2022 set 5]; 332(7540). Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.38740.614954.55>.
 22. Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat. rev., Clin. oncol. (Online)*. 2016 [acesso em 2022 jun 1]; 13(3):159-171. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2015.201>.

Recebido em 26/12/2022
 Aprovado em 22/05/2023
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apótem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista 'Saúde em Debate' conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é **Saúde debate**, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do *periódico*, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0. Esta informação está disponível na *homepage* do site e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os

autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (**atualizado em junho de 2023**) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista 'Saúde em Debate' oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a Licença Creative Commons do tipo atribuição CC-BY 4.0.

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints*. Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista 'Saúde em Debate' incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (modelo anexo), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsink, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e e-mail. As pessoas designadas como autores devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de

publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A

integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados

etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o 'Manual de Normalização de Referências' elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de

obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no 'Guia para registro e publicação de errata' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo e-mail revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elaborará-se relatório e encaminha-se, por e-mail, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta - SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como 'Componentes do artigo - Documento complementar'.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a 'Saúde em Debate' encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil - CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(HEALTH IN DEBATE)

Authors' Guidelines

Instructions for preparing and submitting articles

UPDATED MAY 2023

EDITORIAL POLICY

The 'Saúde em Debate' (Health in Debate) journal was created in 1976 and is a Brazilian Center for Health Studies (CEBES) publication. This Center aims to disseminate studies, research, and reflections that contribute to the debate in the field of collective health, especially those that address issues related to health policy, planning, management, work, and evaluation. We value studies based on different theoretical-methodological approaches and with contributions from different branches of science.

The journal is published quarterly, and, at the editors' discretion, special issues that follow the same submission and evaluation process as the regular issues are published. 'Saúde em Debate' accepts original and unpublished works that make relevant contributions to the scientific knowledge accumulated in the field.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted to the Journal and may not submit their papers simultaneously to another journal in whole or in part. 'Saúde em Debate' has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy, reviewed periodically. Its members are part of the Editorial Committee and the base of reviewers in their specific areas.

The abbreviated title of the Journal is **Saúde debate**, which should be used in bibliographies, footnotes, references, and bibliographic captions.

INTELLECTUAL PROPERTY POLICY

Except where noted, all the Journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. This information is available on the site's homepage and the first page of all articles.

COPYRIGHT

In case of approval and publication of the article in the Journal, its copyright will become the property of the Journal. Authors must, upon submission, complete and sign a Declaration of Liability and Cessation of Copyright according to the following model: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

FEES

A publication fee of BRL 600.00 (**updated in June 2023**) is charged for articles approved in any section of the Journal. We do not charge submission fees. After approval of the articles, the authors will receive an e-mail with instructions on the procedures for paying the publication fee.

The authors with an article approved for publishing in any modality are responsible for language revision (mandatory) and translation into English (optional) based on a list of reviewers and translators indicated by the Journal.

OPEN ACCESS POLICY

The 'Saúde em Debate' journal offers free access to its content, following the principle that making scientific knowledge freely available to the public provides greater democratization of this knowledge, adopting the Creative Commons License type BY attribution (CC-BY 4.0).

All of the Journal's content is available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse, and distribute, with proper citation of the source and authorship. In these cases, no permission is required from the authors or publishers. The Journal's editors must previously authorize the total or partial reproduction by any means of dissemination.

OPEN SCIENCE INCENTIVE POLICY

Preprint

'Saúde em Debate' accepts articles in preprints from academically recognized national and international databases such as SciELO preprints. Submitting the article in preprint is not mandatory, and this does not prevent the simultaneous submission to the 'Saúde em Debate' journal. In the case of submission in preprint, the author must inform the Journal of the assigned DOI number and the server's name where it was deposited.

Data sharing

The 'Saúde em Debate' journal encourages data sharing. To deposit Research Data, authors must choose the Open Access repository they consider most suitable for sharing their data and make the deposit. Information on data sharing in public repositories can be found at: <https://data.scielo.org>.

Based on Open Science criteria, authors are asked to complete the Open Science Compliance Form – SciELO (model enclosed), which must be attached to the Journal's system upon submitting the manuscript as 'Article components – Supplementary document'.

RESEARCH ETHICS AND INTEGRITY POLICY

The Journal adopts the 'Standards for the presentation of articles proposed for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org. These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at http://www.icmje.org/urm_main.html. 'Saúde em Debate' follows SciELO 'Guidelines on Best Practices for Strengthening Ethics in Scientific Publication'. We recommend the authors to read them.

Human research ethics

The publication of articles with human research results is subject to compliance with the ethical principles of the Declaration of Helsinki of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, and 2008 by the World Medical Association. It also complies with the specific legislation of the country where the research was conducted, wherever applicable.

In the last paragraph, human research articles must make clear compliance with the ethical principles in the 'Material and methods' section, mention the Research Ethics Committee (CEP) approval number, and forward a copy of the approval opinion upon submission.

Anti-plagiarism policy

The 'Saúde em Debate' journal adopts the guidelines, instructions, and flows recommended by the Committee on Publication Ethics - COPE <http://publicationethics.org/>.

Upon receipt, manuscripts are submitted to plagiarism detector software. The authors may be asked about information identified by the tool to ensure the originality of the manuscripts, referencing all the research sources used. Plagiarism is unacceptable editorial behavior. Thus, if any similarities with other published texts are proven, the manuscript will be excluded from the evaluation process.

Conflict of interests

When signing the Declaration of Liability and Cessation of Copyright, authors must report on relationships that may establish a financial or affiliation conflict of interest.

Authorship and contribution

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information on all authors must be included in the submission form at: 'Enter Metadata - List of Contributors - Add Contributor', containing full name, affiliation institutions with up to three hierarchies, Orcid code (Open Researcher and Contributor ID), and e-mail. Individuals designated as authors must have substantially participated

in the preparation of the manuscript and assume responsibility for its content.

Upon submission of the manuscript, all authors must complete and sign the Declaration of Liability and Cessation of Copyright - writing the full name and their detailed contribution as recommended by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) in the work conception or design;
- b) in the data collection, analysis, and interpretation;
- c) in the article's drafting or its critical review;
- d) in the final approval of the version to be published.

Information about the participation of each author, with the respective Orcid, will appear in the article in the item 'Collaborators' before the 'References'.

Funding

In financed scientific works, the authors must send the information to the Journal about the funding source, with the process registration number. 'Saúde em Debate' complies with Ordinance N° 206 of 2018 of the Ministry of Education/Foundation Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel/Office on mandatory citation of CAPES for works produced or published in any medium, resulting from activities totally or partially financed by CAPES.

EVALUATION PROCESS

The evaluation process of scientific texts submitted to the 'Saúde em Debate' journal, in any of the modalities provided, is submitted to peer review, and academic merit is the criterion adopted in all evaluative stages. We seek to promote inclusion, diversity, and equity. No article will be outright rejected based on characteristics of the authors, such as race, religion, sexual orientation, political belief, or any other derogatory aspect.

Every manuscript the 'Saúde em Debate' journal receives is submitted to prior technical analysis to identify compliance with the Journal's rules. Works that do not comply with the Journal's publication standards are returned to the authors for adaptation and new submission.

Once the Journal's norms are fully complied with, the editor-in-chief and associate editors appreciate the originals, who assess the originality, scope, timeliness, and compliance with the Journal's editorial policy. Papers approved in this pre-assessment stage are forwarded to the associate editor, who will appoint two reviewers, considering the paper's topic and expertise, who may approve, reject, or make recommendations for changes to the authors. Any opinion

divergence will require the work to be forwarded to a third reviewer. Editors may, at their discretion, issue a third opinion. The referees will recommend accepting, refusing, or reformulating the works submitted. In the case of reformulation, the authors must return the revised work within the stipulated period, after which the work will be excluded from the system.

The Editorial Committee has full authority to decide on the final acceptance of the work and the changes made.

Additions or modifications will not be accepted after the final approval of the work. Eventual suggestions for changes in structure or content by the Journal's editors will be previously agreed upon with the authors through e-mail communication. The formatted version (press proof) will be sent by e-mail to the authors for final review, and authors must return it within the stipulated period.

The end of the article will include information about the date of receipt, approval, financial support, and conflict of interest.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF WORKS

Papers must be submitted through the website: www.saudeemdebate.org.br. After registration, the author responsible for the submission will create a login and password to monitor the procedure.

Types of texts accepted for publication

Original article: The result of empirical research that can be generalized or replicated. The text must contain a maximum of 6,000 words.

Essay: A critical analysis of a specific topic of relevance and interest in the context of Brazilian or international health policies. The text must contain a maximum of 7,000 words.

Systematic or integrative review: Critical reviews of the literature on current health issues. A systematic review rigorously synthesizes research related to an issue. The integrative provides broader information on the subject. The text must contain a maximum of 8,000 words.

Opinion article: Exclusively for authors invited by the Editorial Committee, with a maximum length of 7,000 words.

Case study: Description of academic, care, or extension experiences, with up to 5,000 words that significantly contribute to the field.

Critical review: Reviews of books of interest to public health at the discretion of the Editorial Committee. The texts must present an overview of the work's content, its theoretical

assumptions, and the public to which it is addressed, with a length of up to 1,200 words. The high-resolution cover must be submitted through the Journal's system.

Interview: Text produced by at least two people in which the respondent is always the first author, with a maximum of 7,000 words.

Document and testimonial: Works referring to themes of historical or situational interest at the discretion of the Editorial Committee.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the article body and the references. It does not include title, abstract, keywords, tables, boxes, figures, and graphs.

Text preparation and submission

The text can be written in Portuguese, Spanish, or English. It must be typed in Microsoft® Word or compatible, saved in doc or docx format, to be attached to the submission form's corresponding field. It should not contain any information that identifies the authors or institutions to which they are affiliated.

Type on a standard A4 sheet (210X297mm), 2.5 cm margins on each of the four sides, Times New Roman font size 12, 1.5 line spacing.

The text should include

On the first page:

Title: that clearly and succinctly expresses the text content, containing a maximum of 15 words. The title must be in bold, with capital letters only for proper names. The text in Portuguese and Spanish must have a title in the original language and English. The text in English must have a title in English and Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, with a maximum of 200 words, in which the objectives, the method used, and the work's main conclusions are clear. Except for internationally recognized abbreviations, it must be unstructured, without using topics (introduction, methods, and results), citations, or acronyms.

Keywords: at the end of the abstract, include three to five keywords, separated by a period (only the first initial capitalized), using the terms listed in the structured vocabulary (DeCS), available at: www.decs.bvs.br.

Registration of clinical trials: 'Saúde em Debate' supports the policies for registering clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing their importance for registration and international dissemination of clinical trial information. In this

sense, clinical trials must contain the identification number in one of the registers of clinical trials validated by the WHO and ICMJE, available at: <http://www.icmje.org>. In these cases, the identification number must appear at the end of the abstract.

In the text body:

The style and creativity of the authors are respected for text composition of the text. However, the text must include conventional elements, such as:

Introduction: with a clear definition of the investigated problem, justification, and objectives.

Material and methods: described objectively and clearly, allowing research reproducibility. The number of the Research Ethics Committee (CEP) approval opinion must be registered if it involves human beings.

Results and discussion: can be presented together or in separate items.

Conclusions or final considerations: which depend on the research type.

References: should contain only authors cited in the text and follow ICMJE's Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals used to prepare references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend accessing the Reference Standardization Manual prepared by CEBES editors.

We recommend using articles published by the Journal to contribute to the Journal's qualification and dissemination.

OBSERVATIONS

The Journal does not use underlines and bold for emphasis. Use single quotation marks to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages must be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for those absolutely necessary. Testimonials from subjects should be in italics and double quotation marks in the text body (if shorter than three lines). If they are longer than three lines, they must be written in italics, without quotation marks, highlighted from the text, with a 4 cm indent, single space, and 11 font.

Do not use footnotes in the text. Footnote markings, when absolutely essential, should be superscripted and sequential.

Avoid data or information repetition in the different parts of the text.

The maximum number of figures, graphs, boxes, or tables is five (with a maximum of two pages each). Figures, graphs, boxes, and tables must be in an open/editable format, not taken from other files. Figures such as photographs, drawings, and maps should be sent in high resolution (at least 300 DPIs), in black and white or grayscale. They must be submitted in separate files from the text, one by one, following their sequential order in the study (they must be numbered and contain title and source). Please identify the place where they should be inserted in the text.

In the case of photos, the subjects can only be identified if they so authorized in writing for scientific dissemination purposes.

ERRATA:

Any retraction, errata, or modifications after the article's publication must be informed by the author to the Journal by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. The Journal follows the procedures indicated in the SciELO 'Guide for registering and publishing errata'.

COMPLAINTS AND APPEALS:

Authors can ask for explanations if they identify misconduct in the Journal's publication ethics policies. Complaints must be made in writing, with a letter sent to the editor by e-mail at revista@saudeemdebate.org.br. Once the complaint is received, the investigation process begins by the Journal's Executive team under the guidance of the Editor-in-Chief. A report is prepared at the end of the investigation, and a response is sent by e-mail to the interested party with the decision taken.

Complaints improve the evaluation process, processing time, and publication of manuscripts submitted to the Journal.

DOCUMENTS LISTED BELOW MUST BE SCANNED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM UPON ARTICLE REGISTRATION

1. Declaration of Liability and Cessation of Copyright

All authors must complete and sign the declaration per the model available at: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/148>.

2. Research Ethics Committee (CEP) Approval Opinion

In the case of human research conducted in Brazil, attach the document of research approval by the Research Ethics Committee of the institution where the work was performed. If institutions do not have a CEP, the CEP document by which it was approved must be presented. Regarding research conducted in

other countries, attach a statement indicating full compliance with ethical principles and specific legislation.

3. Open Science Compliance Form – SciELO

Authors must complete the form: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Open-Science-Compliance-Form_en.docx, and attach it to the Journal system as 'Article components – Supplementary document'.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE FORWARDED AFTER ARTICLE APPROVAL

1. Spelling and Grammar Review Declaration

Approved articles must undergo a spelling and grammatical review by a qualified professional based on the Journal's accredited reviewers. The reviewer's declaration must accompany the revised article.

2. Translation Declaration

Approved articles may be translated into English at the discretion of the authors. In this case, the translation will be performed by a qualified professional based on a list of translators accredited by the Journal. The translator's declaration must accompany the translated article.

PRIVACY POLICY

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication. They shall not be made available for other purposes or to third parties.

The journal employs the OJS (Open Journal Systems) software to evaluate its manuscripts. This system provides for the backup of all registered content. Furthermore, 'Saúde em Debate' has been available in the digital collections of the company Docpro since its first issue launched in 1976 (<http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>).

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Avenida Brasil, 4.036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

SAÚDE EM DEBATE

(SALUD EN DEBATE)

Directrices para los autores

Instrucciones para preparar y enviar artículos

ACTUALIZADO EN MAYO 2023

POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes) que tiene como objetivo difundir estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan al debate en el campo de la salud colectiva, especialmente aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión, el trabajo y la evaluación en salud. Valoramos estudios basados en diferentes enfoques teórico-metodológicos y con aportes de diferentes ramas de la ciencia.

La periodicidad de la revista es trimestral y, a criterio de los editores, se publican números especiales que siguen el mismo proceso de envío y evaluación que los números regulares.

La 'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que hagan aportes relevantes al conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de plena y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser enviados simultáneamente a otra revista, total o parcialmente.

La revista 'Saúde em Debate' cuenta con un Consejo Editorial que contribuye para la definición de su política editorial, revisada periódicamente. Sus miembros forman parte del Comité Editorial y del banco de revisores en sus áreas específicas.

El título abreviado de la revista es Saúde debate, que debe ser utilizado en bibliografías, notas a pie, referencias y leyendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Todo el contenido de la revista, excepto donde se indique, tiene una licencia de Creative Commons Attribution License CC-BY 4.0. Esta información está disponible en la homepage del sitio web y en la primera página de todos los artículos.

DERECHOS DE AUTOR

En caso de aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes al mismo se convertirán en propiedad

de la revista. Los autores deben, en el momento del envío, completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor según el modelo: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

COSTES

Se cobra una tasa de publicación de BRL 600,00 (**actualizada en junio de 2023**) para los artículos aprobados en cualquier sección de la revista. No cobramos tarifas de envío. Tras la aprobación de los artículos, los autores recibirán un correo electrónico instruyendo acerca de los procedimientos para el pago de la tasa de publicación.

Una vez aprobado para publicación, en cualquier modalidad, es de responsabilidad de los autores la revisión idiomática (obligatoria) y la traducción al inglés (opcional), según una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

La revista 'Saúde em Debate' ofrece acceso libre a su contenido, sin coste, siguiendo el principio de que poner el conocimiento científico a disposición del público de manera gratuita proporciona una mayor democratización de ese conocimiento, adoptando la Licencia Creative Commons tipo CC-BY4.0.

Todo el contenido de la revista está disponible para que cualquiera lo lea, descargue, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida mención de la fuente y la autoría. En estos casos, no se requiere ningún tipo de permiso de los autores o editores. La reproducción total o parcial en cualquier medio de difusión, debe contar con la autorización previa de los editores de la revista.

POLÍTICA DE INCENTIVOS A LA CIENCIA ABIERTA

Preimpresión

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en preprints de bases de datos nacionales e internacionales reconocidas académicamente como SciELO preprints. El envío del artículo en preprint no es obligatorio y esto no impide el envío simultáneo a la revista 'Saúde em Debate'. En el caso de envío en preprint, el autor deberá informar a la revista el número DOI asignado y el nombre del servidor donde fue depositado.

Intercambio de datos

La revista 'Saúde em Debate' fomenta el intercambio de datos. Para depositar Datos de Investigación, los autores deben elegir el repositorio de Acceso Abierto que consideren más adecuado para compartir sus datos y realizar el depósito. Se encuentra información acerca de cómo compartir datos en repositorios públicos en: <https://data.scielo.org/>.

Basado en los criterios de Ciencia Abierta, se solicita a los autores completar el Formulario sobre Conformidad con la Ciencia abierta – SciELO (modelo adjunto), que debe adjuntarse al sistema de la revista al momento de enviar el manuscrito como ‘Componentes del artículo – Documento adicional’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La revista adopta los ‘Estándares para la presentación de artículos propuestos para publicación en revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Principios de Transparencia y Buenas Prácticas en Publicaciones Académicas’ recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Tales recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos en la realización y presentación de informes de investigación, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La ‘Saúde em Debate’ sigue la ‘Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica’ de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Buenas-Practicas-para-el-Fortalecimiento-de-la-Etica-en-la-Publicacion-Cientifica.pdf>. Lectura recomendada para los autores.

Ética en la investigación con seres humanos

La publicación de artículos con resultados de investigación que involucren a seres humanos está sujeta al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008, de la Asociación Médica Mundial; además de cumplir con la legislación específica del país en el que se realizó la investigación, si la hubiere.

Los artículos con investigaciones que involucren seres humanos deben aclarar, en el último párrafo, en la sección ‘Material y métodos’, el cumplimiento de los principios éticos, el número de aprobación por el Comité de Ética en Investigación (CEP) y enviar una copia del dictamen de aprobación en el envío.

Política antiplagio

La revista ‘Saúde em Debate’ adopta las directrices, orientaciones y flujos recomendados por el Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Una vez recibidos, los manuscritos pasan por un *software* detector de plagio. Es posible que se pregunte a los autores sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos, referenciando todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable, por lo tanto, si se comprueba la existencia de similitudes con otros textos ya publicados, el manuscrito será excluido del proceso de evaluación.

Conflicto de intereses

Los autores deben informar sobre las relaciones que puedan establecer un conflicto de interés económico y/o de afiliación al firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor.

Autoría y contribución

La revista acepta un máximo de siete autores por artículo. Las informaciones sobre todos los autores deben incluirse en el formulario de envío en: ‘Introducir los metadatos – Autoría y colaboradores/as – Añadir colaborador/a’, conteniendo: nombre completo, instituciones de afiliación con hasta tres jerarquías, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico. Las personas designadas como autores deben haber participado sustancialmente en la elaboración del manuscrito y asumir la responsabilidad por su contenido.

Al enviar el manuscrito, todos los autores deben completar y firmar la Declaración de Responsabilidad y Cesión de Derechos de Autor, incluyendo el nombre completo y la contribución detallada como lo recomienda la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para la concepción o diseño del trabajo;
- b) para la recopilación, análisis e interpretación de datos;
- c) para la redacción del artículo o en su revisión crítica;
- d) para la aprobación final de la versión a publicar.

La información sobre la participación de cada autor, con el respectivo Orcid, aparecerá en el artículo, en el ítem ‘Colaboradores’, ubicado antes de las referencias.

Financiación

En trabajos científicos financiados, los autores deberán enviar a la revista la información sobre la fuente de financiamiento, con registro del número de proceso. La revista ‘Saúde em Debate’ cumple con la Ordenanza nº 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citación obligatoria de la Capes para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, resultantes de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

El proceso de evaluación de textos científicos enviados a la revista ‘Saúde em Debate’, en cualquiera de las modalidades previstas, es sometido a la revisión por pares (peer review), siendo el mérito académico el criterio

utilizado en todas las etapas de la evaluación. Buscamos promover la inclusión, la diversidad y la equidad. Ningún artículo será rechazado en base a características de los autores tales como raza, religión, orientación sexual, ideología política o cualquier otro aspecto despectivo.

Todo manuscrito recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a análisis técnico previo para identificar el cumplimiento de los estándares de la revista. Los trabajos que no cumplan con las normas de publicación de la revista son devueltos a los autores para su adaptación y nuevo envío.

Una vez cumplidas las normas de la revista, los originales son apreciados por el editor jefe y los editores asociados, quienes evalúan la originalidad, alcance, actualidad y cumplimiento de la política editorial de la revista. Los trabajos aprobados en esta etapa de preevaluación son enviados al editor asociado quien designará dos revisores, teniendo en cuenta el tema del trabajo y su experiencia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o recomendar cambios a los autores. En caso de divergencia de opiniones, el trabajo será remitido a un tercer revisor. Asimismo, los editores podrán, a su discreción, emitir una tercera opinión. Corresponde a los revisores recomendar la aceptación, rechazo o reformulación de los trabajos. En caso de solicitud de reformulación, los autores deberán devolver el trabajo revisado dentro del plazo estipulado. Si no hay manifestación de los autores dentro del plazo definido, la obra será excluida del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir sobre la aceptación final del trabajo, así como sobre las modificaciones realizadas.

No se aceptarán adiciones o modificaciones después de la aprobación final del texto. Las eventuales sugerencias de cambios en la estructura o contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores a través de comunicación por correo electrónico.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por correo electrónico a los autores para su revisión final, quienes deberán devolverla en el plazo estipulado.

Al final del artículo estarán las informaciones sobre: fecha de recepción, fecha de aprobación, apoyo financiero y conflicto de intereses.

DIRECTRICES PARA LA PREPARACIÓN Y SUMISIÓN DE OBRAS

Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable del envío creará su nombre de usuario y contraseña para monitorear el procedimiento.

Tipos de textos aceptados para publicación

Artículo original: resultado de investigación empírica que pueda generalizarse o replicarse. El texto debe contener un máximo de 6.000 palabras.

Ensayo: análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para el contexto de las políticas de salud brasileñas y/o internacionales. El texto debe contener un máximo de 7.000 palabras.

Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura sobre temas actuales de salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con un tema. La revisión integradora brinda informaciones más amplias sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con una extensión máxima de 7.000 palabras.

Informe de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión, con hasta 5.000 palabras que tengan aportes significativos al área.

Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar un panorama general del contenido de la obra, sus presupuestos teóricos y el público al que se dirige, con una extensión máxima de 1.200 palabras. La portada en alta resolución deberá ser enviada a través del sistema de la revista.

Entrevista: texto elaborado por al menos dos personas en el que el entrevistado es siempre el primer autor, con un máximo de 7.000 palabras.

Documento y testimonio: trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural, a criterio del Comité Editorial.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y envío de textos

El texto puede estar escrito en portugués, español o inglés. Debe estar mecanografiado en Microsoft® Word o compatible, guardado en formato doc o docx, para ser adjuntado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o instituciones a las que están vinculados.

Escribir en hoja A4 (210X297 mm), márgenes de 2,5cm en cada uno de los cuatro lados, fuente Times New Roman tamaño 12, interlineado de 1,5.

El texto debe contener

En la primera página:

Título: expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. El título debe escribirse en negrita, con mayúsculas sólo para los nombres propios. El texto en portugués y español debe tener un título en el idioma original y en inglés. El texto en inglés debe tener un título en inglés y portugués.

Resumen: en portugués e inglés o en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones del trabajo. Debe ser desestructurado, sin utilizar tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), mención o siglas, con excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras clave: al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave, separadas por un punto (solo la primera letra en mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponible en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la 'Saúde em Debate' apoya las políticas de registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo así su importancia para el registro y difusión internacional de informaciones de ensayos clínicos. En este sentido, los ensayos clínicos deberán contener el número de identificación en uno de los registros de ensayos clínicos validados por la OMS y el ICMJE, cuyas direcciones se encuentran disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de identificación deberá figurar al final del resumen.

En el cuerpo del texto:

Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, este debe incluir elementos convencionales, tales como:

Introducción: con definición clara del problema investigado, justificación y objetivos.

Material y métodos: descritos de manera objetiva y clara, permitiendo la reproducibilidad de la investigación. Si involucra a seres humanos, se debe registrar el número del dictamen de aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP).

Resultados y discusión: pueden presentarse juntos o en ítems separados

Conclusiones o consideraciones finales: depende del tipo de investigación realizada.

Referencias: deben contener sólo autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas, del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocido como 'Estilo Vancouver'). Para mayor aclaración, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencia elaborado por los editores del Cebes.

Para contribuir a la calificación y difusión de la revista, se recomienda utilizar artículos publicados por la propia revista.

COMENTARIOS

La revista no utiliza subrayados ni negritas como marcaciones. Utilice comillas simples para llamar la atención acerca de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Las palabras en otros idiomas deben escribirse en letra bastardilla, con excepción de los nombres propios.

Evitar el uso de mayúsculas en el texto, a excepción de las estrictamente necesarias.

Los testimonios de los sujetos deben presentarse en letra bastardilla y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si tienen menos de tres líneas). Si tienen más de tres líneas, deben escribirse en letra bastardilla, sin comillas, resaltados del texto, con sangría de 4cm, espacio simple y fuente 11.

No usar notas a pie de página en el texto. Las notas al pie de página, cuando sean absolutamente esenciales, deben estar en superíndice y en secuencia.

Evitar la repetición de datos o información en las diferentes partes del texto.

El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser como máximo de cinco por texto (con un máximo de dos páginas cada uno). Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en un formato abierto/editable, no tomados de otros archivos. En el caso de figuras como fotografías, dibujos y mapas, enviar en alta resolución (al menos 300 DPIs), en blanco y negro o en escala de grises. Deben presentarse en archivos separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben estar numerados y contener título y fuente). En el texto, solo identificar el lugar donde deben insertarse.

En caso de utilizar fotografías, los sujetos no podrán ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, con fines de divulgación científica.

FE DE ERRATA:

Después de la publicación del artículo, si hay necesidad de retractaciones, erratas o modificaciones, el autor debe contactar a la revista por el correo electrónico (revista@saudeemdebate.org.br). La revista sigue los procedimientos indicados en la 'Guía para el registro y publicación de erratas' de SciELO.

QUEJAS Y RECURSOS:

Los autores tienen derecho a pedir explicaciones, si perciben una mala conducta en alguna política relacionada con la ética de publicación de la revista. Las denuncias deben hacerse por medio de una carta, enviada al editor por correo electrónico a revista@saudeemdebate.org.br. Una vez recibida, se inicia el proceso de investigación por parte del equipo ejecutivo de la revista, bajo la dirección del editor en jefe. Al final de la investigación, se elabora un informe y se envía una respuesta al interesado con la decisión tomada por correo electrónico.

Creemos que las quejas contribuyen a mejorar el proceso de evaluación, el tiempo de procesamiento y la publicación de los manuscritos enviados a la revista.

LOS DOCUMENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN DEBEN SER ESCANEADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA AL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores deben completar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/149>.

2. Dictamen Aprobatorio del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones con seres humanos, realizadas en Brasil, adjuntar documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizó el trabajo. En el caso de instituciones que no cuenten con uno, se deberá presentar el documento mediante el cual fue aprobado. Encuestas realizadas en otros países, adjuntar declaración indicando el pleno cumplimiento de los principios éticos y la legislación específica.

3. Formulario sobre Conformidad con la Ciencia Abierta – SciELO

Los autores deben completar el formulario: https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-sobre-Conformidad-con-la-Ciencia-Abierta_es.docx, y adjuntarlo al sistema de la revista como 'Componentes del artículo - Documento complementario'.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ENVIAR DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión de ortografía y gramática

Los artículos aprobados deben pasar por una revisión ortográfica y gramatical por un profesional calificado, según la lista de revisores designados por la revista. El artículo revisado debe ir acompañado de una declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados pueden ser traducidos al inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción será realizada por un profesional calificado, según la una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe ir acompañado de una declaración del traductor.

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Los nombres y direcciones informados en esta revista serán utilizados exclusivamente para los servicios ofrecidos por esta publicación, no estando disponibles para otros fines ni para terceros.

La revista utiliza el *software* OJS (Open Journal Systems) para evaluar sus manuscritos. Este sistema prevé la copia de seguridad de todo el contenido registrado. Además, 'Saúde em Debate' está disponible en las colecciones digitales de la empresa Docpro desde su primera edición, lanzada en 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

Avenida Brasil, 4036, sala 802

Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2023-2024)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2023-2024)

Presidente:	Carlos Fidelis da Ponte
Vice-Presidente:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	Livia Milena Barbosa de Deus e Mello
	Jamilli Silva Santos
	Matheus Zuliane Falcão
	André Luiz da Silva Lima

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Claudia Maria de Rezende Travassos (Presidente)

Victória Souza Lima Araújo do Espírito Santo

Iris da Conceição

Suplentes | *Substitutes*

José Leonídio Madureira de Sousa Santos

Maura Vanessa Silva Sobreira

Maria Lúcia Freitas Santos

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Amanda Cavalcante Frota
Carla Daniele Straub
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Dimitri Taurino Guedes
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lizaldo Andrade Maia
Lucia Regina Florentino Souto
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Maria Edna Bezerra da Silva
Maria Eneida de Almeida
Ronaldo Teodoro dos Santos
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

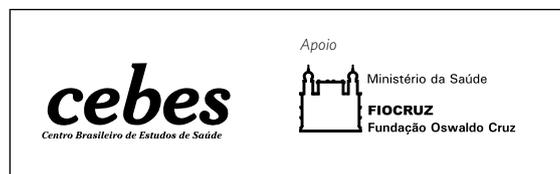
Matheus Zuliane Falcão
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

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, 2023.

v. 47. n. 138; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br