



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 47, NÚMERO 139
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 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)

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

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

Mila Andaime e Cristina Antunes - B&C Textos (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)

Miguiin - 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 139
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2023

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 2358-2898

EDITORIAL | EDITORIAL

- 721 **A reforma tributária e a saúde. Afinal, para que pagamos impostos e a quem eles servem?**

Tax reform and health. After all, what do we pay taxes for and who do they serve?

Francisco Funcia, José Noronha

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 729 **Cargas de trabalho, precarização e Saúde do Trabalhador no agronegócio no semiárido do Nordeste brasileiro**

Workloads, precariousness and worker health in agribusiness in the semi-arid region of Northeast Brazil

Andrezza Graziella Veríssimo Pontes, Raiane Torres da Silva, Jennifer do Vale e Silva

- 746 **Associação entre intoxicação exógena e exposição ocupacional e ambiental de pacientes com câncer em Mato Grosso**

Association between exogenous intoxication and occupational and environmental exposure of cancer patients in Mato Grosso

Mariana Rosa Soares, Pablo Cardozo Rocon, Amanda Cristina de Souza Andrade, Jorge Mesquita Huet Machado, Noemi Dreyer Galvão, Márcia Leopoldina Montanari Corrêa, Wanderlei Antonio Pignati

- 758 **Exposição ocupacional ao Sars-CoV-2: investigação das condições de saúde/segurança dos trabalhadores essenciais para subsidiar ações de mitigação de risco da Covid-19**

Occupational exposure to SARS-CoV-2: investigation of the health/safety conditions of essential workers to support COVID-19 risk mitigation actions

Maria Juliana Moura-Corrêa, Augusto Souza Campos, Isabele Campos Costa Amaral, Ana Luiza Michel Cavalcante, Ivair Nóbrega Luques, Liliane Reis Teixeira, Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos

- 776 **Comprometimento da Capacidade para o Trabalho e efeitos neuropsicológicos entre trabalhadores com Covid-19 prévia**

Impairment of Work Ability and neuropsychological effects among workers who have had COVID-19

Livia de Pinho Ferreira, Clarissa Yasuda, Fernando Cendes, Maria Carmen Martinez, Sérgio Roberto de Lucca, Valmir Azevedo, Marcia Bandini

- 791 **Prospecção das condições de trabalho do Samu-192 fluvial em cenários de crise a partir da resiliência no enfrentamento à Covid-19 no Alto Solimões**

Investigation of the working conditions of the river-based SAMU-192 in crisis scenarios based on resilience in the face of COVID-19 in Alto Solimões

Paula de Castro Nunes, Paulo Victor Rodrigues de Carvalho, Rodrigo Arcuri, Hugo Bellas, Bárbara Bulhões, Jaqueline Viana, Alessandro Jatobá

-
- 806 The impact of *bolsonarismo* on COVID-19 vaccination coverage in Brazilian municipalities**
O impacto do bolsonarismo na cobertura vacinal de Covid-19 em municípios brasileiros
Vitor de Moraes Peixoto, João Gabriel Ribeiro
Pessanha Leal, Larissa Martins Marques
- 818 Estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde na pandemia de Covid-19 em Minas Gerais, Brasil**
Coping strategies in Primary Health Care in the COVID-19 pandemic in Minas Gerais, Brazil
Humberto Ferreira de Oliveira Quites, Tamires Carolina Silva, Selma Maria da Fonseca Viegas, Tarcisio Laerte Gontijo, Valéria Conceição de Oliveira, Eliete Albano de Azevedo Guimarães
- 830 O Conselho Nacional de Saúde na pandemia de Covid-19: análise dos atos normativos e não normativos entre 2020 e 2022**
The National Health Council in the COVID-19 pandemic: an analysis of the normative and non-normative acts between 2020 and 2022
José Rafael Cutrim Costa, Sandra Mara Campos Alves, Maria Célia Delduque, Maria do Socorro de Souza
- 844 Emergências em Saúde Pública, desastres e risco: perspectivas e abordagens a partir das ciências sociais**
Emergencies in Public Health, disasters, and risk: perspectives and approaches from the social sciences
Lucia Teresa Côrtes da Silveira, Alexandre Barbosa de Oliveira
- 858 Organização da Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará**
Organization of Primary Health Care in Remote Rural Municipalities in West Pará
Juliana Gagno Lima, Lígia Giovanella, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Maria Helena Magalhães de Mendonça
- 878 Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental**
Work and illness risks in Territorial Psychosocial Care: implications for mental health care management
Israel Coutinho Sampaio Lima, José Jackson Coelho Sampaio, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior
- 893 Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica**
Technical-pedagogical dimension in the performance of Amplified Family Health Nucleus and Primary Care
Lielma Carla Chagas da Silva, Maria Socorro de Araújo Dias, José Reginaldo Feijão Parente, Maristela Inês Osawa Vasconcelos, Maria da Conceição Coelho Brito, Franklin Delano Soares Forte
- 905 Educação Interprofissional nos cursos da área da saúde de uma universidade pública**
Interprofessional Education in health courses at a public university
Rebeca Benevides, Elaine Silva Miranda, Ana Lúcia Abrahão, Sílvia Pereira

918 **Conformação da 'moderna' enfermagem brasileira e interfaces com os Saberes Psi: um estudo historiográfico - 1932-1988**

Conformation of the 'modern' Brazilian nursing and interfaces with Psy Knowledge: a historiographical study - 1932-1988

Kely Cristina Garcia Vilena, Rodrigo Lopes Miranda

931 **O significado da atenção à mulher vítima de Violência Doméstica no contexto da Atenção Primária à Saúde**

The meaning of care for women victims of Domestic Violence in the context of Primary Health Care

Gicelle Galvan Machineski

ENSAIO | ESSAY

941 **Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

Revisiting Whitaker: psychotropic drugs and Mental Health care in Primary Health Care

Ana Caroline Secco, Charles Dalcanale Tesser

REVISÃO | REVIEW

957 **Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica**

Health equity for homelessness: a critical review

Daniel Felix Valsechi, Maria Cristina da Costa Marques

978 **Processo de organização do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica durante a pandemia da Covid-19 no Brasil**

Process of organizing the work of the Expanded Family Health and Primary Healthcare Centers during the COVID-19 pandemic in Brazil

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Nília Maria de Brito Lima Prado, Luiz Henrique Pitanga Evangelista dos Santos, Fernanda Beatriz Melo Maciel, Luzimary Vieira Pereira, Carmen Fontes Teixeira

RESENHA | CRITICAL REVIEW

993 **Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice**

Daniela Bulcão Santi, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

A reforma tributária e a saúde. Afinal, para que pagamos impostos e a quem eles servem?

Francisco Funcia^{1,2}, José Noronha^{2,3}

DOI: 10.1590/0103-1104202313900

“PREFIRO QUE AS PESSOAS CONTINUEM PASSANDO FOME para comprar remédio por que não dá para aumentar o gasto em social no Brasil?” – essa é a pergunta instigante que o pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Marcelo Medeiros¹, lança para nossa reflexão. Considerando a abordagem do pesquisador, é possível deduzir que a sociedade tem arcado com um custo decorrente de decisões políticas que têm restringido a expansão de serviços das áreas sociais, cujo benefício alcançaria a maioria da população, para cumprir metas fiscais.

Em outros termos, faz tempo que a política fiscal deixou de ser um instrumento promotor de redistribuição de renda e riqueza no Brasil, quer em termos do papel do gasto público para estimular a atividade econômica e gerar emprego e renda, quer em termos do papel que pode ser desempenhado pela tributação – ampliando a carga sobre o patrimônio, a renda e a riqueza dos 10% mais ricos (e promovendo ajustes que reduzam a evasão fiscal e aumentem a progressividade) e, ao mesmo, reduzindo a carga sobre a produção e o consumo (que desrespeita a capacidade de pagamento dos contribuintes e, por isso, regressiva).

O que tem ocorrido no Brasil é exatamente o inverso nos últimos anos: a prioridade tem sido o ajuste fiscal sacrificando os gastos sociais e, conseqüentemente, a maioria da população, condicionando a política fiscal à política monetária por meio de taxas de juros elevadas e tratando a tributação apenas como meio de obter mais receita para ‘zerar’ o déficit público.

A justificativa que tem sido adotada para isso é que ‘falta dinheiro’ para financiar as políticas públicas e que ‘déficits públicos’ são prejudiciais para a economia porque ‘aumentam as incertezas’ e ‘deterioram as expectativas’ do mercado. Por isso, seria preciso reduzir as despesas públicas, porque, do contrário, seria preciso aumentar impostos, sendo que o aumento da tributação sobre patrimônio, renda e riqueza poderia resultar em uma ‘fuga de capitais’ do Brasil. Entretanto, a pressão fiscal exercida pela elevada taxa básica de juros mantida pelo Comitê de Política Monetária (Copom) por muitos meses, com recentes reduções ainda tímidas, não é ressaltada pelo mercado, pois expressa o ganho financeiro dos rentistas, cujos interesses, inclusive, estão fortemente representados pelo Congresso Nacional.

Infelizmente, essa visão tem predominado, é verdade que em graus diferentes, na área econômica dos diferentes governos brasileiros nas últimas décadas. Em 2023, as agendas das reformas tributária e fiscal ganharam prioridade neste primeiro ano do novo governo federal, sob a coordenação do Ministério da Fazenda e do Ministério do Planejamento. Quais são os objetivos dessas reformas e quais são os impactos para o financiamento da seguridade social e do Sistema Único de Saúde (SUS)?

¹ Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
francisco.r.funcia@gmail.com

² Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão de Orçamento e Financiamento – Brasília (DF), Brasil.

³ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



A reforma fiscal priorizou a substituição do teto das despesas primárias, congelado nos níveis de 2016 pela Emenda Constitucional nº 95, por outra regra com pequeno grau de flexibilidade para o crescimento das despesas – nunca inferior a 0,6% ao ano e nunca superior a 2,5% ao ano (com algumas exceções), conforme aprovada no mês passado pela Lei Complementar nº 200/2023 (esclarecedora a contribuição de Bastos, Deccache e Alves Jr²).

Como os gastos com saúde e educação apresentam a obrigação de cumprir pisos (aplicações mínimas) constitucionalmente vinculados à receita, essas despesas consumirão boa parte daquele limite máximo estabelecido, reduzindo o espaço fiscal para o crescimento de outras despesas – sobre isso, alguns representantes da área econômica do governo têm se manifestado pela necessidade de revisar tais vinculações, bem como da importância de aprovar a reforma tributária em tramitação no Congresso Nacional, para possibilitar um aumento de receita decorrente da simplificação tributária, porque esta permitiria estimular a atividade econômica.

Reproduz-se com isso a interpretação distorcida da realidade e do papel dos gastos sociais e da tributação, a saber: de um lado, o aumento do gasto social não contribui para ampliar a dinâmica econômica nem para gerar emprego e renda na economia; de outro, o aumento da tributação, especialmente sobre patrimônio, renda e riqueza, não promove redistribuição de renda e redução das desigualdades sociais. Ambos somente podem servir para atender ao objetivo do equilíbrio das contas públicas, mais precisamente, para a geração de superávits primários capazes de suportar os encargos da dívida pública.

Nem as evidências recentes são suficientes para romper com essa lógica da austeridade fiscal ainda presente na política econômica: é importante destacar que o Brasil teve uma ampliação da despesa primária com queda da receita primária em 2020 (o primeiro ano da pandemia), portanto, gerando déficit primário, e o País não se tornou insolvente. Afinal, o endividamento público brasileiro está em moeda local, o que permite a rolagem da dívida federal com a emissão de novos títulos da dívida pública.

É oportuno ressaltar que a esfera federal de governo é aquela que tem competência constitucional para financiar as políticas públicas para além do equilíbrio das contas públicas, por exemplo, emitindo títulos da dívida pública e emitindo moeda. Compete ao governo federal propor uma política econômica que combine a responsabilidade fiscal com as prioridades sociais e com os diferentes instrumentos de financiamento, como estabelece o art. 196 da Constituição Federal.

Por sua vez, a reforma tributária deveria atender principalmente ao objetivo de propiciar a distribuição de renda e de reduzir a pobreza, bem como de promover a justiça tributária por meio do respeito à capacidade contributiva. Para isso, a reforma tributária deveria priorizar as mudanças na tributação sobre patrimônio, renda e riqueza, de modo que representem a maior parte da carga tributária, em obediência ao princípio da progressividade.

É preciso considerar, contudo, que seria preciso uma correlação de forças políticas diferente daquela que o atual governo tem no Congresso Nacional. Essa pode ser a explicação de por que a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) da reforma tributária, atualmente em tramitação no Legislativo, trata tão somente da substituição de vários tributos que incidem sobre a produção e o consumo – Programa de Integração Social (PIS), Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), de competência federal, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), de competência estadual, e Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), de competência municipal – por dois novos tributos, um imposto sobre bens e serviços (estadual e municipal) e uma contribuição sobre bens e serviços (federal).

Dessa forma, trata-se de uma reforma tributária que apresenta uma contradição ao tentar uma conciliação política: de um lado, possibilita cumprir o princípio da simplificação, capaz de

estimular a atividade econômica; de outro, não resolve o problema da regressividade existente atualmente – tributos sobre produção e consumo oneram mais os contribuintes de baixa renda comparativamente aos de alta renda.

A expectativa governamental é que ocorra crescimento econômico como decorrência dessa simplificação tributária, o que resultaria (sem reduzir a injustiça na tributação dado o caráter regressivo dos tributos atingidos por essa reforma) no aumento da receita federal e na geração de emprego e renda que reduziria parcialmente a desigualdade socioeconômica.

Nesse contexto, as reformas tributárias (em tramitação no Congresso Nacional) e fiscal (aprovada com a Lei Complementar nº 200/2023) são complementares entre si, priorizando o ajuste fiscal. Pelas manifestações públicas de autoridades da área econômica, a necessidade de cumprimento das novas regras fiscais a partir de 2024 está colocando em risco a manutenção dos pisos constitucionais da saúde e da educação, que estão vinculados à receita, considerando a programação de despesas de outras áreas sociais.

Esse tema foi antecipado pela anunciada consulta que o Ministério da Fazenda fez ao Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a obrigatoriedade do cumprimento do piso constitucional da saúde (15% da receita corrente líquida da União de 2023, art. 198 com redação dada pela Emenda Constitucional nº 86/2015), após a aprovação do novo arcabouço fiscal pela Lei Complementar nº 200/2023. Nessa mesma direção (desconsiderar como aplicação obrigatória em 2023 o valor do piso federal do SUS definido na Constituição Federal como sendo 15% da receita corrente líquida do exercício), o art. 15 do Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 136 recentemente aprovado pelo Congresso Nacional estabeleceu que, para 2023, a receita corrente líquida a ser considerada é a estimada na Lei Orçamentária do exercício, cujo valor está menor que a projeção atualizada. Em ambos os casos, há um debate sendo travado envolvendo principalmente especialistas em economia da saúde e direito sanitário sobre a possibilidade de alteração da regra do piso federal do SUS fixada na Constituição Federal pelo TCU e por meio de Lei Complementar.

Quanto à reforma tributária, está sendo desconsiderado o orçamento da seguridade social com a forma adotada de unificação de tributos federais, o que, na prática, inviabiliza a manutenção desse orçamento conquistado na Constituição Federal de 1988.

Recente estudo coordenado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), intitulado ‘Nova Política de Financiamento do SUS’³, apresentou propostas concretas para viabilizar recursos adicionais para as políticas sociais em geral e para o SUS em especial: uma nova regra fiscal compatível com espaço orçamentário para “gastos relevantes e transformadores, com forte efeito multiplicador e redistributivo”³ em combinação com a ampliação da

[...] progressividade do sistema tributário, taxando renda, patrimônio e riqueza financeira (Imposto de Renda sobre lucros e dividendos e Imposto sobre Grandes Fortunas), bem como rever os gastos tributários em saúde (teto das renúncias de saúde no IRPF)³.

É oportuno informar que esse estudo da ABrES foi apresentado e amplamente debatido em 2022, inclusive com o Conselho Nacional de Saúde e com a Frente pela Vida, que manifestaram apoio à abordagem e à linha geral adotada nesse estudo. O debate e o diálogo com o controle social do SUS e com as entidades e movimentos da reforma sanitária e de defesa do SUS deveriam ser a metodologia norteadora para área econômica governamental e o Congresso Nacional neste momento, em que está tramitando a PEC da Reforma Tributária.

Até o momento, entretanto, apenas têm caminhado as propostas de simplificação tributária, embora ainda sem definição clara de alíquotas e isenções. Uma questão que se arrasta desde

a Constituinte de 1988 e continua imune é a vinculação de contribuições sobre a folha para financiar o Sistema S (Sesc, Senac, Sesi, Senai, Sebrae), ‘contribuição sindical patronal’ não explícita), mesmo quando se discutem prorrogações sobre desoneração da folha de salários.

São bastante tímidas, e alvo de intensa pressão midiática e parlamentar, as iniciativas de tributação dos super-ricos⁴. É verdade que já ganhou espaço a taxaço de fundos exclusivos e *offshores*, mas ainda persiste debate sobre as alíquotas. O debate sobre a taxaço de lucros e dividendos vai sendo postergada bem como a revisão para expansão de alíquotas maiores para rendas maiores e das renúncias hoje autorizadas.

Enfim, é preciso desfazer com vigor o mito de que não há dinheiro para financiar as políticas públicas e garantir as vinculações constitucionais para Saúde e Educação. Além disso, enfrentar a brutal regressividade de nosso sistema tributário para, de fato, reduzir nossas cruéis desigualdades. Para isso, é preciso mobilizar a sociedade, ativar a participação social e incrementar os vários mecanismos de pressão política para, depois da reconstrução, construirmos um Brasil mais justo e solidário.

Colaboradores

Funcia F (0000-0002-5410-6367)* e Noronha JC (0000-0003-0895-6245)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Medeiros M, Almeida C. ‘Sem os 10% mais ricos, Brasil seria um país igualitário’, diz autor de novo livro sobre desigualdade. O Globo. 2023 out 18. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/10/18/sem-os-10percent-mais-ricos-brasil-seria-um-pais-igualitario-diz-autor-de-novo-livro-sobre-desigualdade.ghml>.
2. Bastos PPZ, Deccache D, Alves Jr AJ. O novo regime fiscal restringirá a retomada do desenvolvimento em 2024? Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia; 2023. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: [https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/nota-cecon/bastos-p-deccache-d-alves-jr-a-2023-o-novo-regime-fiscal-restringira-a-](https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/nota-cecon/bastos-p-deccache-d-alves-jr-a-2023-o-novo-regime-fiscal-restringira-a-retomada-do-desenvolvimento-em-2024-cecon-ie-unicamp-nota-23-outubro-2023.pdf)
3. Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES). Nova política de financiamento do SUS. Nota Política Econômica. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia; 2022 set. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf).
4. Oxfam Brasil. A “sobrevivência” do mais rico. 2023. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/forum-economico-de-davos/a-sobrevivencia-do-mais-rico/>.

Tax reform and health. After all, what do we pay taxes for and who do they serve?

Francisco Funcia^{1,2}, José Noronha^{2,3}

DOI: 10.1590/0103-11042023139001

“I PREFER THAT PEOPLE CONTINUE TO GO HUNGRY to buy medicine, why can’t we increase social spending in Brazil?” – this is the thought-provoking question that the researcher of the Institute of Applied Economic Research (IPEA), Marcelo Medeiros¹, asks for our reflection. Considering the researcher’s approach, it is possible to deduce that society has borne a cost arising from political decisions that have restricted the expansion of services in social areas, whose benefit would reach the majority of the population, to meet fiscal goals.

In other words, fiscal policy has long ceased to be an instrument promoting redistribution of income and wealth in Brazil, both in terms of the role of public spending to stimulate economic activity and generate employment and income, in terms of the role that can be played by taxation – increasing the burden on the wealth, income and wealth of the richest 10% (and promoting adjustments that reduce tax evasion and increase progressivity) and, at the same time, reducing the burden on production and consumption (which disrespects taxpayers’ ability to pay and therefore regresses).

What has happened in Brazil is exactly the opposite in recent years: the priority has been the fiscal adjustment sacrificing social spending and, consequently, the majority of the population, conditioning fiscal policy to monetary policy through high-interest rates and treating taxation only as a means of obtaining more revenue to ‘reset’ the public deficit.

The justification that has been adopted for this is that there is a ‘lack of money’ to finance public policies and that ‘public deficits’ are harmful to the economy because they ‘increase uncertainty’ and ‘deteriorate market expectations’. Therefore, it would be necessary to reduce public expenditure, because, otherwise, it would be necessary to increase taxes, and the increase in taxation on equity, income and wealth could result in a ‘flight of capital’ from Brazil. However, the fiscal pressure exerted by the high basic interest rate maintained by the Monetary Policy Committee (COPOM) for many months, with recent reductions still shy, is not emphasized by the market, because it expresses the financial gain of rentiers, whose interests, including are strongly represented by the National Congress.

Unfortunately, this view has predominated, it is true that to different degrees, in the economic area of the different Brazilian governments in recent decades. In 2023, the agendas of tax and fiscal reforms gained priority in this first year of the new federal government, under the coordination of the Ministry of Finance and the Ministry of Planning. What are the objectives of these reforms and what are the impacts on the financing of social security and the Unified Health System (SUS)?

¹ Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
francisco.r.funcia@gmail.com

² Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão de Orçamento e Financiamento – Brasília (DF), Brasil.

³ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



The fiscal reform prioritized the replacement of the primary expenditure ceiling, frozen at 2016 levels by Constitutional Amendment No 95, by another rule with a small degree of flexibility for expenditure growth – never less than 0.6% per year and never more than 2.5% per year (with some exceptions), as approved last month by Complementary Law No 200/2023 (clarifying the contribution of Bastos, Deccache and Alves Jr²).

As health and education expenses must comply with floors (minimum applications) constitutionally linked to revenue, these expenses will consume much of that maximum limit established, reducing the fiscal space for the growth of other expenses – on this, some representatives of the economic area of the government have manifested themselves by the need to review such linkages, as well as the importance of approving the tax reform in progress in the National Congress, to enable an increase in revenue resulting from tax simplification, because this would stimulate economic activity.

This reproduces the distorted interpretation of reality and the role of social spending and taxation, namely: on the one hand, the increase in social spending does not contribute to expanding economic dynamics or to generating employment and income in the economy; on the other, the increase in taxation, wealth, does not promote redistribution of income and reduction of social inequalities. Both can only serve to meet the objective of balancing public accounts, more precisely, for the generation of primary surpluses capable of bearing the public debt burdens.

Neither the recent evidence is sufficient to break with this logic of fiscal austerity still present in economic policy: it is important to highlight that Brazil had an increase in primary expenditure with a fall in primary revenue in 2020 (the first year of the pandemic) generating primary deficit, and the country did not become insolvent. After all, the Brazilian public debt is in local currency, which allows the rollover of the federal debt with the issuance of new public debt securities.

It should be noted that the federal sphere of government has constitutional competence to finance public policies beyond the balance of public accounts, for example, issuing public debt securities and issuing currency. It is up to the federal government to propose an economic policy that combines fiscal responsibility with social priorities and the different financing instruments established by art. 196 of the Federal Constitution.

In turn, the tax reform should mainly meet the objective of providing income distribution and reducing poverty, as well as promoting tax justice through respect for the ability to pay. For this, the tax reform should prioritize changes in taxation on equity, income, and wealth, so that they represent most of the tax burden, in obedience to the principle of progressivity.

It is necessary to consider, however, that it would be necessary a correlation of political forces different from the one that the current government has in the National Congress. This may be the explanation of why the Constitutional Amendment Proposal (PEC) of the tax reform, currently in progress in the Legislative, deals only with the replacement of several taxes that affect production and consumption – Social Integration Program (PIS), Contribution to the Financing of Social Security (COFINS) and Tax on Industrialized Products (IPI), of federal competence, Tax on Circulation of Goods and Services (ICMS), of state competence, and Tax on Services of Any Nature (ISS) municipal competence – for two new taxes, a tax on goods and services (state and municipal) and a contribution on goods and services (federal).

Thus, it is a tax reform that presents a contradiction when trying to achieve political conciliation: on the one hand, it makes it possible to comply with the principle of simplification, capable of stimulating economic activity; On the other, it does not solve the current regressivity problem – taxes on production and consumption burden low-income taxpayers more than high-income taxpayers.

The government expects economic growth as a result of this tax simplification, which would result (without reducing the injustice in taxation given the regressive character of the taxes affected by this reform) an increase in federal revenue and the generation of employment and income that would partially reduce socioeconomic inequality.

In this context, the tax reforms (in progress in the National Congress) and fiscal (approved with Complementary Law No 200/2023) are complementary to each other, prioritizing the fiscal adjustment. To the public manifestations of authorities in the economic area, the need to comply with the new tax rules from 2024 is putting at risk the maintenance of the constitutional floors of health and education, which are linked to revenue, considering the programming of expenditure from other social areas.

This issue was anticipated by the announced consultation that the Ministry of Finance made to the Federal Court of Auditors (TCU) on the obligation to comply with the constitutional health floor (15% of the net current revenue of the Union of 2023, art. 198 as amended by Constitutional Amendment No 86/2015), after the approval of the new tax framework by Complementary Law No 200/2023. In this same direction (disregard as a mandatory application in 2023 the value of the federal floor of the SUS defined in the Federal Constitution as being 15% of the net current revenue of the year), art. 15 of the Complementary Bill (PLP) No 136 recently approved by the National Congress established that, for 2023, the net current revenue to be considered is the estimated in the Budget Law of the year, whose value is lower than the updated projection. In both cases, there is a debate being held involving mainly specialists in health economics and health law on the possibility of changing the rule of the federal floor of the SUS established in the Federal Constitution by the TCU and through Complementary Law.

As for the tax reform, the social security budget is being disregarded with the adopted form of unification of federal taxes, which, in practice, makes it impossible to maintain this budget conquered in the Federal Constitution of 1988.

A recent study coordinated by the Brazilian Association of Health Economics (ABrES), entitled ‘New SUS Funding Policy’³, presented concrete proposals to enable additional resources for social policies in general and for the SUS in particular: a new fiscal rule compatible with budget space for “relevant and transformative expenditures, with strong multiplier and redistributive effect”³ in combination with the expansion of

[...] progressivity of the tax system, taxing income, equity, and financial wealth (Income Tax on profits and dividends and Tax on Great Fortunes), as well as reviewing tax expenditures on health (ceiling of health waivers in the IRPF)³.

It is appropriate to inform you that this study of ABrES was presented and widely debated in 2022, including with the National Health Council and the Front for Life, who expressed support for the approach and general line adopted in this study. The debate and dialogue with the social control of the SUS and with the entities and movements of the sanitary reform and defense of the SUS should be the guiding methodology for the governmental economic area and the National Congress at this time, in which the PEC of the Tax Reform is being processed.

So far, however, only proposals for tax simplification have been made, although there is still no clear definition of rates and exemptions. One issue that has dragged on since the 1988 Constituent Assembly and remains immune is the linking of contributions on the payroll to finance the S System (SESC, SENAC, SESI, SENAI, SEBRAE), ‘employer’s union contribution’ not explicit), even when extending payroll relief.

The taxation initiatives of the super-rices⁴ are rather timid, and the target of intense media and parliamentary pressure. It is true that the taxation of exclusive and offshore funds has already gained ground, but there is still debate about the rates. The debate on the taxation of profits and dividends is being postponed as well as the review for expansion of higher rates for higher incomes and waivers authorized today.

Finally, it is necessary to forcefully undo the myth that there is no money to finance public policies and ensure constitutional ties to Health and Education. In addition, face the brutal regressiveness of our tax system to, in fact, reduce our cruel inequalities. For this, it is necessary to mobilize society, activate social participation, and increase the various mechanisms of political pressure to, after reconstruction, build a more just and supportive Brazil.

Collaborators

Funcia F (0000-0002-5410-6367)* and Noronha JC (0000-0003-0895-6245)* contributed equally to the preparation of the manuscript. ■

References

1. Medeiros M, Almeida C. 'Sem os 10% mais ricos, Brasil seria um país igualitário', diz autor de novo livro sobre desigualdade. O Globo. 2023 out 18. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/noticia/2023/10/18/sem-os-10percent-mais-ricos-brasil-seria-um-pais-igualitario-diz-autor-de-novo-livro-sobre-desigualdade.ghml>.
2. Bastos PPZ, Deccache D, Alves Jr AJ. O novo regime fiscal restringirá a retomada do desenvolvimento em 2024? Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia; 2023. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/nota-cecon/bastos-p-deccache-d-alves-jr-a-2023-o-novo-regime-fiscal-restringira-a-retomada-do-desenvolvimento-em-2024-cecon-ie-unicamp-nota-23-outubro-2023.pdf>.
3. Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES). Nova política de financiamento do SUS. Nota Política Econômica. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia; 2022 set. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: [https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20\(2\).pdf](https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf).
4. Oxfam Brasil. A "sobrevivência" do mais rico. 2023. [acesso em 2023 out 22]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/forum-economico-de-davos/a-sobrevivencia-do-mais-rico/>.

Cargas de trabalho, precarização e Saúde do Trabalhador no agronegócio no semiárido do Nordeste brasileiro

Workloads, precariousness and worker health in agribusiness in the semi-arid region of Northeast Brazil

Andrezza Graziella Veríssimo Pontes¹, Raiane Torres da Silva¹, Jennifer do Vale e Silva²

DOI: 10.1590/0103-1104202313901

RESUMO A expansão do agronegócio no semiárido do nordeste do Brasil tem transformado agricultores camponeses em empregados de empresas de fruticultura, trazendo mudanças para seus modos de vida e trabalho. O estudo objetivou analisar condições, processos e cargas de trabalho no agronegócio de fruticultura. Realizou-se pesquisa qualitativa em que foram entrevistados empregados do agronegócio. As evidências foram produzidas e analisadas a partir de referenciais do campo Saúde do Trabalhador, fundamentando-se na teoria da determinação social do processo saúde-doença e adotando ‘processos de trabalho’ e ‘cargas de trabalho’ como categorias compreensivas das relações entre trabalho e saúde-doença. Observou-se que a produção agrícola se baseia na monocultura, no uso intensivo de mecanização e de agrotóxicos, e segue os moldes organizacionais da acumulação flexível e do taylorismo e fordismo. O mundo do trabalho vivido pelos empregados é marcado por alienação dos trabalhadores, precarização e intensificação do trabalho, que se concretizam em cargas de trabalho físicas, psíquicas, fisiológicas e, sobretudo, químicas. Estas advêm do uso intenso de agrotóxicos, presentes em todos os ambientes e processos de trabalho investigados. A proteção da saúde desses trabalhadores tensiona o Sistema Único de Saúde (SUS) a intensificar a vigilância em Saúde do Trabalhador, e a saúde coletiva, a incluir a problemática da saúde no debate público sobre os modelos agrícolas nacionais.

PALAVRAS-CHAVE Saúde ocupacional. Saúde da população rural. Agroindústria. Agroquímicos. Saúde pública.

ABSTRACT *The expansion of agribusiness in the semi-arid region of northeastern Brazil has transformed self-employed farmers into employees of fruit growing companies, bringing changes to their ways of life and work. The study aimed to analyze conditions, processes and workloads in the fruit growing agribusiness. A qualitative research was carried out in which agribusiness employees were interviewed. Evidence was produced and analyzed based on references from the Occupational Health field, based on the theory of social determination of the health-disease process and adopting ‘work processes’ and ‘workloads’ as comprehensive categories of the relationship between work and health-disease. It was observed that agricultural production is based on monoculture, on the intensive use of mechanization and pesticides, and follows the organizational molds of flexible accumulation and Taylorism/Fordism. The world of work experienced by employees is marked by alienation of workers, precariousness and intensification of work, which materialize in physical, psychic, physiological and, above all, chemical workloads. These come from the intense use of pesticides, present in all environments and work processes investigated. Protecting the health of these workers pushes the Unified Health System (SUS) to intensify worker’s health surveillance, and collective health to include the issue of health in the public debate on national agricultural models.*

KEYWORDS Occupational health. Rural health. Agribusiness. Agrochemicals. Public health.

¹ Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) – Mossoró (RN), Brasil.
andrezzapontes@uern.br

² Universidade Federal Rural do Semiárido (Ufersa) – Mossoró (RN), Brasil.



Introdução

No Brasil, predomina o modelo de acumulação capitalista rentista-neoextrativista, dominante na América Latina. É centrado na financeirização dependente e no extrativismo intensivo de riquezas, o que impõe uma entrada internacional periférica e subordinada nos processos de acumulação por espoliação baseada na produção de commodities, sobretudo agrícolas e minerais¹. São definidas como mercadorias produzidas em larga escala e comercializadas em nível mundial, com preços ditados pelo mercado internacional e baixo valor agregado².

O neoextrativismo é intensificado no País pela priorização, expansão e consolidação de uma agricultura capitalista, também designada modernização agrícola conservadora. Atualiza o padrão de poder agrário concentrador de riqueza e de poder, em que a prática agrícola se vê cada vez menos como agricultura e cada vez mais como agronegócio. O campo se transforma em produtor de commodities em detrimento de um meio de vida para a maioria das famílias³.

A agricultura, no seu sentido mais geral de realização do trabalho no campo, existe desde os primórdios da humanidade. A conformação e diferenciação histórica de suas práticas se expressa atualmente nas várias terminologias dadas aos seus sujeitos, tais como as de trabalhador(a) rural, agricultor(a) familiar, produtor(a) rural, e camponês(esa). Este trabalho aproxima-se, do ponto de vista conceitual, do que nesse cenário vem sendo nominado por agricultura camponesa. Em seu processo de formação, a organização do trabalho camponês realizou-se em diferentes tipos de sociedade⁴.

A agricultura camponesa pode ser entendida como categoria histórica e política, seja como sujeito social, como sistema de produção, como modo de vida ou como classe organizada. Como sistema de produção, considerando a sua relação com a terra, trabalho, núcleo familiar e relações sociais, o trabalho familiar caracteriza o vínculo social do camponês com a terra. Nuclear ou extensa, a família camponesa

se envolve nas diversas tarefas produtivas, visando à reprodução física e social desse grupo de pessoas. Seu modelo de produção vincula-se a modos e valores de vida ameaçados pelos esforços do capital econômico em acumular e rentabilizar a terra e a força de trabalho. Por isso, ela sobrevive mediante processos de luta e resistência pelo direito à terra e a seus modos de vida. Nesse caso, com a intenção de não se submeter aos processos de exploração que ganham materialidade, como, por exemplo, o modelo do agronegócio⁴.

O agronegócio encontra-se no centro da atual crise civilizatória e planetária, agravada pela pandemia Covid-19⁵. É caracterizado por monocultura, trabalho assalariado, produção em grande escala, dependência de insumos químicos, como fertilizantes e agrotóxicos, consumo intensivo de recursos naturais, como a água⁶, reproduzidor de sementes transgênicas, além de pressionar para o enfraquecimento de normativas de proteção do ambiente e da saúde⁵.

Seus impactos atingem sobretudo territórios de povos e comunidades tradicionais⁵, com implicações sobre o trabalho, o ambiente e a saúde: concentração de terras e deslocamentos compulsórios da população; comprometimento da segurança alimentar e hídrica; mudanças nas práticas sociais e laços de vida comunitária; precarização e intensificação do trabalho, descumprimento da legislação trabalhista; redução da biodiversidade e dos serviços ambientais, degradação do solo e risco de desertificação; contaminação do ar e de águas superficiais e subterrâneas; exposição de trabalhadores, comunidades e ambiente aos agrotóxicos⁷.

O uso intensivo de agrotóxicos no agronegócio brasileiro é um problema de saúde pública⁸⁻¹⁰, associado ao fato de o País liderar, desde 2008, o *ranking* de maior consumidor mundial desses produtos⁹. As evidências científicas em saúde mostram que os agrotóxicos provocam intoxicações e efeitos crônicos tais como distúrbios dos sistemas nervoso, respiratório, digestivo, reprodutor, na pele, cânceres etc.⁷. Estudos com trabalhadores do

agronegócio de fruticultura têm evidenciado a ocorrência de alterações pré-cancerosas em células da medula óssea em 25% dos indivíduos abordados¹¹; e 74,6% dos analisados já apresentaram pelo menos um sintoma relacionado à intoxicação¹². Observam-se, sobremaneira de 2019 a 2022, o desmonte do sistema de regulação de agrotóxicos e a liberação dessas substâncias; a fragilização dos sistemas de monitoramento e fiscalização; o desmantelo de políticas públicas de incentivo à agroecologia⁵.

Tal cenário tensiona a saúde coletiva a refletir sobre o seu papel na luta contra os agrotóxicos e o agronegócio⁴, com o fim de contribuir para a

construção da agroecologia enquanto um enfoque técnico-científico coerente com um conjunto de práticas em resistência, em um movimento político civilizatório para enfrentar os desafios atuais⁵⁽⁸⁾.

No Brasil, o processo de adoção social da agroecologia data oficialmente da década de 1970 e perpassa diversas etapas de organização e constituição conceitual e de lutas sociais e econômicas¹³. A agroecologia é concebida como ciência, movimento político e prática social. Essa ciência se desenvolveu como alternativa e resistência ao agronegócio, e seus fundamentos estão ancorados no conhecimento tradicional, na expressão cultural e nas experiências agrícolas de longo prazo¹⁴. Nas práticas agroecológicas, objetiva-se otimizar os sistemas agrícolas usando e reutilizando de maneira sustentável recursos naturais, em vez de se apoiar no uso de insumos externos e industrializados; construindo as bases de uma agricultura centrada em outro padrão técnico e tecnológico de produção e vida, que preserve a natureza e seja culturalmente adaptado e economicamente viável¹⁵.

Esta pesquisa foi realizada no semiárido do Nordeste do Brasil, em município com tradição na agricultura camponesa há mais de quatro décadas; com histórico de práticas bem-sucedidas no que diz respeito ao acesso à

terra e a formas de organização social de acesso à água, a sementes, à produção e à comercialização dos seus produtos; com um modo de vida camponês reconhecido nacionalmente⁹. Entretanto, em função da política de expansão do agronegócio, esse território encontra-se em disputa, vivenciando um conflito ambiental⁹. A inserção de pessoas do campo em empresas de fruticultura fez emergir, a partir de demandas de movimentos sociais em diálogo com a Universidade, o questionamento acerca das novas condições de trabalho a que estariam submetidos e suas implicações para a saúde desses trabalhadores, o que se tornou objeto desta investigação. Assim, o objetivo aqui é analisar condições, processos e cargas de trabalho no agronegócio de fruticultura.

Metodologia

O estudo ancora-se na Saúde do Trabalhador (ST), um campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da saúde coletiva com o objetivo de conhecer e intervir nas relações entre trabalho e saúde-doença, incorporando o saber dos trabalhadores. Possui raízes no movimento de Medicina Social Latino-Americana e insere referenciais das ciências sociais, particularmente o pensamento marxista¹⁶.

A ST reformula a medicina do trabalho e a saúde ocupacional, e dialoga com a sociologia do trabalho para compreender a reestruturação produtiva e seus impactos sobre a saúde, considerando a precarização do trabalho, a introdução de cargas de trabalho nos processos produtivos e a fragilização dos laços de solidariedade na classe trabalhadora¹⁷.

Acompanhando essa tradição teórica, o estudo fundamenta-se na teoria da determinação social do processo saúde-doença e adota 'processos de trabalho' e 'cargas de trabalho' como categorias compreensivas das relações entre trabalho e saúde-doença. Os elementos básicos que constituem o processo de trabalho são o objeto de trabalho, instrumentos de

trabalho e o próprio trabalho em si, cuja análise têm vertentes técnica e social. As cargas de trabalho são mediações entre as exigências e demandas presentes no processo de trabalho e o desgaste do processo saúde-doença do trabalhador, que é gerado ao longo do tempo em decorrência dessas exigências e demandas. Consideram-se as cargas de trabalho de natureza física, química, orgânica, mecânica, fisiológica e psíquica, para, por meio delas, entender como os processos de trabalho consomem a força de trabalho ou desgastam o processo saúde-doença dos trabalhadores¹⁸.

As cargas físicas advêm das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho, tais como ruídos de máquinas, temperaturas, umidade, ventilação e iluminação. As cargas químicas derivam-se principalmente do objeto de trabalho e dos meios envolvidos em sua transformação, revelando a interação do trabalhador com seu ambiente de trabalho, a exemplo de pós, poeiras, fumaças, gases, líquidos, vapores, pastas. As cargas orgânicas originam-se do objeto de trabalho e das condições de higiene do ambiente: bactérias, vírus, fungos, fibras vegetais. As cargas mecânicas são derivadas das tecnologias de trabalho, podem causar traumatismos e decorrem das condições de instalação e manutenção dos meios de produção, de materiais soltos no ambiente, do próprio objeto de trabalho. As cargas fisiológicas expressam maneiras de se realizar o trabalho, como esforços físicos, posições corporais assumidas na execução das tarefas, turno de trabalho, horas trabalhadas e o prolongamento da jornada de trabalho. Já as cargas psíquicas provocam estresse e se relacionam com todas as outras¹⁸.

Trata-se de pesquisa qualitativa¹⁹ realizada em município de 35 mil habitantes do semiárido do estado do Rio Grande do Norte com empregados de empresa do agronegócio de fruticultura de capital nacional, em operação desde o ano 2016, com área total de mais de 3 mil hectares destinados principalmente à produção de melão e melancia, chegando a empregar em períodos de safra cerca de 2000 pessoas. Esses

dados, que constam como descrição do local do estudo, foram obtidos em site da empresa, que, por questões éticas de garantia de sigilo dos participantes, não será explicitada.

Os participantes tiveram como critérios de inclusão possuir idade igual ou maior que 18 anos e estar em atividade há pelo menos um mês em empresa de agronegócio de fruticultura. Excluíram-se aqueles que estavam de férias, de licença ou afastados durante a fase da pesquisa de campo. O recrutamento ocorreu com a intermediação do Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais do município, que fez, a pedido da equipe de pesquisadores, indicações de trabalhadores e trabalhadoras respeitando esses critérios. A partir disso, a equipe de pesquisa realizou o convite via WhatsApp e agendaram-se as entrevistas em locais por eles escolhidos, desde que fora do ambiente de trabalho. A maioria das entrevistas ocorreu nas residências dos participantes aos domingos.

Com base em roteiro previamente formulado, foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas¹⁹, juntamente com aplicação de questionário. Embora houvesse a possibilidade de agregar novos participantes, considerou-se que o material acumulado ao final dessa quantidade já possuía densidade suficiente para responder aos objetivos propostos, atingindo, portanto, a saturação teórica.

Considerando que as indicações recebidas de pessoas com o perfil para participar da investigação tenham sido, em sua maioria, de homens e a observação do referido sindicato de que a força de trabalho da empresa era majoritariamente masculina, a pesquisa não estabeleceu o recorte de gênero como um critério decisivo para o fechamento amostral, mas que culminou em uma amostra em grande parte masculina. Embora se considere que essa amostra seja expressiva de parte importante das relações de trabalho investigadas, é relevante e oportuno que outros estudos dediquem esforços na compreensão das singularidades do trabalho feminino. Esta investigação não permitiu uma compreensão aprofundada dessa particularidade.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com parecer de número 1.981.047, atendendo aos preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Para fins de anonimato, os depoimentos estão identificados por ‘EA’ referente à denominação ‘empregado do agronegócio’, seguido por números, de acordo com a ordem das entrevistas.

As narrativas foram submetidas à análise temática¹⁹, resultando em quadro analítico composto por cargas de trabalho, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e problemas de saúde referidos. Os participantes foram identificados por função e interpretados à luz da precarização, exploração, alienação e intensificação do trabalho no contexto neoextrativista de expansão do agronegócio no semiárido que se relacionam intrinsecamente com o uso e os impactos dos agrotóxicos na saúde dos trabalhadores. Em seguida, foram construídos dois temas de análise: condições, processos e cargas de trabalho no agronegócio de fruticultura; e precarização, alienação, intensificação do trabalho e a ST.

Resultados e discussão

Condições, processos e cargas de trabalho no agronegócio de fruticultura no semiárido

Os participantes da pesquisa são majoritariamente homens (93%), adultos entre 31 e 35 anos (46%) e com histórico de trabalho na agricultura familiar camponesa (46%). Possuem carteira assinada (100%) e a maioria (66,6%) trabalha no local há menos de dois anos.

Suas narrativas permitiram identificar 17 funções distribuídas, conforme *quadro 1*, entre os setores: campo, onde se realizam plantação, colheita, tratos culturais envolvendo podas, manejo de brotos, de folhas etc., irrigação e aplicação de agrotóxicos; *packing house*, em que ocorrem recepção, seleção, embalagem e empacotamento das frutas; e setor químico, responsável pela preparação e mistura dos agrotóxicos. Esses são os setores diretamente ligados à produção, mas geralmente existem outros tais como administrativo, manutenção, segurança, zeladoria, portaria, saúde ocupacional, transporte etc.

Quadro 1. Funções do agronegócio de fruticultura, no semiárido do Nordeste do Brasil, por setores de atuação

CAMPO/LAVOURA	<i>Packing house</i>	SETOR QUÍMICO
Tratorista de serviços gerais	Embalador	Químico
Tratorista de agrotóxicos	Empilhador	Zelador de máquinas
Trabalhador rural: plantação e colheita	Zelador	Lavanderia
Carroção	Aproveitador de fruta	
Irrigador	Controlador de qualidade	
	Apontador de produção	
	Auxiliar de almoxarifado	
	Refugador de fruta	
	Encarregado de galpão	

Fonte: elaboração própria.

Há, entre as funções, aspectos comuns e específicos referentes às condições e cargas de trabalho. O deslocamento dos empregados é feito em ônibus da empresa, para os que

residem na cidade, e em transporte próprio, para os que fazem essa opção, geralmente moradores de territórios camponeses.

Todo dia saio daqui e vou de transporte próprio, todo por minha conta, aí eu rodo 22 km para ir e 22 para voltar, dá o total de 44 km por dia, o ônibus é só para cidade. (EA1).

Sinto enfiado por causa da viagem. (EA3).

Disponibilizam alojamento e três refeições diárias – café da manhã, almoço e jantar – para os que não residem no município.

A jornada de trabalho é de oito horas diárias, distribuídas das sete às onze da manhã e das treze às dezessete horas de segunda a sexta e em um turno no sábado. A jornada semanal é de quarenta e quatro horas. Mas essa contabilização formal desconsidera o tempo total diário que o empregado destina ao trabalho com deslocamento, almoço e horas extras.

A alimentação ocorre em refeitório agregado a um espaço de lazer com jogos e internet. Por vezes, o horário do almoço é utilizado para hora extra ou palestras: *“Sempre que a técnica de segurança tem alguma coisa para falar é nesse tempo do almoço” (EA8).* Não há

pausas para lanches: *“você entra de sete horas só vai botar alguma coisa na boca para comer de onze ou doze horas” (EA1).*

Quanto às relações de trabalho, as conversas entre os empregados durante o expediente são restritas devido à supervisão de caráter fiscalizador e punitivo realizada no campo e na *packing house* pelos encarregados, que exercem pressão para cumprimento de metas; e aos ruídos e vibrações na *packing house*.

A satisfação das necessidades fisiológicas varia conforme o setor. No campo, há água e banheiros que podem ser usados a qualquer momento. Na *packing house*, no máximo dez trabalhadores podem se ausentar por vez para ir ao banheiro ou beber água. Esse controle é feito pelos encarregados por meio de distribuição de fichas.

Os empregados da fruticultura, considerando suas respectivas funções, estão diariamente submetidos, como detalha o *quadro 2*, a cargas de trabalho físicas, mecânicas, fisiológicas, psíquicas e químicas.

Quadro 2. Funções, cargas de trabalho, EPI, e problemas de saúde no agronegócio de fruticultura no semiárido do Nordeste do Brasil

FUNÇÕES	CARGAS DE TRABALHO	EPI*	PROBLEMAS DE SAÚDE**
Embalador Higieniza as mãos com sabonete, depois passa álcool gel e veste a farda. Embala a fruta que passa na esteira vinda do campo, já submetida ao processo de limpeza.	Químicas: agrotóxicos presentes no ambiente de trabalho e nas frutas (PEC). Fisiológicas: posição incômoda, com trabalho em pé o tempo todo. Trabalho cansativo. Físicas: ruído e vibração da esteira, temperatura elevada, pouca ventilação. Psíquicas: monotonia, repetitividade, tarefas fragmentadas e simplificadas, pouca possibilidade de tomar iniciativas e decisões sobre como realizar o trabalho.	Macacão, touca e botas.	Não refere.
Empilhador Pega as caixas com as frutas já embaladas, e divide por tipo e por cliente. Coloca as caixas umas sobre as outras.	Química: agrotóxicos presentes no ambiente de trabalho (PEC). Fisiológicas: levantamento e transporte de peso, em torno de 18 kg cada caixa; esforço físico. Psíquicas: monotonia, repetitividade, tarefas fragmentadas e simplificadas, pouca possibilidade de tomar iniciativas e decisões sobre como realizar o trabalho.	Não refere.	Não refere.

Quadro 2. Funções, cargas de trabalho, EPI, e problemas de saúde no agronegócio de fruticultura no semiárido do Nordeste do Brasil

FUNÇÕES	CARGAS DE TRABALHO	EPI*	PROBLEMAS DE SAÚDE**
<p>Zelador Passa o dia todo limpando o PEC; utiliza vassoura, pá, pano, balde e produtos de limpeza, contendo cloro na água. Também descarrega as frutas.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos presentes nas frutas e no ambiente de trabalho (PEC). Fisiológicas: levantamento e transporte de peso. Psíquicas: sobrecarga quantitativa de trabalho com horas extras; monotonia, repetitividade.</p>	Uso eventual de luvas.	Não refere.
<p>Aproveitador de fruta As frutas destinadas ao gado são selecionadas pelo embalador que as solta em esteiras. Dessas esteiras, as frutas vão para um carroção até chegar ao gado. O aproveitador de frutas pega as melhores nessas esteiras: as que ainda podem ser aproveitadas para venda no mercado nacional. Faz outras tarefas: engata o carroção, liga e desliga a esteira, coloca caixas grandes umas em cima das outras.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos presentes no ambiente (PEC) e nas frutas. Físicas: alta temperatura, pouca ventilação, ruído, vibração da esteira. Fisiológicas: posição incômoda do trabalho; todo tempo sentado e levantando peso em torno de onze a doze kg por melancia. Psíquicas: tarefas fragmentadas e simplificadas, repetitividade, monotonia. Mecânicas: presença de pregos em caixas grandes.</p>	Macacão.	Cansaço, dor nos braços, cortes.
<p>Controlador de qualidade Trabalha na esteira selecionando a fruta destinada a exportar e a que vai para o mercado nacional. Analisa todas as frutas por caixa: se não tem nenhuma fruta ruim, se está arranhada.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos nas frutas. Físicas: ruído, vibração, da esteira, temperatura elevada, pouca ventilação. Psíquicas: monotonia, repetitividade, tarefas fragmentadas e simplificadas Fisiológicas: levantamento de peso, em torno de sete kg por caixa.</p>	Luva, macacão e, às vezes, máscara.	Não refere.
<p>Apontador de produção O carroção vem do campo carregado de frutas e chega a uma tenda, local onde é descarregado. O apontador de produção recebe cada carroção, anotando a quantidade de frutas que chega e as áreas de onde vêm. Com esses registros ele faz o relatório da produção e as frutas são levadas ao PEC. Além disso, determina tarefas aos trabalhadores que estão no carroção.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos nas frutas. Psíquicas: repetitividade, monotonia, atenção e responsabilidade permanente que a tarefa exige. Físicas: altas temperaturas, pouca ventilação, poeiras.</p>	Não usa.	Não refere.
<p>Auxiliar de almoxarifado Durante o dia, faz só a manutenção, por exemplo, se a esteira quebrar, solicita peças e as entrega. Uma vez por semana, a partir de meio dia, reúne-se com os encarregados para identificar o que necessitam em cada setor. A partir disso, verifica-se o que tem e o que não tiver é solicitado pelo sistema no computador. É responsável pelo PEC, faz revisão da lona, para saber se precisa trocar, revisão de cobertura, material de funcionários, fardamentos. Revisa do computador até o parafuso. No final do horário de trabalho, supre todos os setores com os materiais que necessitam. Assume outras tarefas: manuseia o processamento de esteiras; prepara agrotóxicos; troca fios elétricos.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos, ao prepará-los e presentes no ambiente de trabalho; poeiras; graxa e solventes no setor da mecânica; produtos de limpeza na lavanderia. Físicas: altas temperaturas, pouca ventilação, ruídos da esteira. Psíquicas: atenção e responsabilidade permanentes que a tarefa exige; ritmo intenso de trabalho.</p>	Óculos, máscara, touca, avental, a depender do setor que esteja.	Relata episódios de trabalhadores que passaram mal em razão das elevadas temperaturas no <i>packing house</i> .

Quadro 2. Funções, cargas de trabalho, EPI, e problemas de saúde no agronegócio de fruticultura no semiárido do Nordeste do Brasil

FUNÇÕES	CARGAS DE TRABALHO	EPI*	PROBLEMAS DE SAÚDE**
<p>Refugador de frutas As frutas que saem do campo, depois de passar pelo carroção, chegam ao galpão, local onde o refugador de frutas seleciona, na esteira, as que não prestam e que são destinadas aos animais. Realiza outras tarefas: colocar ou retirar etiquetas em frutas.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos nas frutas. Físicas: ruído, vibração da esteira, temperatura elevada. Psiíquicas: repetitividade, monotonia, tarefas fragmentadas e simplificadas, ritmo intenso de trabalho. Fisiológicas: levantamento de peso, do mamão, posição incômoda, em pé o dia todo.</p>	<p>Macacão, luvas, touca, bota, e, eventualmente, a máscara.</p>	<p>Dor no braço.</p>
<p>Químico Trabalha no ponto de mistura dos agrotóxicos, ou seja, da manipulação dos agrotóxicos. Prepara a mistura dos agrotóxicos, coloca no taque e a máquina vai para a plantação pulverizar o veneno. Organiza o setor: limpa, coloca os agrotóxicos jogados no lugar certo; lava a garrafa de agrotóxicos e fura para descartar; lava todo o material usado. Seu contato com os agrotóxicos depende do volume de frutas que passa pela máquina. Por exemplo, se passarem 60 carroções, cinco vezes por dia tem contato direto, manipula cinco vezes por dia, um total de 550 litros de agrotóxicos.</p>	<p>Químicas: contato direto com agrotóxicos, que, neste caso, é o objeto de trabalho. Psiíquicas: atenção e responsabilidade permanentes que a tarefa exige. Fisiológicas: levantamento e carregamento de peso: 15 kg cada balde: dois pela manhã e dois à tarde.</p>	<p>Botas, máscara, macacão e luvas.</p>	<p>Cefaleia à noite, depois do trabalho.</p>
<p>Tratorista de serviços gerais Dirige o trator na fazenda em serviços gerais, como: entregar material nas caixas, ficar gradeando, cultivando; levar empregados para fazer alguma cerca. Não tem setor, o trator vai para onde precisar. Há ainda tratoristas que subsolam e cortam terras.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos, fumaça. Físicas: poeira. Fisiológicas: posição incômoda de trabalho: sentado todo tempo.</p>	<p>Óculos, protetor auricular, luvas e botas.</p>	<p>Dor na coluna.</p>
<p>Trabalhador rural ou do campo Trabalha na plantação e colheita. A plantação é realizada por carreira de 400 metros, composta por buracos feitos com um furador, cuja distância é de aproximadamente dois palmos de um buraco para o outro. Pegam-se as mudas e vão-se colocando nesses buracos. Há períodos cuja tarefa é pegar o melão e colocar uma bandeja de plástico embaixo para evitar as pragas. Também matam as pragas com um pedaço de chinelo, ao levantar o melão. O melão cresce em cima da bandeja de plástico. Depois da colheita, recolhem as bandejas para usar em outras frutas.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos. Físicas: exposição solar, poeira, temperaturas elevadas. Fisiológicas: posições incômodas de trabalho: abaixado o tempo todo; esforço físico; ritmo intenso de trabalho. Psiíquicas: monotonia, repetitividade.</p>	<p>Botas, luvas, óculos e boné.</p>	<p>Dores na coluna, episódios de vômitos, cefaleia.</p>
<p>Trabalhadores do Carroção Descarrega os carroções, tirando melancia com peso de dez, doze Kg. Quando descarrega um carroção todo, passa para descarregar outro, e assim sucessivamente.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos. Psiíquicas: repetitividade, monotonia. Fisiológicas: esforço, físico, levantamento e transporte de peso.</p>	<p>Não refere.</p>	<p>Não refere.</p>
<p>Irrigador Conserta mangueiras de irrigação que estejam furadas utilizando alicates e facas. Desloca as mangueiras de área ligando e desligando a torneira. Passam uma hora ligadas em uma carreira de frutas e depois desliga e liga as de outra carreira. Cada trabalhador se encarrega de cinco carreiras de plantação. A posição é de cocaras e às vezes quase deitado no chão, já que as mangueiras ficam encostadas no chão.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos na água da mangueira e no ambiente de trabalho. Físicas: exposição solar, altas temperaturas, poeira. Psiíquicas: monotonia, repetitividade. Fisiológicas: postura de trabalho incômoda.</p>	<p>Chapéu, luvas, botas, camisa de manga longa e protetor solar.</p>	<p>Dor na coluna.</p>

Quadro 2. Funções, cargas de trabalho, EPI, e problemas de saúde no agronegócio de fruticultura no semiárido do Nordeste do Brasil

FUNÇÕES	CARGAS DE TRABALHO	EPI*	PROBLEMAS DE SAÚDE**
<p>Encarregado de galpão</p> <p>Trabalha no almoxarifado fornecendo a infraestrutura para o descarregamento dos caminhões que chegam, conforme programação. Então, ordena a realização da limpeza do local, providencia o que é preciso para o descarregamento e montagem do palhete. Define as tarefas e supervisiona os trabalhadores do almoxarifado, que carregam e descarregam um caminhão. Os do palhete, fazem a montagem de acordo com um dos oito modelos de palhete. Tem contato com serras elétricas para montagem e desmontagem do palhete. Em determinados períodos do ano, realiza ou dá as orientações para outro empregado expurgar ao redor do <i>packing house</i> com bomba manual. Nessas ocasiões, prepara os agrotóxicos utilizados para esse fim. Isso acontece com a frequência de uma vez por semana. Ensina aos subordinados os locais corretos para se usarem os agrotóxicos.</p>	<p>Químicas: agrotóxicos.</p> <p>Mecânicas: contato com serras elétricas, pregos.</p> <p>Psíquicas: consciência da periculosidade da tarefa; atenção e responsabilidade permanentes que a tarefa exige; ritmo intenso de trabalho;</p> <p>Fisiológicas: postura de trabalho incômoda: direto em pé; levantamento de peso em torno de 18 kg.</p>	Não refere.	Cortes na serra elétrica e furos com pregos.

Fonte: elaboração própria.

*EPI que os empregados referem usar.

**Incluem-se aqui os sinais, sintomas, agravos, doenças e acidentes referidos pelos entrevistados.

Identificaram-se como cargas físicas relacionadas ao ambiente de trabalho as elevadas temperaturas e a pouca ventilação, sendo os empregados mais afetados os que se inserem no campo e na *packing house*. Esse é um ambiente fechado semelhante à produção industrial, com ruídos e vibrações provocados pelas esteiras:

Lá é fechado por telas e lonas em cima. Tem um ventilador bem grande, mas não dá conta, porque o mormaço é grande, a sensação térmica é alta. Umhas mulheres passaram mal, por causa da quente, quando bate umas duas horas da tarde até às quatro é muito quente. (EA8).

Contribui para isso o clima do semiárido, cuja temperatura média é 38°C, impactando especialmente os empregados do campo, para os quais o uso de EPI ajuda, mas não resolve: “O sol é constante, quem não quiser levar muito sol, leva um chapéuzim de palha de casa. O que eles dão é

um boné, só que não protege nada do sol” (EA4).

As cargas mecânicas relacionam-se a serras elétricas e pregos utilizados na montagem e desmontagem dos palhetes onde são colocadas as caixas com as frutas. É comum haver acidentes tais como cortes e perfurações.

Já aconteceu coisa pouca como prego no dedo, eu apreguei meu dedo numa tábua [risos], já me cortei também na serra, mas foi coisa rápida, deu para aguentar. (EA13).

Levantamento de peso, postura incômoda e movimentos repetitivos foram as cargas fisiológicas. O peso varia de acordo com a função. O empilhador, segundo relatos, chega a erguer 18 kg por caixa de frutas, várias vezes ao dia. Já o responsável pela mistura dos agrotóxicos faz o levantamento de recipientes com 15 kg, quatro vezes ao dia. Sobre as posições corporais, os empregados da *packing house* podem estar sentados ou

em pé a depender da função, já a postura assumida pelos que ficam na plantação e colheita é geralmente curvada, e a do tratorista, sentado.

Os usos do corpo exigidos pelo trabalho estão relacionados ao surgimento de problemas de saúde, os quais são muitas vezes naturalizados pelos próprios trabalhadores, como pode ser observado em algumas expressões: “dá para aguentar”, “isso é normal”, “foi coisa pouca”.

Teve uma vez que quando fui me abaixar para trocar o implemento senti um estralo grande na coluna, mas isso é coisa do dia a dia. Até porque trabalho muito sentado, aí isso é normal. (EA7).

O cansaço maior é de estar sentado. Tem vezes que dói o braço, você está sentado e pegar uma melancia de 11, 12 kg aí os braços cansam. (EA3).

As cargas psíquicas estão atreladas à monotonia, à repetitividade das tarefas, ao cumprimento de metas e à intensificação do trabalho entre aqueles que realizam uma única tarefa, nos moldes taylorista e fordista. A repetitividade está, segundo a literatura, relacionada a transtornos mentais e a distúrbios osteomusculares, tais como LER e Dort.

É um pouco enjoado, direto a mesma coisa; o trabalho da gente é cansativo por mode isso, todo dia fazendo a mesma coisa, cada qual tem sua tarefa lá, não muda. (EA12).

Na mistura dos agrotóxicos, a exigência de atenção e responsabilidade permanentes configuram cargas psíquicas:

Lá não tem isso de errar não, na manipulação tem que ser certo, porque é uma responsabilidade grande, só de você botar uma dosagem a mais, 1 ml a mais ou a menos já dá problema. (EA2).

A carga química emergiu como aquela inerente a todas as funções identificadas na pesquisa e em todos os ambientes de trabalho,

expressando-se na utilização intensiva de agrotóxicos:

A gente não vê, mas todo mundo sabe que tem veneno; onde a gente mexe, toda fruta que você pega tem veneno, você convive numa área praticamente fechada, com veneno. (EA6).

Os empregados responsáveis pela mistura e aqueles do campo são os mais expostos aos agrotóxicos. Os primeiros mencionaram que chegam a manipular 550 litros/dia; para os segundos, a exposição está no ambiente de trabalho e no manuseio de frutas, sementes, folhas.

O risco que tem lá é só aquela catingazinha do veneno que a gente sente. Porque às vezes passam o veneno de noite e no outro dia tô lá, aí tem aquela catingazinha. E tem vez que é forte. (EA14).

Na *packing house*, a exposição é proveniente das frutas e, por vezes, de pulverizações nesse local. A empresa dispõe de EPI, mas os relatos sugerem sinais de intoxicações agudas por agrotóxicos entre os empregados. A exposição estende-se à família dos empregados pelo fato de o macacão ser lavado em suas residências, geralmente por mulheres.

Em meio à interação entre essas cargas de trabalho, chama a atenção o fato de 40% dos entrevistados não referirem problemas de saúde. Ora, o empilhador ‘chega a erguer 18 kg por caixa de frutas, várias vezes ao dia’ e não tem queixas? Dentre os problemas referidos, sobressaem-se os distúrbios osteomusculares, cefaleia, náusea, vômitos e fadiga.

Os empregados contam com serviço de saúde ocupacional. Os que são expostos a ruídos realizam testes audiométricos a cada seis meses; e aqueles com maior exposição aos agrotóxicos fazem exames laboratoriais uma vez ao ano. Quanto aos resultados: “Fica lá com eles, recebo só o comprovante que fiz o exame. Mas a enfermeira diz que se der alguma coisa eles avisam” (EA15).

De camponeses a empregados do agronegócio: precarização, alienação, intensificação do trabalho e a ST

A inserção do Brasil no capital mundial como produtor de commodities, em sua relação com o neoextrativismo¹ e no contexto da reestruturação produtiva²⁰, estimula o agronegócio de fruticultura a lançar mão de estratégias para manter a competitividade no mercado externo e acumular capital: o deslocamento para territórios que permitam vantagens competitivas como mão de obra barata, recursos naturais em abundância, fragilização de leis e movimentos sociais ambientais e trabalhistas. O Estado incentiva fornecendo infraestrutura, como isenção de impostos, doação de terrenos, construção de perímetros públicos irrigados, outorgas de água, financiamentos, desregulamentação ambiental e dos agrotóxicos, inclusive com isenções fiscais¹⁷.

No Nordeste, entre 1968 e 1992, foram construídos pelo governo federal, sob gestão do Departamento Nacional de Obras Contra as Secas (DNOCS), 38 perímetros públicos irrigados para introdução de um novo modelo de produção agrícola e controle de conflitos fundiários. Isso ocorria via modernização da agricultura e incentivo a culturas agrícolas de maior rentabilidade, com destaque para a fruticultura irrigada. Após 1990, ocorre um aprofundamento da ação estatal rumo ao desenvolvimento do agronegócio e, em 2013, a nova Política Nacional de Irrigação objetiva concorrer para o aumento da competitividade do agronegócio brasileiro²¹.

É nessa conjuntura que empresas de fruticultura nacionais e multinacionais chegam a territórios camponeses do semiárido nordestino e incidem sobre os modos de vida das comunidades camponesas onde se instalam, na medida em que expropriam delas a terra, a água, a biodiversidade, as sementes, o próprio território. Incidem, muito especialmente, sobre a saúde dos trabalhadores desses empreendimentos, que, a partir do processo de desterritorialização e da ideologia

do desenvolvimento, se veem atraídos pela carteira assinada e obrigados a aceitar esses empregos, tornando-se funcionais ao capital²².

A pesquisa evidenciou que 46% desses empregados são antigos camponeses ou filhos de famílias camponesas. Assim, passaram por um processo de proletarização e, com isso, foram submetidos a uma maior vulnerabilidade aos riscos da modernização agrícola, já que não têm informações e nem experiência com os mesmos. São geralmente adultos que estão adentrando as relações capital-trabalho, no qual o sentido do trabalho é completamente modificado. Isso, porque o trabalho na agricultura camponesa é uma forma de produção da vida ou de reprodução social, diferente da lógica capitalista. No agronegócio, eles entram para um esquema de trabalho proletarizado, alienado, desprovido de autonomia para determinar o quê, como, em que ritmo e para quem produzir; além do próprio conteúdo do trabalho ser alterado.

Inserem-se no agronegócio em processos produtivos híbridos, ou seja, organizados nos moldes da acumulação flexível e do taylorismo ou fordismo²⁰, que utilizam sistema informacional para produção, transporte e comercialização das frutas e tecnologias, como agrotóxicos e mecanização inerentes à produção de monocultivos.

O trabalho parcelar, mecânico e repetitivo, decorrente da padronização das tarefas para o aumento da produção pelo controle dos tempos e movimentos, marcas do taylorismo e do fordismo²³, está presente principalmente nos processos de trabalho da *packing house*: embalador, empilhador, controlador de qualidade, refugador de fruta. Embora essa organização do trabalho seja típica dos moldes industriais, o trabalho no campo, conforme relatos, foi classificado como repetitivo, minando o próprio sentido do trabalho para quem o realiza. Desconsideram-se a subjetividade, capacidade de raciocínio, iniciativa e criatividade dos trabalhadores, que ficam sujeitos a executar uma única tarefa: “É repetitivo, é uma coisa só. Desde que eu entrei, faço todos os dias a mesma coisa” (EA4).

Aos que executam suas atividades em esteiras mecânicas, soma-se o ritmo do trabalho determinado pela velocidade da máquina imposta pelos encarregados, a depender das metas que a empresa deseja alcançar. A esteira, introduzida pelo fordismo, representou continuidade e intensificação do processo de controle da força de trabalho vivo que já havia iniciado com o taylorismo²⁰.

Com a reestruturação produtiva, o taylorismo e o fordismo cedem espaço para a acumulação flexível, que prefere a empresa enxuta, com redução de força de trabalho e aumento da produtividade²³, além de trabalhadores polivalentes e multifuncionais; e de flexibilidade nas relações de trabalho²³. No agronegócio, tais características são observadas sobretudo nas funções de zelador, aproveitador de frutas, auxiliar de almoxarifado e encarregado:

Eu mexo numa máquina, é uma esteira que passa a fruta, é no processamento. Quando a pessoa que prepara o produto químico falta eu assumo também. Quando o pessoal da elétrica falta eu faço troca de algum fio. Eu assumo muitas funções, quando necessário. (EA8).

A resposta do capital diante das ameaças de limitação dos seus lucros se encontra sumariamente interligada ao fato de recorrer com frequência à exploração do trabalhador, que se submete, em razão de suas necessidades, a condições de trabalho aviltantes. Para tanto, reestruturam a produção e trazem consequências diferenciadas para os trabalhadores: ora assumem um caráter de ampliação da jornada de trabalho, intensificação da produtividade e queda dos salários ora adquirem aspectos de insegurança, flexibilidade e fragilidade no emprego. São as estratégias intrínsecas ao sistema capitalista de produção, de se reestruturar atingindo diretamente a classe dos trabalhadores, que, ao serem explorados e posicionados após os interesses econômicos, tornam-se automaticamente, precarizados²³.

Druck²⁴ compreende a precarização como um processo em que se instala, econômica,

social e politicamente, uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais. O conteúdo dessa ‘nova’ precarização está dado pela condição de instabilidade, de insegurança, de adaptabilidade e de fragmentação dos coletivos de trabalhadores e da destituição do conteúdo social do trabalho.

No agronegócio investigado, há vínculos formais, embora prevaleça a precarização mediante os contratos temporários, incertos, dependendo do período de safra. A precarização deve ser entendida como um processo com diversas manifestações, não sendo um fenômeno unidirecional ou absoluto. Novas ocupações podem vir acompanhadas de direitos contratuais importantes, porém precárias do ponto de vista das suas condições de trabalho²⁵.

A organização produtiva híbrida do agronegócio recorre à intensificação do trabalho, que consiste em

processos de quaisquer naturezas que resultam em um maior dispêndio das capacidades físicas, cognitivas e emotivas do trabalhador, com o objetivo de elevar quantitativamente ou melhorar qualitativamente os resultados²⁶⁽²³⁾.

Consiste em se produzir mais no mesmo espaço de tempo e na ampliação da jornada de trabalho formalmente estabelecida, como é o caso das horas extras mencionadas pelos entrevistados.

Atrelados à precarização, à exploração e à intensificação do trabalho, chama a atenção no processo produtivo pesquisado uma aparente inversão da relação estabelecida entre os trabalhadores e o produto do trabalho. Tornou-se evidente como a fruta adquire a condição de sujeito, como se ela própria passasse a comandar o ritmo e os rumos do processo produtivo, submetendo os trabalhadores, de maneira consentida por eles próprios, a horários e jornadas de trabalho intensas.

Quem manda é a fruta, se tiver fruta para processar até onze da noite a gente tem que ficar até onze horas da noite. (EA11).

Tem que trabalhar de acordo com a fruta que tiver, se tiver muita fruta tem que passar do horário. (EA5).

Eles [os encarregados] sempre passam pra gente que a fruta não pode esperar. Aí, se precisar, tem que trabalhar feriado, domingo, sábado. (EA7). (Grifo dos autores).

O modo como trabalhadores retratam essa realidade, como se fossem naturais e legítimas a intensificação e precarização do seu trabalho sob o argumento da ‘proteção’ da fruta, parece exprimir um triplo processo de estranhamento vivido por eles em relação ao produto do trabalho, ao trabalho em si e a si mesmo²⁷, que caracterizam o fenômeno da alienação. O processo de alienação do trabalhador realiza-se em relação ao que se produz e para quem se produz²⁷, o que parece ocorrer no contexto investigado. Com a subjetividade apropriada por outros, o trabalhador acaba por não reconhecer a si mesmo e a finalidade do seu trabalho, materializando a alienação: “*Não sei nem explicar a você... a esteira vai levando e não sei o que fazem*” (EA9).

Para realizar a função como é ‘exigido pela fruta’, a jornada de trabalho intensifica-se, chegando a se estender, em alguns casos relatados, a dezessete horas diárias. Apesar do reduzido tempo dedicado ao descanso, à família ou ao lazer, as horas extras, que contribuem para isso, são percebidas pelos empregados como algo natural e positivo, pois possibilitam o aumento da renda.

Aparenta ser justificável para os trabalhadores o fato de a fruta precisar chegar à Europa, seu mercado consumidor, ilesa de amassaduras e arranhões, ao mesmo tempo em que eles são expostos à contaminação por agrotóxicos e a jornadas e ritmos de trabalho extenuantes. O não questionamento ou desconforto acerca das condições que as frutas devem adquirir

para tornarem-se mercadorias vendáveis, do seu longínquo destino, ou mesmo dos custos humanos, deles próprios, para que isso aconteça revelam o estranhamento do produto do seu trabalho que não pode ocorrer sem que o próprio trabalho tenha sido estranhado²⁷.

Os argumentos dos trabalhadores em desfavor de si mesmos quando falam do excesso de dias e horas trabalhadas ou mesmo das condições de trabalho, somadas à compreensão acerca dos usos dos EPI, os quais, segundo algumas narrativas, devem ser utilizados a fim de evitar a contaminação da fruta por parte do trabalhador, e não em razão de sua própria segurança, exprimem, por sua vez, o estranhamento de si mesmo. Há, aqui, a incorporação ideológica de que a proteção da qualidade da fruta é mais importante do que a de sua própria saúde. “*Eu acho essencial, porque com essa roupa evita que você contamine a fruta*” (EA10).

A reestruturação produtiva e a procura por modelos mais flexíveis de trabalho contribuíram para a diminuição da politização do trabalhador, que, em última instância, envolve sua capacidade, individual e coletiva, de contestação e enfrentamento. A precarização envolve também a imposição de novas e incertas condições de trabalho àqueles que estão constantemente ameaçados pelo desemprego estrutural, e também pelo uso do consenso (re)produzido pelos próprios trabalhadores quando passam a crer na inevitabilidade das mudanças e na naturalização dos fatos e fenômenos associados ao sistema produtivo contemporâneo²⁵.

Em contraposição à ideia da naturalização dos riscos ocupacionais com os quais o trabalhador deve se adaptar por meio, principalmente, do uso de EPI, entende-se que as cargas de trabalho devem ser compreendidas no contexto da reestruturação produtiva e dos seus rebatimentos para a saúde dos trabalhadores¹⁴. Assim, a questão não é apenas a utilização correta dos EPI, mas, por exemplo, porque agrotóxicos, ou carga química, são utilizados de maneira intensiva.

Os agrotóxicos são essenciais à produção do agronegócio e estão presentes em todas as etapas, o que o define como um modelo de produção agrícola ‘químico-dependente’. É preciso compreender que essa carga química é um artefato tecnocientífico e, como tal, sua produção e seus usos sociais estão em compasso com um projeto de sociedade capitalista¹⁰, que prioriza o agronegócio em detrimento da agricultura camponesa, cuja relação com a natureza e os animais é harmoniosa e o ritmo de trabalho é definido pelo camponês. Não está, portanto, submetido à lógica da relação capital-trabalho nos moldes da acumulação flexível ou do taylorismo ou fordismo²⁸.

É mais o mau cheiro do veneno, é forte. Eu já tô tão acostumado; mas quem chega lá de fora sente, dizem: ‘como é que vocês aguenta ta aqui?’ Tem um que trabalhava lá mais nós que dizia que toda vida que chegava em casa sentia dor de cabeça por causa do cheiro. De todo dia você conviver com ele, você acaba enjoando. Veio até uma fiscalização lá e perguntou: ‘Esse cheiro aqui todo dia é desse jeito?’, eu disse: ‘Não, tem dia que é mais forte’. Tem um produto lá que eles botam e quando eles tão mexendo não têm quem fique perto, desce lágrima nos olhos devido ele ser forte. (EA3).

Assim que eu entrei eu vomitei e senti dor de cabeça, a ambulância me levou pro médico, pro hospital, e disseram que foi alguma coisa que eu comi, não foi dos produtos lá. (EA4).

As cargas de trabalho identificadas resultam da precarização do trabalho e reforçam sua exploração e intensificação. Não importam para o capital as condições a que o trabalhador está sujeito e as consequências para seu processo saúde-doença; nem se há uma intensificação de suas forças físicas, cognitivas e afetivas ou a contaminação por agrotóxicos. O que interessa é se a fruta chega ilesa ao mercado consumidor e possibilita o acúmulo de capital para os donos dos empreendimentos.

Analisando a interação entre essas cargas de trabalho, compreende-se que a ST no

agronegócio é marcada sobretudo pela carga química de exposição aos agrotóxicos, mas verificou-se a naturalização e medo de falar sobre os mesmos: “*eles não querem que a gente diga o produto usado*” (EA2). Além disso, encontram-se as psíquicas, em decorrência, por um lado, das demandas do trabalho nos moldes taylorista ou fordista de monotonia, repetitividade, ausência dos aspectos subjetivos dos trabalhadores, e, por outro, do trabalho flexível com acúmulo de tarefas, prevalecendo a pressão pela produtividade e cumprimento de metas, somada à instabilidade no emprego; além das fisiológicas, associadas às LER ou Dort pelos movimentos repetitivos.

Um aprofundamento específico das cargas fisiológicas pode ser feito por meio da chamada Análise Ergonômica do Trabalho (AET), marcante a partir dos anos 1980 para o desenvolvimento da ergonomia no Brasil nos campos profissional, da pesquisa e normativo. Embora a AET tenha sido historicamente apropriada por empresas mais como uma técnica utilizada para atender normas e evitar perdas econômicas imediatas, e menos com o interesse de compreender e superar condições de trabalho insatisfatórias, ela pode contribuir para mensurar e ajudar a expor os problemas enfrentados pelos trabalhadores. Seu referencial teórico e metodológico é amplamente utilizado na pesquisa e na prática no campo da ST²⁹. Apesar de não estar nos objetivos desse trabalho, ressalta-se a relevância dessa possibilidade analítica como uma questão interessante para outros estudos.

Por fim, destaca-se que a ST do agronegócio deve ser pensada além da discussão do uso dos EPI, que são importantes, mas não resolvem os problemas identificados. Deve-se pautar o debate sobre o uso abusivo de agrotóxicos e incentivos do Estado ao agronegócio em detrimento de políticas públicas que estimulem e valorizem a agricultura camponesa na perspectiva da agroecologia, bem como a defesa do trabalho digno e seguro.

Considerações finais

A chegada do agronegócio no território investigado está atrelada à oferta de empregos em condições de trabalho precárias, nos moldes das relações capital-trabalho, por práticas de intensificação e exploração do trabalho, e por processo de alienação de trabalhadores. Esse contexto está relacionado à imposição de cargas de trabalho variadas, sobretudo aquelas de natureza química, psíquica, físicas e fisiológicas.

Isso impõe desafios às políticas públicas. O Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por meio do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), precisa intensificar o trabalho de vigilância em ST nesses locais, identificando e intervindo sobre os problemas de saúde. Já ao Ministério do Trabalho, cabe fiscalizar as condições e processos de trabalho, zelando pelo cumprimento da legislação trabalhista. O desafio institucional nesses casos é a garantia do direito à saúde e do exercício do trabalho nos termos da lei.

Ressaltamos a importância de incentivar-se a agricultura camponesa de perspectiva agroecológica, pautada em valores tradicionais, em trabalho familiar e na preservação do ambiente. Mostra-se relevante, também, que mais pesquisas produzam evidências sobre as relações entre trabalho e saúde em diferentes

perspectivas metodológicas e com distintos recortes. Em especial, investigações feitas com observação do trabalho e em diálogo com trabalhadores e suas instâncias políticas.

Os impactos negativos na saúde de trabalhadores podem decorrer da priorização do agronegócio em detrimento da agricultura camponesa. Assim, mostra-se oportuno que a saúde coletiva, a sociedade em geral e os governos no Brasil promovam ampla discussão sobre o tema e pautem a utilização simultânea de critérios sociais, sanitários e econômicos para proceder à escolha de seus modelos agrícolas.

Colaboradoras

Pontes AGV (0000-0002-3889-2484)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Silva RT (0000-0003-3047-9545)* contribuiu para concepção, planejamento e trabalho de campo da pesquisa; elaboração do rascunho e aprovação da versão final do manuscrito. Silva JV (0000-0001-9121-1302)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Carvalho AMP, Milanez B, Guerra EC. Rentismo-neoextrativismo: a inserção dependente do Brasil nos percursos do capitalismo mundializado (1900-2017). In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LA, organizadores. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC; 2018. p. 19-57.
- Porto MF, Milanez B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(6):1983-1994.
- Barbosa AM, Porto-Gonçalves CW. Reflexões sobre a atual questão agrária brasileira: descolonizando o pensamento. *Cescontexto (debates)*. 2014 [acesso em 2023 ago 18]; (5):12-27. Disponível em: https://www.ces.uc.pt/publicacoes/cescontexto/ficheiros/cescontexto_debates_v.pdf.
- Silva MLV. Gritos, silêncios e sementes: as repercussões do processo de des-reterritorialização empreendido pela modernização agrícola sobre o ambiente, o trabalho e a saúde de mulheres camponesas na Chapada do Apodi/CE. [dissertação]. 2014. Fortaleza: Centro de Ciências, Universidade Federal do Ceará; 2014. 364 p.
- Franco Netto G, Gurgel AMG, Burigo AC. Contribuições para um debate estratégico na saúde coletiva: da luta contra os agrotóxicos à necessidade de maior envolvimento no campo agroecológico. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 jan 25]; 46(esp2):7-12. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/7760>.
- Fernandes BM, Welch CA. Campesinato e agronegócio da laranja nos EUA e Brasil. In: Fernandes BM, organizador. *Campesinato e agronegócio na América Latina: a questão agrária atual*. São Paulo: Expressão Popular; 2008. p. 45-69
- Pontes AGV, Rigotto RM, Silva JV. Necessidades de saúde de camponeses em conflito ambiental frente à instalação de Perímetros Irrigados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2023 jan 25]; 23(5):1375-1386. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.05022016>.
- 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; 22(10):3281-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17742017>.
- Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, et al., organizadores. *Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro: EP-SJV; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
- Chaves BS, Rodrigues LAD, Pimenta DN. Agroecologia e Saúde coletiva na construção dos agrotóxicos como problema de saúde pública no Brasil. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 jan 25]; 46(esp2):363-76. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042022E224_363.
- Ferreira Filho LIP. Estudo das alterações citogenômicas da medula óssea de trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos. [dissertação]. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2013. 84 p.
- Corcino CO, Teles RBA, Almeida JRGS, et al. Avaliação do efeito do uso de agrotóxicos sobre a saúde de trabalhadores rurais da fruticultura irrigada. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(8):3117-28.
- Fenner A, Almeida VES, Friedrich K, et al. Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS) no Distrito Federal: agroecologia e impacto dos agrotóxicos. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 maio 18]; 46(esp2):249-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E217>.
- Marchetti FF, Lopes KCSA, Guyot M, et al. Agroecologia: ciência, movimento político e prática social para mitigação e adaptação às mudanças climáticas. *Rev Bras Agroecol*. 2023 [acesso em 2023 ago 16]; 18(1):388-415. Disponível em: <https://doi.org/10.33240/rba.v18i1.23714>.

15. Saquet MA. Territorialidades, relações campo-cidade e ruralidades em processos de transformação territorial e autonomia. *Campo-Território*. 2014 [acesso em 2023 ago 16]; 9(18):1-30. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/RCT91826896>.
16. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [acesso em 2023 ago 16]; 23(4):757-766. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>.
17. Rigotto RM, Aguiar ACP, Pontes AGV, et al. Desvelando as tramas entre saúde, trabalho e ambiente nos conflitos ambientais: aportes epistemológicos, teóricos e metodológicos. In: Rigotto RM, Aguiar ACP, Ribeiro LV, organizadores. *Tramas para a justiça ambiental: diálogo de saberes e práxis emancipatórias*. Fortaleza: Edições UFC, 2018. p. 163-214.
18. Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Rocha LE, Rigotto RM, Buschinelli JTP, organizadores. *Isto lá é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes; 1993.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
20. Antunes R. *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*. 1. ed. São Paulo: Boitempo; 2018.
21. Rigotto RM, Freitas BMC, Maia RCC, et al. Perímetros irrigados e direitos violados no Ceará e Rio Grande do Norte: “por que a água chega e a gente tem que sair?”. *Rev Pegada*. 2016; (17)2:122-144.
22. Leroy JP. Amazônia: território do capital e territórios do futuro. In: Zhouri A, Laschefski K, organizadores. *Desenvolvimento e conflitos ambientais*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2010.
23. Colombi BLP. A precarização do trabalho em foco: rebatimentos para os assistentes sociais do Judiciário. *Serv. Soc. Soc.* 2016; (127):574-586.
24. Druck G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Cad. CRH*. 2011; 24(esp1):37-57.
25. Martins FR, Lima JC. As múltiplas faces do trabalho precário e o sindicalismo: a experiência brasileira. *Trabajo y Soc.* 2016; (27):93-108.
26. Rosso S, Fortes JAAS. *Condições de trabalho do limiar do século XXI*. Brasília, DF: Época; 2008.
27. Marx K. *Manuscritos econômico-filosóficos*. São Paulo: Boitempo; 2010.
28. Pontes AGV. *Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: articulando universidade, SUS e movimentos sociais em território rural*. [dissertação]. [Fortaleza]: Universidade Federal do Ceará; 2012. 262 p.
29. Jackson Filho JM, Lima FPA. Análise Ergonômica do Trabalho no Brasil: transferência tecnológica bem-sucedida? *Rev bras saúde ocup.* 2015 [acesso em 2023 ago 16]; 40(131):12-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0303-7657AP0113115>.

Recebido em 27/01/2023

Aprovado em 13/06/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Associação entre intoxicação exógena e exposição ocupacional e ambiental de pacientes com câncer em Mato Grosso

Association between exogenous intoxication and occupational and environmental exposure of cancer patients in Mato Grosso

Mariana Rosa Soares¹, Pablo Cardozo Rocon¹, Amanda Cristina de Souza Andrade¹, Jorge Mesquita Huet Machado², Noemi Dreyer Galvão¹, Márcia Leopoldina Montanari Corrêa¹, Wanderlei Antonio Pignati¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313902

RESUMO O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre características sociodemográficas relacionadas à exposição ambiental e ocupacional e o autorrelato de intoxicação de pacientes com diagnóstico de câncer em Mato Grosso, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, com 998 pacientes com câncer atendidos em hospitais de referência do estado. A variável dependente foi obtida a partir do autorrelato de algum sintoma de intoxicação nos últimos 5 anos e se a intoxicação foi decorrente ou não do trabalho/ocupação. A associação entre características sociodemográficas relacionadas à intoxicação e à exposição ambiental e ocupacional e o autorrelato de intoxicação foi avaliada pelo teste exato de Fisher. Do total de entrevistados, 7,4% (IC95%: 6,0; 9,2) referiram intoxicação, sendo 2,3% dos casos (IC95%: 1,5; 3,4) decorrentes do trabalho. Os fatores associados ao autorrelato de intoxicação decorrente do trabalho foram ser do sexo masculino, ter escolaridade menor que 4 anos, sintoma de dor de cabeça, intoxicação por agrotóxico agrícola, por via respiratória e ter trabalhado com agrotóxicos, amianto, metais pesados e poeira industrial. Conclui-se que os indivíduos com maior exposição ocupacional aos agrotóxicos e a outros produtos químicos referiram maior ocorrência de intoxicações decorrentes do trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Intoxicação. Vigilância em saúde do trabalhador. Agroquímicos. Câncer ocupacional.

ABSTRACT *The aim of this study was to investigate the association between sociodemographic characteristics, related to environmental and occupational exposure and self-report of intoxication in patients diagnosed with cancer in Mato Grosso, Brazil. This is a cross-sectional study, with 998 cancer patients seen at referral hospitals in the state. The dependent variable was obtained from the self-report of some intoxication symptom in the last 5 years and whether or not the intoxication was caused by work/occupation. The association between sociodemographic characteristics, related to intoxication and environmental and occupational exposure and self-report of intoxication was assessed by Fisher's exact test. Of all respondents, 7.4% (95%CI: 6.0; 9.2) reported intoxication, and 2.3% (95%CI: 1.5; 3.4) were work-related. Factors associated with self-reported work-related intoxication were being male, having less than 4 years of education, headache, intoxication by agricultural pesticides, by respiratory route and having worked with pesticides, asbestos, heavy metals and industrial dust. It was concluded that individuals with higher occupational exposure to pesticides and other chemicals reported higher occurrence of poisoning due to work.*

KEYWORDS *Poisoning. Surveillance of the workers health. Pesticide, agrochemicals. Occupational cancer.*

¹Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) - Cuiabá (MT), Brasil.
enf.marianasoares@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz Brasília) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

O Câncer Relacionado ao Trabalho (CRT) é estabelecido pelo impacto na frequência, surgimento ou gravidade dos casos de câncer associados a agentes e condições ocupacionais carcinogênicas, assim, o CRT resulta da exposição do trabalhador a condições e substâncias carcinogênicas no seu ambiente de trabalho, que aumentam o risco de desenvolver um câncer¹.

A relação entre a exposição ambiental aos agrotóxicos e os casos de câncer, mediada por atividades de trabalho rural, tem sido objeto de desvelamento contínuo devido à sua variabilidade decorrente da multiplicidade de substâncias, formulações, equipamentos, manejo, modos de aplicação, variações das condições ambientais (solo, ar, água) locais e das especificidades das pragas e culturas envolvidas².

A plausibilidade dessa associação decorre do uso intensivo no Brasil e no estado do Mato Grosso, em particular, de substâncias comprovadas e suspeitas de serem carcinogênicas como agrotóxicos e fertilizantes, segundo o sistema de classificação da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc)¹. A escolha do estado, refere-se ao fato de ser considerado o maior consumidor de agrotóxicos do Brasil e o líder na produção de soja, milho e algodão³.

A relevância dessa abordagem decorre da pouca visibilidade do impacto dos agrotóxicos na população trabalhadora rural, oriundos da multiplicidade da exposição ocupacional aos agrotóxicos. Nesse sentido, observa-se uma limitação metodológica dos estudos sobre contaminações químicas relacionadas ao trabalho rural, ao não considerarem a exposição complexa a múltiplos agentes associados, restringindo-se a sítios contaminados e aos estudos de carga de doença voltados ao câncer, como se pode constatar nas revisões de Azevedo et al.⁴ e Takala et al.⁵.

A partir do exposto, o objetivo deste estudo é investigar a associação entre características sociodemográficas relacionadas à exposição

ambiental e ocupacional e o autorrelato de intoxicação exógena de pacientes com diagnóstico de câncer em Mato Grosso.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de delineamento transversal e observacional, com base em dados de um questionário estruturado aplicado a pacientes com diagnóstico de câncer, atendidos nos hospitais de referência no estado de Mato Grosso.

Os serviços de saúde selecionados foram o Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), que é o hospital-escola da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), e o Hospital de Câncer de Mato Grosso (HCan), uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) responsável por cerca de 70% do total de atendimentos oncológicos em Mato Grosso⁶.

Neste estudo, consideraram-se os casos de intoxicação provenientes da informação autorreferida pelo(a) trabalhador(a), com metodologia testada e validada por Murphy et al.⁷. Para o cálculo amostral, considerou-se o número de internações do Registro Hospitalar de Câncer (2015) de pacientes com 18 anos ou mais devido à ausência de informações sobre o quantitativo de pacientes atendidos nos ambulatórios, proporção máxima ($p = 0,50$), erro tolerável de 2,5% e nível de confiança de 95%. A amostra estimada foi de 1.050 pacientes atendidos nos dois hospitais, considerando 10% de perdas. Para a entrevista foram selecionados 1.122 pacientes maiores de 18 anos de idade, dos quais, 6 recusaram, 21 não tiveram seus prontuários localizados e 83 tiveram diagnóstico de câncer não confirmado. Dessa forma, a amostra final foi de 1.012 pacientes. Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes foram: pessoas de ambos os sexos com 18 anos ou mais atendidas nos ambulatórios do HCan e do HUJM com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer, durante o período da coleta de dados. Foram incluídos

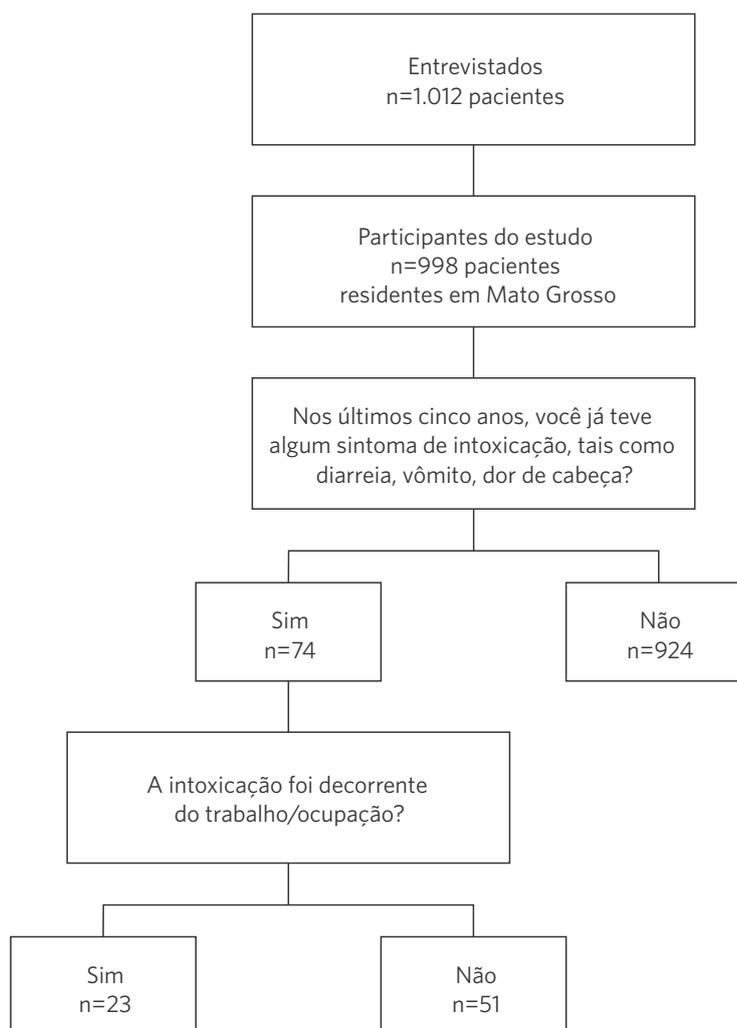
no presente estudo somente os residentes no estado de Mato Grosso (n = 998).

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2019 e março de 2020, e deu-se por um questionário estruturado em 12 blocos por meio de entrevista face a face nos próprios ambulatorios, em local reservado para tal, utilizando um coletor eletrônico de dados (Open Data Kit – ODK) instalado num tablet com sistema Android. Já a coleta de dados

em prontuário foi realizada nos períodos de dezembro de 2019 a março de 2020 e abril a junho de 2021, devido à pandemia da Covid-19.

A variável dependente para este estudo foi obtida a partir do autorrelato de algum sintoma de intoxicação exógena por agrotóxicos nos últimos 5 anos, se a intoxicação foi decorrente do trabalho/ocupação e classificada como intoxicado devido ao trabalho ou intoxicado não devido ao trabalho (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma da amostra de estudo e grupos de comparação conforme o autorrelato de intoxicação entre pacientes com câncer atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020



Fonte: elaboração própria.

As variáveis independentes foram as características sociodemográficas de sexo, local de residência, faixa etária, escolaridade, ocupação anterior. A variável ocupação foi classificada segundo os grandes grupos de ocupações da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)⁸. Para a análise, foram consideradas três categorias, a atividade agropecuária (trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca), outras atividades (todos os outros grandes grupos) e nunca trabalhou/estuda. As variáveis de intoxicação geral foram: sintomas de intoxicação, causas, qual tipo de intoxicação, circunstância de exposição e se houve atendimento hospitalar ou no local de trabalho. Também foram analisadas as variáveis de exposição ambiental e ocupacional, se já trabalhou com agrotóxicos, amianto, chumbo, metais pesados, formol, benzeno e poeira industrial. Adicionalmente, foram avaliados aspectos específicos sobre a exposição ocupacional ao agrotóxico, como o trabalho direto com agrotóxicos, as atividades laborais desenvolvidas, o uso de equipamentos de proteção individual, forma de realização da pulverização na área de trabalho e onde eram lavadas as roupas.

Foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas e estimadas as prevalências de autorrelato de intoxicação e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC95%). Para avaliar a associação entre as características sociodemográficas relacionadas à intoxicação e à exposição ambiental e ocupacional e o autorrelato de intoxicação, foi utilizado o teste exato de Fisher. As análises foram realizadas no *software* STATA, versão 16.0. Adotou-se um nível de significância de 5%.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa 'Câncer e seus fatores associados: análise de registro de base populacional e hospitalar

de Cuiabá-MT', desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva (UFMT) em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT), com financiamento do Ministério Público do Trabalho, 23^a região, do estado de Mato Grosso. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Júlio Muller (CEP-HUJM) CAAE: 98150718.1.0000.8124, número do parecer 3.048.183, de 20/11/2018, e pelo CEP SES-MT CAAE: 98150718.1.3003.5164, número do parecer 3.263.744, em 12/04/2019. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dos 998 pacientes, a média de idade foi de 56,70 anos (DP: 14,32), com maior proporção na faixa etária de 60 a 69 anos (25,6%) e em menores proporções entre 18-39 anos (13,3%). A maioria era do sexo feminino (54,9%), possuía menos de oito anos de escolaridade (60,9%) e residia na macrorregião Centro-Sul (55,4%), onde se localiza a capital, Cuiabá (26,8%), seguida da macrorregião sudeste (14,2%) e, em menores proporções, da macrorregião Nordeste (3,5%). Do total de entrevistados, 74% (IC95%: 6,0; 9,2) referiram intoxicação: 2,3% (IC95%: 1,5; 3,4) decorrentes do trabalho e 5,1% (IC95%: 3,9; 6,7) não decorrentes do trabalho.

Com relação às características sociodemográficas, verificou-se maior frequência de autorrelato de intoxicação decorrente do trabalho entre os pacientes do sexo masculino (65,2%) e com escolaridade menor que 4 anos de estudo (69,6%). Para as variáveis local de residência, faixa etária e ocupação anterior, não foi observada diferença significativa entre os grupos de comparação (*tabela 1*).

Tabela 1. Associação entre variáveis sociodemográficas e o autorrelato de intoxicação entre pacientes com câncer atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020

Variáveis	Intoxicação decorrente ao trabalho/ocupação n=23	Intoxicação NÃO decorrente do trabalho/ocupação n=51	p-valor
	n (%)	n (%)	
Sexo			
Masculino	15 (65,22 %)	19 (37,25 %)	0,024
Feminino	8 (34,78 %)	32 (62,75 %)	
Local de residência			
Interior	11 (52,17 %)	27 (52,94 %)	0,575
Cuiabá e Várzea Grande	12 (47,83 %)	24 (47,06 %)	
Faixa Etária			
18-59 anos	10 (43,47 %)	33 (64,71 %)	0,073
60 ou mais anos	13 (56,52 %)	18 (35,52 %)	
Escolaridade			
Menor que 4 anos	16 (69,57 %)	15 (29,41 %)	0,002
4 ou mais anos	7 (30,43 %)	36 (70,59 %)	
Ocupação anterior			
Atividade agropecuária	7 (30,43 %)	11 (21,57%)	0,600
Outras atividades	16 (69,57 %)	38 (74,51%)	
Nunca trabalhou/Estuda	0 (0,00%)	2 (3,92%)	

Fonte: elaboração própria.

Os pacientes que referiram intoxicação decorrente do trabalho relataram em maior frequência dor de cabeça (91,3%), intoxicação por agrotóxico agrícola (78,3%), por via respiratória (69,6%) e devido à exposição ambiental (43,5%). Enquanto isso, entre aqueles que referiram intoxicação não decorrente do trabalho,

o sintoma mais frequente foi a diarreia (74,5%), as principais causas de intoxicação foram o uso de produtos químicos domiciliares (21,6%) e medicamentos (43,1%); a via mais frequente foi digestiva (70,6%); e devido ao uso habitual (58,8%) (tabela 2).

Tabela 2. Associação entre variáveis relacionadas aos sintomas e causas da intoxicação e o autorrelato de intoxicação entre pacientes com câncer atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020

Variáveis	Intoxicação decorrente do trabalho/ocupação n=23	Intoxicação NÃO decorrente do trabalho/ocupação n=51	p-valor
	n (%)	n (%)	
Sintomas da intoxicação			
Alergia	9 (38,13%)	10 (19,60%)	0,163
Diarreia	9 (38,13%)	38 (74,50%)	0,005
Dor de Cabeça	21 (91,30%)	35 (68,62%)	0,019
Vômito	15 (65,21%)	35 (68,62%)	0,433

Tabela 2. Associação entre variáveis relacionadas aos sintomas e causas da intoxicação e o autorrelato de intoxicação entre pacientes com câncer atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020

Variáveis	Intoxicação decorrente do trabalho/ocupação n=23	Intoxicação NÃO decorrente do trabalho/ocupação n=51	p-valor
	n (%)	n (%)	
Causa da Intoxicação			0,001
Agrotóxico agrícola	18 (78,26%)	8 (15,68%)	
Produtos químicos domiciliar	3 (13,04%)	11 (21,56%)	
Outro (medicamentos)	2 (8,69%)	22 (43,13%)	
Não sabe/Não respondeu	0 (0,00%)	10 (19,60%)	
Tipo de intoxicação			
Digestiva	6 (26,08%)	36 (70,58%)	0,001
Cutânea	5 (21,73%)	6 (11,76%)	0,301
Respiratória	16 (69,56%)	13 (25,49%)	0,001
Ocular	4 (17,39%)	5 (9,80%)	0,446
Não sabe/Não respondeu	1 (4,34%)	3 (5,88%)	1,000
Circunstância da exposição			0,020
Uso habitual	10 (43,47%)	30 (58,82%)	
Acidental	3 (13,04%)	7 (13,73%)	
Ambiental	10 (43,47%)	6 (11,76%)	
Outra (alimentar e quimioterapia)	0 (0,00%)	2 (3,92%)	
Não sabe/Não respondeu	0 (0,00%)	6 (11,76%)	
Teve atendimento no local de trabalho			-
Sim	2 (8,70%)	-	
Não	21 (91,30%)	-	

Fonte: elaboração própria.

A frequência de exposição aos agrotóxicos (60,9%), amianto (30,4%), metais pesados (26,1%) e poeira industrial (73,9%) foi maior

entre os pacientes que referiram intoxicação decorrente do trabalho (tabela 3).

Tabela 3. Associação entre exposição ocupacional e o autorrelato de intoxicação entre pacientes com cânceres atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020

Variáveis	Intoxicação decorrente do trabalho/ocupação n=23	Intoxicação NÃO decorrente do trabalho/ocupação n=51	p-valor
	n (%)	n (%)	
Agrotóxicos			0,001
Sim	14 (60,86%)	11 (21,56%)	
Não	9 (39,13%)	40 (78,43%)	

Tabela 3. Associação entre exposição ocupacional e o autorrelato de intoxicação entre pacientes com cânceres atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020

Variáveis	Intoxicação decorrente do trabalho/ocupação n=23	Intoxicação NÃO decorrente do trabalho/ocupação n=51	p-valor
	n (%)	n (%)	
Amianto			0,001
Sim	7 (30,43%)	1 (1,96%)	
Não	16 (69,56%)	50 (98,03%)	
Chumbo			0,301
Sim	5 (21,73%)	6 (11,76%)	
Não	18 (78,26%)	45 (88,23%)	
Metais pesados			0,009
Sim	6 (26,08%)	2 (3,92%)	
Não	17 (73,91%)	49 (96,07%)	
Formol			0,424
Sim	1 (4,34%)	6 (11,76%)	
Não	22 (95,65%)	45 (88,23%)	
Benzeno			0,126
Sim	5 (21,73%)	4 (7,84%)	
Não	18 (78,26%)	47 (92,15%)	
Poeira industrial			0,005
Sim	17 (73,91%)	19 (37,25%)	
Não	6 (26,08%)	32 (62,74%)	

Fonte: elaboração própria.

Ao avaliar o trabalho realizado diretamente com agrotóxicos, a maior frequência foi observada entre os pacientes que relataram

intoxicação decorrente do trabalho (87,5%). (tabela 4).

Tabela 4. Associação entre exposição aos agrotóxicos e o autorrelato de intoxicação entre pacientes com câncer atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020

Variáveis	Intoxicação decorrente ao trabalho/ocupação n=23	Intoxicação NÃO decorrente do trabalho/ocupação n=51	p-valor
	n (%)	n (%)	
Trabalhou diretamente com agrotóxicos			0,003
Sim	14 (87,50%)	5 (33,33%)	
Não	2 (12,50%)	10 (66,67%)	
Atividade laboral			
Diluição	4 (25,00%)	1 (6,67%)	0,333
Pulverização	9 (56,25%)	3 (20,00%)	0,066

Tabela 4. Associação entre exposição aos agrotóxicos e o autorrelato de intoxicação entre pacientes com câncer atendidos nos hospitais de referência do estado de Mato Grosso, 2019-2020

Variáveis	Intoxicação decorrente ao trabalho/ ocupação n=23	Intoxicação NÃO decorrente do trabalho/ocupação n=51	p-valor
	n (%)	n (%)	
Tratamento de sementes	8 (50,00%)	5 (33,33%)	0,473
Armazenagem	3 (18,75%)	1 (6,67%)	0,600
Colheita	12 (75,00%)	13 (86,67%)	0,654
Transporte	4 (25,00%)	1 (6,67%)	0,333
Desinsetização	0 (0,00%)	1 (6,67%)	0,484
Produção/formulação	2 (12,50%)	0 (0,00%)	0,484
Outra	3 (18,75%)	5 (33,33%)	0,433
Uso de equipamento de proteção individual			1,000
Sim	10 (62,50%)	10 (66,67%)	
Não	6 (37,50%)	5 (33,33%)	
Forma de realização da pulverização na área			0,364
Manual/Bomba costal	6 (66,67%)	2 (66,67%)	
Mecânica (trator)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	
Outro	0 (0,00%)	1 (33,33%)	
Onde eram lavadas as roupas			0,246
Na casa	14 (87,50%)	11 (73,33%)	
Na empresa	1 (6,25%)	0 (0,00%)	
Dentro de rio/açude	1 (6,25%)	4 (26,67%)	

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os resultados deste estudo revelam a magnitude das intoxicações exógenas entre os pacientes com diagnóstico de câncer no estado de Mato Grosso. Analisando as diferenças por sexo, ser do sexo masculino se associou à ocorrência de intoxicações decorrentes do trabalho. Esse achado corrobora as evidências de Silva et al.⁹, Oesterlund et al.¹⁰, Silva et al.¹¹, que apontam para maior intoxicação entre trabalhadores do sexo masculino. Silva et al.⁹ evidenciaram que entre indivíduos do sexo masculino houve 3,47 (IC95% 2,24;5,35) vezes maior ocorrência de intoxicações agudas do que entre indivíduos do sexo feminino. Silva et al.¹¹ analisam essa evidência indicando que os homens estão mais expostos a substâncias

cancerígenas por acessarem trabalhos de risco. Oesterlund et al.¹⁰ apresentam resultados que indicam um risco menos significativo para exposição a agrotóxicos para o sexo feminino em relação ao masculino, contudo, pontuam que poucos estudos analisam a exposição de ambos os sexos.

A baixa escolaridade também foi fator de associação à ocorrência de intoxicações decorrentes do trabalho neste estudo, corroborando os achados de De-Assis et al.¹², Silva et al.⁹ e Silva et al.¹¹. evidenciaram maior prevalência de intoxicações agudas em participantes com ensino médio incompleto. Silva et al.¹¹ evidenciaram maior exposição a agrotóxico, poeira industrial, benzeno, amianto e metais pesados entre participantes de menor escolaridade (0 a 4 anos). De-Assis et al.¹² evidenciam a baixa

escolaridade relacionada à incompreensão da periculosidade da exposição e da importância e forma correta de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), contribuindo para o aumento da exposição aos agrotóxicos. A literatura descreve que a não adesão ao uso de equipamentos de proteção individual e a falta do conhecimento necessário para manuseio de produtos químicos como os agrotóxicos são fatores de risco para os trabalhadores e as pessoas que vivem nesses ambientes¹³.

Neste estudo, não foi observada associação entre o autorrelato de intoxicação e a atividade laboral desenvolvida, o uso de equipamento individual, forma de realização da pulverização na área e onde as roupas eram lavadas, o que pode revelar a incompreensão entre a percepção da associação da exposição ocupacional correlacionada aos casos de intoxicação exógena decorrente da baixa escolaridade dos participantes, corroborando as evidências de De-Assis et al.¹².

Mesmo não encontrando associação entre a atividade laboral e a intoxicação decorrente do trabalho, as intoxicações mais referidas neste estudo ocorreram durante colheita, pulverização e tratamento de sementes. Esse dado deve ser interpretado com ressalvas, pois a baixa escolaridade, somada às pressões pelo ocultamento, pode dificultar a realização da associação dos sintomas de intoxicação com a exposição ocupacional entre os participantes da pesquisa, por subnotificação¹⁴⁻¹⁶. Corroborando os achados de Pessoa et al.¹⁷, que analisam a incapacidade das pessoas sintomáticas para intoxicação, associaram a intoxicação com a exposição aos agrotóxicos.

Com relação aos sinais e sintomas identificados após a intoxicação, a dor de cabeça apresentou maior frequência. Bortolotto et al.¹³ evidenciaram resultado semelhante em trabalhadores da zona rural do Sul do País. Também identificaram fraqueza generalizada e dores abdominais. De-Assis et al.¹² evidenciam a dor de cabeça entre os sintomas mais relatados. Silva et al.¹¹ evidenciam a cefaleia como 2º sintoma mais relatado entre participantes com

diagnóstico de intoxicação aguda por agrotóxicos, precedida por tontura e seguida por náusea. Em seu estudo, Oesterlund et al.¹⁰ reportaram como sintomas mais relatados a irritação da pele, dor de cabeça, cansaço extremo, sudorese excessiva, visão turva e tontura.

Com relação à exposição a produtos químicos no ambiente ocupacional, identificou-se associação com o trabalho diretamente com agrotóxicos e já ter trabalhado com amianto, poeiras industriais e metais pesados. Estudos evidenciaram maiores incidências de intoxicação nas regiões com elevada produção agrícola e pulverização de agrotóxicos nas macrorregiões de maior produção no estado do Mato Grosso^{13,18}.

Silva et al.¹¹ observou que os agrotóxicos e a poeira industrial foram as exposições de maior frequência, e que se associaram ao sexo masculino, a maiores faixas etárias e menor escolaridade. Moura et al.¹⁹ associam exposição ocupacional aos organofosforados e ao desenvolvimento de neoplasias hematológicas. Nogueira et al.²⁰ associam a exposição a agrotóxicos e metais (zinco, chumbo, cobre, arsênio, manganês e níquel) ao aumento do risco de desenvolvimento de diferentes tipos de cânceres.

O câncer ocupacional é considerado uma forma contínua de exposição e que necessita da avaliação da história clínica-epidemiológica e do nexo-causal, tendo como desfecho à exposição/intoxicação a agentes químicos, físicos ou biológicos classificados como cancerígenos, presentes no ambiente de trabalho²¹. Esses produtos químicos, físicos e biológicos são considerados potencialmente cancerígenos, aumentando, ainda, a associação entre a exposição contínua e o surgimento de CRT^{22,23}. Em 2014, a incidência de intoxicações exógenas por agrotóxicos foi de 6,23 casos por 100 mil habitantes, e, no estado de Mato Grosso, foi de 6,51. No período de 2007 a 2015, houve um incremento de 139% dos casos notificados, totalizando 84.206 casos¹⁵.

Cabe ressaltar, por fim, os altos custos sociais e econômicos para o Estado brasileiro

decorrentes do desenvolvimento de câncer na vida dos trabalhadores, além do afastamento pela perda da capacidade de trabalho, por se tratar de uma doença de longo período de latência¹⁷.

Limitações

Uma limitação do estudo se deve ao delineamento transversal, ao avaliar fatores de exposição e desfecho simultaneamente, e a ausência de grupo de comparação, ou seja, de participantes sem câncer. A amostragem por conveniência também pode inferir em vies de seleção, todavia, a pesquisa foi realizada em hospital de referência para tratamento de câncer que recebe 70% dos pacientes de todo o estado do Mato Grosso.

Conclusões

Neste estudo, verificou-se maior frequência de autorrelato de intoxicação decorrente do trabalho, por intoxicação por agrotóxico agrícola, entre os pacientes do sexo masculino e com escolaridade menor que 4 anos de estudo. A dor de cabeça foi o sintoma de intoxicação decorrente do trabalho citado com maior frequência. Os produtos químicos relacionados à exposição mais frequentes foram agrotóxicos, amianto, metais pesados e poeira industrial entre os pacientes que referiram intoxicação decorrente do trabalho e ambiental por via respiratória.

Faz-se necessário analisar os processos de adoecimento por câncer decorrentes das exposições ocupacionais e ambientais aos agrotóxicos e outros contaminantes químicos como parte da complexidade da determinação social do processo saúde-doença, no qual os modos de produção e reprodução social produzem padrões de exposição, adoecimento, empobrecimento e de vulnerabilidade desiguais para as diferentes populações.

Nessa direção, aponta-se para a necessidade da intersectorialidade do setor saúde

para prevenção e combate à exposição por agrotóxicos no Brasil, que supõe a integração dos órgãos de fiscalização dos poderes executivo e judiciário, as vigilâncias em saúde, a atenção básica, média e de alta complexidade do Sistema Único de Saúde. Além disso, faz-se necessário integrar políticas de emprego e renda, educação universal para jovens e adultos e ações de educação em saúde a fim de minimizar a desinformação, o assédio financeiro e político dos grandes conglomerados agroexportadores e mineradores sobre as condições materiais de existência dos trabalhadores, que são submetidos aos riscos de adoecimento pela necessidade de trabalhar para se sustentar.

Agradecimentos

À equipe de trabalhadores do Hospital de Câncer de Mato Grosso e do Hospital Universitário Júlio Muller pela disponibilidade e auxílio durante a coleta de dados do prontuário, bem como aos pacientes do estudo e bolsistas do projeto. Agradecemos, também, pela parceria institucional entre o instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso e a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso.

Colaboradores

Soares MR (0000-0002-0417-2614)* 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. Rocon PC (0000-0003-2696-5786)*, Andrade ACS (0000-0002-3366-4423)*, Machado JMH (0000-0002-1176-1919)*, Galvão ND (0000-0002-8337-0669)*, Corrêa MLM (0000-0001-7812-0182)* e Pignati WA (0000-0001-9178-6843)* contribuíram igualmente para a elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas do câncer relacionado ao trabalho no Brasil: Análise regionalizada e subsídios para vigilância em Saúde do Trabalhador. 2021. [acesso em 2022 abr 9]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_cancer_relacionado_trabalho_brasil.pdf.
2. Lopes CVAA, Cavalcanti GS. Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 ago 16]; 42(117):518-534. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811714>.
3. 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 em 2023 ago 16]; 22(10):3281-3293. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17742017>
4. Azevedo e Silva G, Moura L, Curado MP, et al. The Fraction of Cancer Attributable to Ways of Life, Infections, Occupation, and Environmental Agents in Brazil in 2020. *PLoS ONE*. 2016; 11(2):e0148761.
5. Takala J. Eliminating occupational cancer in Europe and globally. 2017. [acesso em 2022 abr 5]. Disponível em: https://oshwiki.eu/wiki/Eliminating_occupational_cancer_in_Europe_and_globally.
6. Mato Grosso. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde – PES. 2016-2019. Relatório. Mato Grosso SES-MT: Cuiabá; 2017. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/nger/arquivos/685/plano-estadual-saude>.
7. Murphy HH, Hoan NP, Matteson P, et al. Farmers' self-surveillance of pesticide poisoning: a 12-month pilot in northern Vietnam. *Int J Occup Environ Health*. 2002 [acesso em 2022 abr 5]; 8(3):201-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1179/107735202800338894>.
8. Brasil. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. [acesso em 2022 set 10]. Disponível em: <https://empregabrasil.mte.gov.br/76/cbo/>.
9. Silva DO, Ferreira MJM, Silva SA, et al. Exposição aos agrotóxicos e intoxicações agudas em região de intensa produção agrícola em Mato Grosso, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2019 [acesso em 2022 abr 5]; 28(3):e2018456. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000300013>
10. Oesterlund AH, Thomsen JF, Sekimpi DK, et al. Pesticide knowledge, practice and attitude and how it affects the health of small-scale farmers in Uganda: a cross-sectional study. *Afr Health Sci*. 2014 [acesso em 2022 abr 5]; 14(2):420-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v14i2.19>.
11. Silva AMC, Soares MR, Silva NA, et al. Environmental and occupational exposure among cancer patients in Mato Grosso, Brazil. *Rev. bras. epidemiol*. 2022 [acesso em 2022 abr 5]; 25(supl1):e220018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720220018.supl.1>.
12. De-Assis MP, Barcella RC, Padilha JC, et al. Health problems in agricultural workers occupationally exposed to pesticides. *Rev Bras Med Trab*. 2021 [acesso em 2022 abr 5]; 18(3):352-363. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2020-532>.
13. Bortolloto CC, Hirschmann R, Martins-Silva T, et al. Exposição a agrotóxicos: estudo de base populacional em zona rural do sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2020 [acesso em 2022 abr 5]; (23):e200027. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200027>.
14. Nasrala Neto E, Lacaz FAC, Pignati WA. Health surveillance and agribusiness: the impact of pesticides on health and the environment. *Danger ahead! Ciênc. saúde coletiva*. 2014 [acesso em 2022 abr 5]; 19(12):4709-4718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.03172013>.
15. Pignati WA, Soares MR, Lara SS, et al. Exposição aos agrotóxicos, condições de saúde autorreferidas e Vigilância Popular em Saúde de municípios mato-grossenses. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2022

- abr 5]; 46(esp2):45-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E20345>.
16. Bombardi LM. Agrotóxicos e agronegócio: arcaico e moderno se fundem no campo brasileiro. Direitos humanos no Brasil 2012: relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Tradução. São Paulo: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos; 2012.
17. Pessoa VM, Rigotto RM. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. Rev. bras. saúde ocupac. 2012 [acesso em 2022 abr 5]; 37(125):65-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000100010>.
18. Lara SS, Pignati WA, Pignatti MG. A agricultura do agronegócio e sua relação com a intoxicação aguda por agrotóxicos no Brasil. Hygeia – Rev. bras. geo. méd. saúde. 2019 [acesso em 2022 abr 5]; 15(32):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153246822>.
19. Moura LTR, Bedor CNG, Lopez RVM, et al. Exposição ocupacional a agrotóxicos organofosforados e neoplasias hematológicas: uma revisão sistemática. Rev. bras. epidemiol. 2020; (23):e200022.
20. Nogueira FAM, Szwarcwald CL, Damacena GN. Exposição a agrotóxicos e agravos à saúde em trabalhadores agrícolas: o que revela a literatura? Rev. bras. saúde ocup. 2020; (45):e36.
21. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Agrotóxicos na ótica do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
23. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ambiente, trabalho e câncer: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios. Rio de Janeiro: INCA; 2021. [acesso em 2022 abr 10]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//ambiente_trabalho_e_cancer_-_aspectos_epidemiologicos_toxicologicos_e_regulatorios.pdf.

Recebido em 24/01/2023

Aprovado em 13/07/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério Público do Trabalho (MPT) 23ª Região, através do termo de Cooperação técnica nº 08/2019

Exposição ocupacional ao Sars-CoV-2: investigação das condições de saúde/segurança dos trabalhadores essenciais para subsidiar ações de mitigação de risco da Covid-19

Occupational exposure to SARS-CoV-2: investigation of the health/safety conditions of essential workers to support COVID-19 risk mitigation actions

Maria Juliana Moura-Corrêa¹, Augusto Souza Campos², Isabele Campos Costa Amaral^{3,4,5}, Ana Luiza Michel Cavalcante⁴, Ivair Nóbrega Luques⁶, Liliane Reis Teixeira³, Rita de Cássia Oliveira da Costa Mattos³

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
costa.isabele@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz Brasília) - Brasília (DF), Brasil.

³Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) - Brasília (DF), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Coordenação de Comunicação Institucional (CCI) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

DOI: 10.1590/0103-1104202313903

RESUMO Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a Covid-19 como emergência de saúde pública no mundo. Diante da ausência de medidas farmacológicas, a única prevenção adotada foi o distanciamento físico. Porém, trabalhadores essenciais ficaram submetidos às políticas de gestão de saúde e segurança das empresas. O objetivo deste artigo é investigar as condições de saúde e segurança dos trabalhadores expostos ao Sars-CoV-2, por meio da aplicação de ferramentas de inovação tecnológica, para dar suporte e subsidiar ações de mitigação de risco da doença. Trata-se de estudo transversal, conduzido na plataforma REDCap, por instrumento autoaplicável de comunicação de risco de trabalhadores em atividade presencial e remota, no Brasil. Participaram 2.476 trabalhadores, dos quais, 723 foram aceitos por análise de consistência das respostas. A idade média foi de 43,5 anos, sexo feminino (53,3%), cor branca (62%), carga de 21-40 horas semanais (60%) e Covid-19 em 27,4% da amostra. A maioria (75,2%) considerou que a transmissão ocorreu no trabalho e que medidas de proteção coletiva foram insuficientes. Os achados apontam deficiências nos planos de contingência das empresas, que repercutem em insegurança e risco de exposição ao Sars-CoV-2, reduzindo a eficácia das medidas sanitárias e transformando o trabalho em locus de disseminação do vírus.

PALAVRAS-CHAVE Exposição ocupacional. Sars-CoV-2. Saúde ocupacional. Tecnologia da informação.

ABSTRACT In January 2020, the World Health Organization declared COVID-19 a public health emergency worldwide. Given the absence of pharmacological measures, the only prevention adopted was physical distancing. However, essential workers were subject to the health and safety management policies of companies. The aim of this article is to investigate the health and safety conditions of workers exposed to SARS-CoV-2, using the application of technological innovation tools, to support and subsidize disease risk mitigation actions. This is a cross-sectional study, conducted in the Redcap platform, by a self-administered instrument of risk communication of workers in face-to-face and remote activities, in Brazil. A total of 2,476 workers took part, 723 of whom were accepted by analysis of consistency of responses. The average age was 43.5 years, female (53.3%), white (62%), working 21-40 hours a week (60%) and Covid-19 in 27.4% of the sample. Most (75.2%) considered that the transmission occurred at work and the collective protection measures were insufficient. The findings point to deficiencies in the contingency plans of the companies, which have repercussions on the insecurity and risk of exposure to SARS-CoV-2, reducing the effectiveness of sanitary measures and transforming the work into locus of dissemination of the virus.

KEYWORDS Occupational exposure. SARS-CoV-2. Occupational health. Information technology.



Introdução

Desde o surgimento do novo coronavírus (2019-nCoV)¹, na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, a infecção se disseminou mundialmente devido à velocidade de transmissão, impondo enormes desafios à ciência, à vida em comunidade, ao modo de produção e trabalho, e à pesquisa em saúde.

Em 30/01/2020, o surto de 2019-nCov foi declarado Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)² e classificado como pandemia³ pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11/03/2020. No Brasil, em 03/02/2020, foi considerado Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)⁴.

Nesse período, as principais medidas adotadas foram distanciamento físico e atenção hospitalar, em detrimento do controle da circulação do vírus no território e nos conglomerados produtivos. No Brasil, Giovanella et al.⁵ concluíram que a fragilidade da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da pandemia foi decorrente do desmantelamento da Estratégia Saúde da Família, iniciado em 2017, com desincentivos da abordagem territorial pela nova forma de financiamento, redução na equipe dos agentes comunitários e dos médicos contratados pelo Programa Mais Médicos, flexibilização da carga horária, extinção da prioridade e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Dessa forma, trabalhadores de atividades essenciais⁶ se mantiveram em contínua exposição nos ambientes de trabalho. Para Baker⁷, pela magnitude da força de trabalho nos países, eles seriam o *locus-chave* para mitigar a transmissão do Sars-CoV-2 e propor estratégias de intervenções em saúde pública, devido ao elevado risco de exposição e circulação do vírus, que os transforma em foco da disseminação para as comunidades com as quais interagem.

Iniciativas para compreender a gravidade pandêmica intensificaram a aplicação em

massa de recursos da ciência da informação e tecnologia no enfrentamento da pandemia e na elaboração de políticas públicas, instalando um novo processo de trabalho, sem precedentes na história. Diversos projetos implementaram novos conhecimentos globais na saúde, por meio de Inteligência Artificial (IA)⁸, para fins de diagnóstico e tratamento, objetivando construir modelos preditivos sobre a dinâmica da transmissão de Covid-19⁹, modelos matemáticos¹⁰, mineração de texto, processamento de linguagem natural, pesquisas¹¹ e arquitetura de redes¹².

No Brasil, foi instituída a Rede de Informações e Comunicação sobre a Exposição de Trabalhadores e Trabalhadoras ao Sars-CoV-2 (Rede Trabalhadores & Covid-19), em 30/06/2020¹³, estruturada por meio de soluções digitais de informação e comunicação com o propósito de disseminar evidências científicas a partir da mineração de textos, estudos, notas técnicas e pareceres para informar grupos ocupacionais. Entre as etapas, foram realizadas revisões de diversos protocolos, manuais e diretrizes dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC)¹⁴ e da agência dos Estados Unidos Occupational Safety and Health Administration (OSHA/EUA)¹⁵, para subsidiar os planos de contingências.

Nesse período, a infecção por Sars-CoV-2 já havia se espalhado por sete continentes e diversos países, com taxas crescentes de casos e óbitos, com enormes disparidades entre os continentes. As infecções diárias globais foram estimadas com flutuação entre 3 milhões e 17 milhões de novas infecções por dia entre abril de 2020 e outubro de 2021, com mais de 40% da população global infectada pelo menos uma vez até 14 de novembro de 2021¹⁶. E as taxas acumuladas de mortes atribuíveis à Covid-19, em 14 de novembro de 2021, foram quase três vezes maiores, com 15,1 milhões (95% UI 11,2–20,2), uma taxa de 195 mortes por 100.000 pessoas (145–262). Nesse ranking, o Brasil estava entre os países com taxas de mortalidade acima de 450 por 100.000, juntamente com México, Itália e EUA¹⁷.

Diante da velocidade da transmissão do coronavírus, foram necessárias respostas rápidas para conter a pandemia em um cenário de ausência de vacina e medicamentos, em que a única medida sanitária era o distanciamento físico. A situação foi agravada, também, pela dimensão dessa pandemia e seus efeitos sinérgicos em diversas áreas, sendo denominada *sindemia*¹⁸, termo cunhado por Singer¹⁹, na pandemia de HIV/Aids, na década de 1990. Portanto, para frear a velocidade da transmissibilidade, além das medidas sanitárias, também era importante adotar um sistema capaz de oferecer atenção à saúde adequada e oportuna²⁰.

Essas características e a magnitude da propagação do Sars-CoV-2 exigiram iniciativas de circulação imediata de informações sobre o vírus e medidas de mitigação de riscos nos ambientes de trabalho, para instituir ações de prevenção, com uso intensivo de IA, questão central da instituição da Rede Trabalhadores & Covid-19¹³.

Muitos trabalhadores foram mantidos em trabalho remoto, mas uma parcela considerável continuou presencialmente. Esses trabalhadores, designados como essenciais, foram impedidos de praticar o distanciamento físico – única medida de mitigação da transmissão do coronavírus, aliada às práticas de higiene, instituídas no primeiro ano de pandemia.

No Brasil, diversas normas técnicas e recomendações foram elaboradas pelas instituições responsáveis pela saúde e pela segurança²¹, abrangendo os trabalhadores em geral, sem as especificidades e riscos diferenciados por processo produtivo. Entretanto, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde elaboraram recomendações específicas²²⁻²⁴ direcionadas aos trabalhadores da saúde. Trabalhadores de outros ramos de atividade econômica não tiveram as mesmas orientações, sendo alvos de vigilância nos ambientes de trabalho, quando ocorreram surtos de Covid-19.

Para o segundo ano de pandemia, a inovação tecnológica e a agilidade na produção de vacina trouxeram novas perspectivas que

contribuíram para minimizar os drásticos efeitos da doença, aumentando a imunidade coletiva, embora novas variantes do Sars-CoV-2 continuem a ameaçar e desafiar o cenário global. Como os trabalhadores não foram incluídos inicialmente entre os grupos de risco, os períodos subsequentes da pandemia revelaram importantes surtos em alguns ramos produtivos, especialmente entre petroleiros embarcados e os trabalhadores de frigoríficos, cujos riscos levaram à interdição de 8 empresas de alimentação no País, em maio de 2020, por parte do Ministério Público do Trabalho²⁵.

De Negri et al.²⁶ estimaram excesso de morte por Covid-19 em trabalhadores, indicando que estes estavam mais expostos à infecção e ao desfecho negativo da doença. Entre os trabalhadores do mercado formal, os homens possuíam 135% a mais de chances de morrer do que as mulheres. E quem trabalhava na região metropolitana se mostrou mais suscetível, com 141% a mais de probabilidade de óbito. Os trabalhadores das áreas da saúde e da segurança apresentaram, respectivamente, chances de morrer 2,46 e 2,25 vezes superiores às dos ocupados em outras atividades. Trabalhadores do comércio, da imprensa e dos serviços essenciais tiveram, respectivamente, 30%, 49% e 38% mais chances de óbito quando comparados à população geral. Outro estudo²⁷, com trabalhadores do ramo produtivo de petróleo e gás, estimou a incidência de contágio do coronavírus entre os petroleiros como sendo duas vezes maior que a registrada para a população em geral.

A abordagem das doenças infecciosas na maioria dos ambientes de trabalho é ainda incipiente no campo da saúde do trabalhador, enquanto área de risco de atenção em saúde pública e ocupacional, bem como das diretrizes do gerenciamento de riscos biológicos, exceto para os trabalhadores da saúde, para quem esse é um dos principais riscos monitorados. Entretanto, existem evidências suficientes sobre a centralidade do trabalho e da mobilização social no controle das vias de transmissão

das doenças infecciosas entre trabalhadores, familiares e comunidade²⁸.

O presente estudo, à luz dos princípios da epidemiologia e da tecnologia da informação, tem o objetivo de investigar as condições de saúde e segurança dos trabalhadores expostos ao Sars-CoV-2, por meio da aplicação de ferramentas de inovação tecnológica, para dar suporte e subsidiar ações de mitigação de riscos da Covid-19. E, conseqüentemente, avaliar as medidas de proteção à saúde dos trabalhadores, para auxiliar na mitigação da transmissão do coronavírus nos planos de contingências. Para isso, buscou-se explorar atitudes, práticas e mudanças organizacionais realizadas durante a pandemia de Covid-19.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, conduzida em plataforma on-line, de 01 de dezembro de 2020 a março de 2021 (fase 1), e de abril de 2021 a maio de 2022 (fase 2), direcionada a trabalhadores no Brasil.

Amostra de estudo

A população-alvo do estudo foram trabalhadores essenciais listados no Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, para registro e memória da história laboral durante a pandemia⁴.

Trabalhadores com 18 anos ou mais, em regime de período integral ou parcial, empregados formal ou informalmente, presencial ou remotamente, foram considerados elegíveis. Para os respondentes ingressarem no estudo, o critério básico para acesso foi ter equipamento eletrônico (*notebook*, computador, celular) e internet para preenchimento do questionário.

Seleção da população

A coleta de dados foi desenvolvida para abranger trabalhadores de diversos ramos de atividade econômica e ocupações. O acesso da população-alvo ao formulário, hospedado na

plataforma Research Electronic Data Capture (REDCap), ocorreu por meio de *link* público da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast on-line), por *e-mail* e redes sociais.

Procedimentos autodeclarados para respondentes do questionário on-line

O preenchimento do Questionário Eletrônico em Saúde do Trabalhador (QREST) on-line iniciava com o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A participação foi voluntária, e os respondentes tiveram o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Dados armazenados na plataforma REDCap foram protegidos pelos perfis com senha.

Instrumento de coleta de dados - QREST on-line

O instrumento QREST foi desenvolvido e disponibilizado para plataforma web. Ele foi estruturado em eixos temáticos e é decorrente de pesquisa exploratória e leitura prévia de documentos científicos²⁹. Também foram consultados outros questionários sobre Covid-19, saúde e segurança no trabalho³⁰⁻³². Para o eixo de ambiente e processo de trabalho, utilizaram-se os roteiros de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo³³ e da Bahia³⁴ e diretrizes da OMS³⁵. Em cada bloco de temas, foram elaboradas perguntas norteadoras estruturadas para investigar as condições de saúde e ambiente.

O QREST para trabalho presencial foi organizado em 11 divisões temáticas: 1. dados do empregador; 2. dados do trabalhador; 3. saúde; 4. avaliação de risco; 5. medidas de prevenção; 6. capacitação; 7. medidas administrativas; 8. equipamento de proteção individual; 9. transporte; 10. percepção de Risco; e 11. participação, controle social e informação.

E o de trabalho remoto continha 8 questões norteadoras: 1. tipo de trabalho remoto; 2. organização do trabalho; 3. carga de trabalho; 4. regulação; 5. produção e produtividade; 6. meios de trabalho; 7. percepção de risco; e 8. saúde e relações interpessoais.

O conteúdo de cada pergunta foi elaborado levando-se em consideração o objetivo, a utilidade, a existência de ambiguidade, possível viés e a possibilidade de constrangimento por parte do respondente. Optou-se por perguntas fechadas, maioria de múltipla escolha, em alguns casos, acompanhadas de questão aberta. As respostas, em sua maioria, foram variáveis dicotômicas. Perguntas abertas foram utilizadas somente na identificação do trabalhador e do estabelecimento. Utilizou-se escala do tipo Likert, com cinco pontos por frequência sobre a percepção de risco dos trabalhadores com relação aos ambientes e contatos com colegas e clientes: [nunca]; [raramente]; [às vezes]; [frequentemente]; [sempre]. Respostas categóricas com gradiente de qualificação foram adotadas para medidas ambientais coletivas: [Sim, aceitável]; [Sim, mas insuficiente]; [Não]; [Não se aplica]; [Não sei]. Para política por local de trabalho, utilizou-se escala categórica de respostas descritiva em três pontos: [nada]; [alguma extensão]; e [boa o suficiente]. Sobre carga de trabalho, adotou-se graduação de risco: [aumentou muito]; [aumentou um pouco]; [não se alterou]; [diminui um pouco]; [diminui muito].

Em ambos os grupos de trabalhadores, nas modalidades de trabalho presencial e remota, a amostra foi não probabilística, do tipo por conveniência, devido à facilidade de acesso.

Os dados foram coletados e gerenciados usando a ferramenta REDCap, hospedadas na Ensp/Fiocruz^{36,37}. REDCap é uma plataforma de *software* segura, baseada na web, projetada para suportar a captura de dados para estudos de pesquisa, fornecendo: 1) interface intuitiva para captura de dados validados; 2) trilhas de auditoria para rastreamento de manipulação de dados e procedimentos de exportação; 3) procedimentos de exportação

automatizados para *downloads* contínuos de dados para pacotes estatísticos comuns; e 4) procedimentos para integração de dados e interoperabilidade com fontes externas.

Análise de dados

Definida a amostra, as respostas válidas para cada pergunta e os cruzamentos com modalidade de trabalho e diagnóstico de Covid-19 foram avaliados pelo teste Qui-Quadrado, com auxílio dos resíduos padronizados ajustados por idade; e, para o número de pessoas no domicílio, foi aplicado o teste t de Student. As análises foram realizadas no software SPSS versão 25. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz por meio da Plataforma Brasil, e aprovado sob parecer 4.785.660 e CAAE nº 31197820.0.00005240.

Resultados

Os resultados são oriundos da comunicação de risco instituída pela Rede Trabalhadores& Covid-19, a partir das etapas de análises de construção e qualificação do QREST, bem como da análise exploratória dos dados, de predição e os seus descritivos.

Análise para qualificação do questionário

A análise de concordância semântica e de conteúdo do QREST foi realizada por especialistas na área de saúde do trabalhador, em conjunto com trabalhadores da base sindical. A leitura completa das questões e respostas esperadas foi sistematicamente revisada por essa equipe, constituindo etapas de testagem, aplicação e detecção de impressões discordantes/consensos para solução de problemas e acordos que orientaram os procedimentos de ajustes e melhorias do instrumento. Após essa etapa de desenvolvimento, o QREST para trabalhadores

com atividade presencial foi submetido à etapa de pré-teste com 10 integrantes da equipe do Projeto Rede Trabalhadores & Covid-19 e 15 dirigentes sindicais que compõem o núcleo focal do projeto no estado do Rio Grande do Sul.

Para o desenvolvimento das questões para trabalhadores em atividade remota, foram realizadas duas etapas de qualificação do QREST: 1. encontro entre 5 especialistas da Rede Trabalhadores & Covid-19 e 4 assessores do Sindicato da Justiça Federal no Rio Grande do Sul (Sintrajufe RS); 2. grupo focal com trabalhadores da base do Sintrajufe RS, por meio de 3 encontros com 50 participantes. Após essa etapa, o QREST – remoto – passou por fases de ajustes para atender trabalhadores de outros ramos.

Análise exploratória dos dados

A etapa inicial da análise de dados coletados do questionário eletrônico consistiu na verificação da representatividade das variáveis quanto à sua frequência e qualidade. Para isso, foram examinadas a consistência e integridade das respostas.

Do total de 2.476 respondentes, obtiveram-se 572 questionários qualificáveis para análise da fase 1, de um total de 2.002 registros, entre 11/2020 e 03/2021, e 151 registros qualificáveis da fase 2, de um total de 474 acessos, de 22/04/2021 a 02/05/2022. Consideraram-se como válidos apenas os que tinham TCLE aceito e aqueles questionários que continham mais informações. Eventualmente, as perguntas não respondidas e respondidas em outro formulário ou em formulários duplicados foram imputadas. Para casos com mais de dois registros, optou-se pelas respostas mais frequentes. E, naqueles registros que tinham datas distantes, optou-se pelo primeiro registro, e não foram imputadas respostas que poderiam estar no(s) outro(s) registro(s) devido à diferença de tempo. Optou-se por considerar

apenas um registro por trabalhador, já que as unidades amostrais devem ser independentes.

Por fim, foram excluídos os registros que não tinham informação de duas variáveis definidas como principais: modalidade de trabalho (Remoto/Presencial) e diagnóstico de Covid-19 (Confirmação ou Negativa laboratorial/ Confirmação ou Negativa clínica/Suspeita/Sem suspeita, teste ou avaliação).

Análise descritiva

Com a introdução do questionário digital, foi possível estabelecer contato com 2.561 trabalhadores que acessaram o questionário on-line. Aproximadamente, mais de mil trabalhadores responderam às questões alternadamente, dos quais, 723 obtiveram boa consistência das respostas aprovadas para fins de análises, referentes às 164 questões do questionário. As Unidades Federativas brasileiras que tiveram adesão e participação dos trabalhadores no questionário on-line foram: São Paulo (n=228; 33,2%), Rio de Janeiro (n=205; 29,8%), Rio Grande do Sul (n=128; 18,6%) e outras (n=126; 18,3%).

As características sociodemográficas e laborais são apresentadas na *tabela 1*. A idade não foi informada em 45 sujeitos (11 da fase 1, e 56 da fase 2), tendo, em média, 43,5 anos (DP=10). Pouco mais da metade da amostra era do sexo feminino (53,3%) e casado ou em união estável (59,3%). Aproximadamente, 62% eram da cor branca, 60% tinham carga horária semanal de 21-40h, e 72% estavam na modalidade presencial de trabalho. A escolaridade e a renda são referentes à fase 2, em que 3 em cada 4 sujeitos possuíam 3º grau completo; 39% tinham renda de 2 a 4 salários; e 35,6% de 4 a 10 salários. Além disso, trabalhadores com modalidade de trabalho remoto apresentaram maior carga horária semanal de trabalho, quando comparados aos trabalhadores com modalidade de trabalho presencial.

Tabela1. Características sociodemográficas e laborais em trabalhadores expostos ao Sars-CoV-2 no trabalho. Brasil, 2021 a 2022

Características	Modalidade de Trabalho						p-valor	
	Presencial (n=523)		Remoto (n=200)		Total (n=723)			
	n	%	n	%	n	%		
Idade, média DP	42,2	9,5	46,6	10,3	43,5	10,0	<0,001	
Gênero	Feminino	252	49,6	132	66,3	384	54,3	<0,001
	Masculino	256	50,4	67	33,7	323	45,7	
	Ignorado	15		1		16		
Raça	Branca	310	61,0	126	64,9	436	62,1	0,767
	Preta	52	10,2	17	8,8	69	9,8	
	Parda	138	27,2	49	25,3	187	26,6	
	Amarela	8	1,6	2	1,0	10	1,4	
	Ignorado	15		6		21		
Estado civil	Solteiro	164	32,0	55	28,1	219	30,9	0,024
	Casado	242	47,3	78	39,8	320	45,2	
	Viúvo	1	0,2	0	0,0	1	0,1	
	Separado/divorciado	41	8,0	27	13,8	68	9,6	
	União estável	64	12,5	36	18,4	100	14,1	
	Ignorado	11		4		15		
*Escolaridade	Até 2º grau incompleto	1	1,0	0	0,0	1	0,7	0,344
	2º grau completo	14	13,5	3	7,3	17	11,7	
	3º grau incompleto	15	14,4	3	7,3	18	12,4	
	3º grau completo	74	71,2	35	85,4	109	75,2	
	Ignorado	5		1		6		
*Renda Familiar	Até 2 SM	11	10,6	2	4,8	13	8,9	0,072
	De 2 a 4 SM	43	41,3	14	33,3	57	39,0	
	De 4 a 10 SM	38	36,5	14	33,3	52	35,6	
	De 10 a 20 SM	12	11,5	12	28,6	24	16,4	
	Ignorado	5		0		5		
Carga horária semanal	Até 20h	19	3,7	10	5,1	29	4,1	<0,001
	21 a 40h	279	54,0	152	77,2	431	60,4	
	41 a 60h	219	42,4	35	17,8	254	35,6	
	Ignorado	6		3		9		

Fonte: elaboração própria.

*Avaliado somente na Fase 2 (sistema aberto de abril de 2021 a maio de 2022).

O diagnóstico positivo de Covid-19 foi observado em 198 sujeitos (27,4% da amostra: 26,6% laboratorial e 0,8% clínica). Dos casos confirmados, 62,4% foram diagnosticados no serviço de saúde, e a empresa orientou isolamento domiciliar por 14 dias para 71,2%,

encaminhou para a unidade de saúde do SUS em 14,6% dos casos, e em 14,1% dos casos a empresa não realizou nenhuma orientação. O contato com algum caso confirmado no trabalho foi observado em 59,4% da amostra (tabela 2).

Tabela 2. Número e proporção de rastreio do diagnóstico de Covid-19 e orientações da empresa para os casos confirmados. Brasil, 2020 a 2022

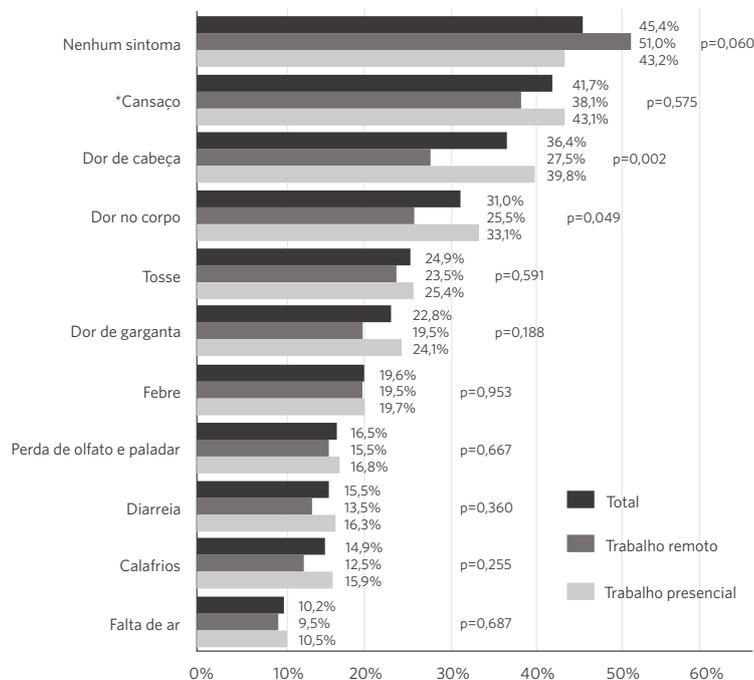
		Trabalho Presencial (n=523)		Trabalho Remoto (n=200)		Total (n=723)		p-valor
		n	%	n	%	n	%	
Casos de Covid-19								
Diagnóstico	Confirmado (laboratório ou clínico)	153	29,3	45	22,5	198	27,4	0,068
	Não confirmado (Suspeito/ Negativo/ Sem suspeita)	370	70,7	155	77,5	525	72,6	
Orientação da empresa para casos confirmados								
	Orientou isolamento domiciliar por 14 dias	112	73,2	29	64,4	141	71,2	0,254
	Encaminhou para unidade de saúde do SUS	25	16,3	4	8,9	29	14,6	0,214
	Encaminhou para unidade de saúde privada	12	7,8	7	15,6	19	9,6	0,149
	Encaminhou para atendimento de saúde da empresa	9	5,9	5	11,1	14	7,1	0,317
	Encaminhou para hospitalização	4	2,6	1	2,2	5	2,5	1,000
	Outra medida	10	6,5	3	6,7	13	6,6	1,000
	Nenhuma orientação	20	13,1	8	17,8	28	14,1	0,426

Fonte: elaboração própria.

Quanto aos sinais e sintomas apresentados no gráfico 1, 45,4% dos trabalhadores foram assintomáticos. Cansaço, dor de cabeça e dor no corpo foram os três sintomas mais prevalentes (41,7%, 36,4% e 31,0%, respectivamente), sendo que cansaço foi avaliado apenas na fase 2. A

proporção de casos com dor de cabeça e dor no corpo foi significativamente maior entre os trabalhadores presenciais (39,8% e 33,1% contra 27,5% e 25,5% nos remotos, $p=0,002$ e $p=0,049$, respectivamente).

Gráfico 1. Distribuições dos sinais e sintomas da Covid-19 por modalidade de trabalho. Brasil, 2021-2022



Fonte: elaboração própria.

*Sintoma avaliado somente na Fase 2 (sistema aberto de abril de 2021 a maio de 2022).

A *tabela 3* apresenta a percepção dos trabalhadores sobre os riscos de proximidade e contato físico no trabalho presencial, sendo que o contato físico não foi avaliado na fase 2. A ocorrência de proximidade física e contato físico com colegas, visitantes, clientes ou

contratados frequentemente/sempre foi observada na grande maioria da amostra, 75,2% e 70%, respectivamente. Essas proximidades não foram percebidas em 38,6% e 42,8% dos trabalhadores, respectivamente.

Tabela 3. Percepção de risco por frequência de proximidade e contato físico em trabalhadores em atividade presencial. Brasil, 2020 a 2022

Frequência de ocorrência das situações no trabalho		Fase 1 (n=407)		Fase 2 (n=104)		Total (n=511)	
		%	n	%	n	%	n
Proximidade física com colegas, visitantes, clientes ou contratados	Nunca/raramente	40	10,2	14	14,0	54	11,0
	Às vezes	48	12,2	20	20,0	68	13,8
	Frequentemente/ Sempre	304	77,6	66	66,0	370	75,2
	Não sabe/Ignorado	15		4		19	

Tabela 3. Percepção de risco por frequência de proximidade e contato físico em trabalhadores em atividade presencial. Brasil, 2020 a 2022

Frequência de ocorrência das situações no trabalho		Fase 1 (n=407)		Fase 2 (n=104)		Total (n=511)	
		%	n	%	n	%	n
Proximidade física de casos suspeitos	Nunca/raramente	141	36,6	46	46,0	187	38,6
	Às vezes	114	29,6	22	22,0	136	28,0
	Frequentemente/ Sempre	130	33,8	32	32,0	162	33,4
	Não sabe/Ignorado	22		4		26	
Proximidade de casos confirmados	Nunca/raramente	209	54,4	57	58,2	266	55,2
	Às vezes	85	22,1	19	19,4	104	21,6
	Frequentemente/ Sempre	90	23,4	22	22,4	112	23,2
	Não sabe/Ignorado	23		6		29	
Contato físico com colegas, visitantes, clientes ou contratados	Nunca/raramente	65	16,7		NA	65	16,7
	Às vezes	52	13,3		52	52	13,3
	Frequentemente/ Sempre	273	70,0		273	273	70,0
	Não sabe/Ignorado	17			17	17	
Contato físico com casos suspeitos	Nunca/raramente	166	42,8		NA	166	42,8
	Às vezes	111	28,6		111	111	28,6
	Frequentemente/ Sempre	111	28,6		111	111	28,6
	Não sabe/Ignorado	19				19	
Contato físico com casos confirmados	Nunca/raramente	241	62,8		NA	241	62,8
	Às vezes	73	19,0		73	73	19,0
	Frequentemente/ Sempre	70	18,2		70	70	18,2
	Não sabe/Ignorado	23			23	23	

Fonte: elaboração própria.

NA: Não Avaliado na respectiva fase.

Entre as medidas de proteção coletivas que poderiam ser adotadas pela empresa, a que teve mais de 50% de adoção de forma aceitável foi a oferta de água para consumo no ambiente de trabalho, sem compartilhamento

de bebedouros e copos. Já o fornecimento e a higienização de uniformes pela empresa, descontaminação e descarte de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) não foram adotados por 49,1% e 45%, respectivamente (*tabela 4*).

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Tabela 4. Distribuição proporcional de medidas de proteção coletiva adotadas nos ambientes de trabalho por gradiente de qualificação. Brasil, 2020 a 2022

Medidas de Proteção Coletiva		Fase 1 (n=407)		Fase 2 (n=104)		Total (n=511)	
		n	%	n	%	n	%
Uso de ventilação natural.	Não	90	26,5	15	18,3	105	24,9
	Sim, mas insuficiente	137	40,3	28	34,1	165	39,1
	Sim, de forma aceitável	113	33,2	39	47,6	152	36
	Ignorado	67		22		89	
Manutenção do sistema de ar-condicionado.	Não	97	31,5	28	36,8	125	32,6
	Sim, mas insuficiente	88	28,6	17	22,4	105	27,3
	Sim, de forma aceitável	123	39,9	31	40,8	154	40,1
	Ignorado	99		28		127	
Distanciamento social de 2 metros ou mais entre trabalhadores e entre trabalhadores e clientes.	Não	143	40,9	27	31	170	38,9
	Sim, mas insuficiente	121	34,6	35	40,2	156	35,7
	Sim, de forma aceitável	86	24,6	25	28,7	111	25,4
	Ignorado	57		17		74	
Instalação de barreiras mecânicas e sinalização para distanciamento de 2 metros ou mais entre trabalhadores e entre trabalhadores e clientes.	Não	139	40,2	38	47,5	177	41,5
	Sim, mas insuficiente	123	35,5	26	32,5	149	35
	Sim, de forma aceitável	84	24,3	16	20	100	23,5
	Ignorado	61		24		85	
Redução e/ou circulação de clientes e trabalhadores nas áreas comuns dos estabelecimentos.	Não	110	31,3	22	25	132	30
	Sim, mas insuficiente	135	38,4	38	43,2	173	39,3
	Sim, de forma aceitável	107	30,4	28	31,8	135	30,7
	Ignorado	55		16		71	
Refeitórios adaptados para garantir distanciamento e higiene dos utensílios e alimentos.	Não	123	39,5	42	54,5	165	42,5
	Sim, mas insuficiente	86	27,7	16	20,8	102	26,3
	Sim, de forma aceitável	102	32,8	19	24,7	121	31,2
	Ignorado	96		27		123	
Oferta de água para consumo no ambiente de trabalho sem compartilhamento de bebedouros e copos.	Não	120	33,8	30	35,3	150	34,1
	Sim, mas insuficiente	52	14,6	11	12,9	63	14,3
	Sim, de forma aceitável	183	51,5	44	51,8	227	51,6
	Ignorado	52		19		71	
Maior disponibilização de locais para lavar as mãos (pias com água e sabão).	Não	136	37,9	33	38,4	169	38
	Sim, mas insuficiente	58	16,2	11	12,8	69	15,5
	Sim, de forma aceitável	165	46	42	48,8	207	46,5
	Ignorado	48		18		66	
Higienização do posto de trabalho (equipamentos, bancadas, mesas etc.) a cada troca de trabalhador.	Não	102	28,7	27	31	129	29,2
	Sim, mas insuficiente	112	31,5	23	26,4	135	30,5
	Sim, de forma aceitável	141	39,7	37	42,5	178	40,3
	Ignorado	52		17		69	
Locais para troca de roupa antes e depois do expediente.	Não	89	27,9	22	32,8	111	28,8
	Sim, mas insuficiente	95	29,8	14	20,9	109	28,2
	Sim, de forma aceitável	135	42,3	31	46,3	166	43
	Ignorado	88		37		125	

Tabela 4. Distribuição proporcional de medidas de proteção coletiva adotadas nos ambientes de trabalho por gradiente de qualificação. Brasil, 2020 a 2022

Medidas de Proteção Coletiva		Fase 1 (n=407)		Fase 2 (n=104)		Total (n=511)	
		n	%	n	%	n	%
Fornecimento e higienização de uniformes pela empresa.	Não	145	46,5	40	61,5	185	49,1
	Sim, mas insuficiente	48	15,4	4	6,2	52	13,8
	Sim, de forma aceitável	119	38,1	21	32,3	140	37,1
	Ignorado	95		39		134	
Higienização, descontaminação e descarte de Equipamento de Proteção Individual (EPI).	Não	140	44,9	35	45,5	175	45
	Sim, mas insuficiente	49	15,7	10	13	59	15,2
	Sim, de forma aceitável	123	39,4	32	41,6	155	39,8
	Ignorado	95		27		122	

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Em 2020, pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (PNAD Covid-19) estimou a população brasileira em 211.755.692 habitantes, com uma força de trabalho de 83,7 milhões de população economicamente ativa e ocupada. Desses, entre 13 e 27% dos ocupados estavam em trabalho remoto, de 31 de maio a 6 junho de 2020³⁸, o que demonstra a expressiva participação dos trabalhadores em atividade presencial na circulação do vírus e da cadeia de transmissibilidade.

O perfil da população respondente apresentou como características predominantes: sexo feminino; elevado nível educacional dos trabalhadores da saúde e das instituições de ensino; e maior carga horária semanal de trabalho de trabalhadores em modalidade remota, que atenderam ao chamado de participação na pesquisa.

Com base nos dados do QREST, foi possível evidenciar a baixa realização de testagem nos trabalhadores, bem como os encaminhamentos aos serviços de saúde. E surpreende a ausência de orientações autorreferidas, num período em que a agilidade no acesso a informações foi essencial na proteção coletiva.

Diferenças da comunicação de risco entre os trabalhadores foram evidenciadas pela maior

positividade do vírus naqueles que estavam em atividade presencial em relação aos que estavam em atividade remota, o que sugere que aqueles que trabalharam no domicílio seguiram produzindo doentes, sem utilizar o direito de afastar-se para tratamento de saúde.

A percepção dos trabalhadores sobre as insuficientes medidas sanitárias coletivas instituídas nos ambientes de trabalho, especialmente daqueles que permaneceram em atividade presencial, aumentou a insegurança e o potencial risco de contágio pelo Sars-CoV-2 entre os grupos de trabalho e os seus familiares. Certamente, também aumentou a carga de desgaste e sofrimento mental dos trabalhadores diante de um risco letal e grave. Assim, como alerta para insuficiência da política de gerenciamento por local de trabalho e políticas governamentais com relação aos ambientes de trabalho, com medidas de acessibilidades aos locais de trabalho, distanciamento interpessoal, fornecimento de EPI, como, por exemplo, máscaras e barreiras sanitárias, que foram determinantes para o aumento da infecção nos grupos ocupacionais. Essa percepção dos trabalhadores é confirmada pelos surtos em alguns processos produtivos e nos estudos populacionais que evidenciaram excesso de mortes em trabalhadores, demonstrando incapacidade de respostas governamentais e de

gerenciamento de risco por parte das empresas que não foram efetivas para impactar positivamente na garantia de proteção à saúde e à vida dos trabalhadores durante o período de pandemia da Covid-19, no Brasil²⁷.

É importante ressaltar o fato de a maioria dos trabalhadores não relatar a alteração da percepção com relação à modificação no ambiente de trabalho relacionado a higienização, descontaminação e descarte de EPI, assim como para testagem para Covid-19. Dessa forma, a percepção dos trabalhadores aponta para ausência de cultura organizacional com implementação de diretrizes operacionais no enfrentamento da transmissão do coronavírus para a ampla maioria dos grupos ocupacionais, o que foi uma constante durante o primeiro ano da pandemia, até mesmo em setores produtivos como o da saúde, com larga experiência em medidas de controle de infecção, que também foi afetado pela insuficiência de medidas capazes de oferecer segurança no trabalho.

Diante dessa realidade, os conglomerados produtivos se transformaram em lócus de disseminação da Covid-19 e da ameaça de circulação contínua do vírus, fomentando novas ondas epidêmicas de variantes do coronavírus. Por outro lado, com políticas acertadas de segurança e monitoramento para os territórios produtivos, estes poderiam ser lócus de experimentação de barreira sanitária para grupos ocupacionais e comunidades.

A ausência de transparência sobre os suspeitos e os casos de Covid-19, aliada à falta de orientações sobre a infecção por Sars-CoV-2 e supervisão na aplicação das medidas de higiene individual e coletiva, levou a maior exposição nos ambientes de trabalho. Essa constatação dos trabalhadores reforça o conhecimento apreendido de diversas publicações^{39,40} que reconhecem a importância da Educação Permanente e a responsabilidade social como medidas eficazes para a prevenção de infecções nos ambientes, mediante conscientização e treinamento contínuo dos trabalhadores.

A partir dos dados deste estudo, foram elaborados planos de contingência, folders, 11 informes/boletins, 10 pareceres e notas técnicas para os sindicatos e Ministério Público do Trabalho, sendo divulgados no meio acadêmico (endereço Arca) e utilizados na mitigação de riscos à saúde dos trabalhadores sindicalizados participantes do estudo. Soma-se a isso a Carta de repúdio⁴¹ em apoio ao subsídio de elaboração e qualificação dos planos e protocolos de enfrentamento da Covid-19 por grupos ocupacionais.

Destaca-se aqui o plano de contingência⁴² com relação à transmissão comunitária da Ômicron, que teve como objetivo a organização da APS para atendimento dos sintomáticos respiratórios e o fluxo de testagem para Covid-19 junto à Secretaria Municipal de Porto Alegre e ao Conselho Municipal de Saúde; os pareceres^{43,44} sobre contaminações por Covid-19 a bordo de plataformas, que contribuíram para investigação donexo causal entre a doença e o trabalho no setor de petróleo e gás, e sobre a proposta de protocolo de embarque e testagem para Covid-19 em petroleiros, respondendo a uma demanda do Ministério Público e do sindicato dos petroquímicos; e o *folder*⁴⁵ relacionado a trabalhadores e trabalhadoras do setor frigorífico, que teve o objetivo de divulgar e promover orientações no setor com o auxílio do respectivo sindicato.

Este estudo, com base em questionário eletrônico, com livre acesso dos trabalhadores, tem limitações por ser uma amostra não probabilística, com maior representatividade de trabalhadores mais organizados, com acesso à tecnologia e de estados onde há mais envolvimento dos dirigentes sindicais com as instituições de ensino e pesquisa que compõem a Rede Trabalhadores & Covid-19. Entretanto, esse método que utiliza o questionário digital apresentou vantagens relacionadas à rapidez, ao acesso ágil a diversas regiões e grupos de trabalhadores e à economia que outros métodos não proporcionam, quando os pesquisadores estão geograficamente dispersos e especialmente sem contato, como

ocorreu no período da pandemia de Covid-19. Também, permitiu que o pesquisado apresente respostas mais acuradas, notadamente quando são questões que podem causar embaraço na presença de um entrevistador, pois o participante pode consultar documentos, pode ter mais tempo para responder e oferecer respostas mais precisas. Dessa forma, a utilização desse método permitiu ampliar informações sobre a Covid-19 por grupos ocupacionais, proporcionando a instrumentalização de ações preventivas, medidas de segurança e conhecimento sobre a transmissão do coronavírus nos ambientes de trabalho, mitigando os riscos nos processos produtivos, assim como auxiliando no fortalecimento da identidade coletiva de trabalhadores(as) que desempenham atividades essenciais (não relacionadas a profissionais da linha de frente no combate à Covid-19) e suas representações sindicais (promoção de canais de comunicação com trabalhadores, sindicatos e serviços de saúde).

Por fim, os resultados permitiram inferir que o método adotado com instrumento digital disponível em plataforma *web* apresentou resultados compensadores, especialmente pela ampla possibilidade de participação e acesso aos trabalhadores interessados, sem limite de tempo e de capacidade instalada de entrevistadores. Também, pela possibilidade de eles expressarem sua avaliação sobre a situação de saúde e o ambiente de diversos setores produtivos e grupamentos ocupacionais. Portanto, esse instrumento ofereceu informações importantes sobre a experiência de exposição ao Sars-CoV-2 e o modo como foram executadas as atividades no trabalho, avaliando os processos destrutivos e protetores à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras, para os quais se considera o processo saúde-doença, e, assim, subsidiando a tomada de decisões no que se refere às respostas com potencial de modificar as fontes de exposição na organização do trabalho e, conseqüentemente, apoiar as políticas públicas e os movimentos sociais para minimizar os riscos no trabalho, durante a pandemia da Covid-19.

Todavia, o acesso e a confiabilidade dos trabalhadores em registrar seus dados pessoais e sua história ocupacional e de adoecimento no QREST são ainda limitados, devido a dificuldades no uso de tecnologias, à insegurança quanto à possibilidade de vazamento dessas informações para uso em delitos ou pelo empregador, em que possam ser identificados ou sofrer sanções e prejuízos. Essa situação se mostrou relevante quanto à necessidade de investir em estratégias de superação dessas desvantagens com relação ao seu potencial favorável de aplicação de pesquisas on-line.

Outro problema com essas análises é que os dados observados podem ter potenciais vieses, pois os registros autorreferenciados representam parte da população que se dispôs a preencher voluntariamente o instrumento, o que pode representar subconjunto de trabalhadores e de empresas de regiões onde houve maior divulgação do projeto, ações integradas com os trabalhadores ou maior condição de acesso.

Apesar disso, os dados coletados foram relevantes para orientar a comunicação da Rede Trabalhadores & Covid-19, junto aos trabalhadores no Brasil, período em que ocorreu muita desinformação e insuficiência de medidas preventivas para controle da disseminação do vírus. Na maioria dos estados, a circulação do vírus se manteve crescente, propiciando o surgimento de novas variantes e contribuindo para um longo período pandêmico, o que tornou vital a divulgação ágil de informações sobre procedimentos, notas, processos judiciais visando a orientar trabalhadores e empregadores em ações e atitudes essenciais para minimizar a exposição ocupacional do Sars-CoV-2 e, conseqüentemente, reduzir os casos de Covid-19 e a mortalidade em trabalhadores.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Cristiane Bündchen pelas análises estatísticas realizadas.

Colaboradores

Costa-Amaral IC (0000-0003-3358-7381)* contribuiu para elaboração do trabalho e revisão crítica para conteúdo intelectual importante; participação da aprovação final da versão a ser publicada. Moura-Corrêa MJ (0000-0002-9406-3955)*, Cavalcante ALM (0000-0002-2338-6060)*, Teixeira LR (0000-0003-2460-0767)* e Mattos RCOC

(0000-0002-0523-7467)* contribuíram igualmente para concepção da obra; análise e interpretação de dados para o trabalho; elaboração do trabalho e revisão crítica para conteúdo intelectual importante. Campos AS (0000-0003-0166-3482)* e Luques IN (0000-0003-0621-3296)* contribuíram igualmente para elaboração de metodologia e instrumento de coleta de dados. ■

Referências

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, et al. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; 55(3):105-924.
2. World Health Organization. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
3. World Health Organization. WHO says COVID-19 is now characterized as a pandemic. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). *Diário Oficial da União, Brasília* (DF), Brasil. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
5. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4):1475-82.
6. Brasil. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. (2020). *Diário Oficial da União*. 20 Mar 2020. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/republicacao-249098206>.
7. Baker MG, Peckham TK, Seixas NS. Estimating the burden of United States workers exposed to infection or disease: a key factor in containing risk of COVID-19 infection. *PLoS One*. 2020; 15(4):e0232452.
8. Nguyen TT, Nguyen QVH, Nguyen DT, et al. Artificial Intelligence in the Battle against Coronavirus (COVID-19): A Survey and Future Research Directions. *Europe PMC*. 2020 [acesso em 2022 dez 12]; preprint. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2008.07343>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. León UAP, Pérez ÁG, Avila-Vales E. An SEIARD epidemic model for COVID-19 in Mexico: mathematical analysis and state-level forecast. *Chaos Solitons Fractals*. 2020; 140:110165.
10. Ivorra B, Ferrández MR, Vela-Pérez M, et al. Mathematical modeling of the spread of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) taking into account the undetected infections. The case of China. *Communications in nonlinear science and numerical simulation*. 2020; 88:105303.
11. Rao ASRS, Vazquez JA. Identification of COVID-19 can be quicker through artificial intelligence framework using a mobile phone-based survey in the populations when cities/towns are under quarantine. *Infect Control Hosp. Epidemiol*. 2020; 41(7):826-30.
12. Infectious Diseases Society of Amer. COVID-19 Real-Time Learning Network. [acesso em 2022 mar 19]. Disponível em: <https://www.idsociety.org/covid-19-real-time-learning-network/about/>.
13. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rede de informações sobre a exposição ao SARS-CoV-2 em trabalhadores no Brasil: informe 2. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2020. 12 p.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance for Businesses and Employers to Plan and Respond to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/guidance-business-response.html>.
15. Occupational Safety and Health Administration. Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19. [acesso em 2021 Jun 21]. Disponível em: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3990.pdf>.
16. COVID-19 Cumulative Infection Collaborators. Estimating global, regional, and national daily and cumulative infections with SARS-CoV-2 through Nov 14, 2021: a statistical analysis. *Lancet*. 2022; 399(10344):2351-80.
17. COVID-19 Cumulative Infection Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *Lancet*. 2022; 399(10344):1513-36.
18. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 jun 6]; 396(10255):874. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979964/>.
19. Mendenhall E, Singer M. What constitutes a syndemic? Methods, contexts, and framing from 2019. *Curr Opin HIV AIDS*. 2020; 4(15):213-7.
20. Aquino E, Silveira IH, Pescarini J, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(sup1):2423-46.
21. Brasil. Ministério Público do Trabalho, Procuradoria Geral do Trabalho. Nota Técnica GT COVID-19. 2020 [acesso em 2021 jun 6]; 20:1-12. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/nota-tecnica-mpt.pdf>.
22. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 020, DE 07 de Abril de 2020. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>.
23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: https://www.saude.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS-Recomendacoes-deprotecaotrabalhadore-COVID-19.pdf.
24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para Prevenção e Vigilância Epidemiológica das Infecções por Sars-Cov-2 (Covid-19) Dentro dos Serviços

- de Saúde. (Complementar à Nota Técnica GVIMS/ GGTES/ANVISA nº 04/2020). [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-07-de-2020/view>.
25. Brasil. Ministério da Agricultura. Relatório de atividades do Serviço de Inspeção Federal. Departamento de Inspeção de Produtos de Origem Animal. 2020 [acesso em 2021 jun 6]; 3(1):1-15. Disponível em: https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/noticias/relatorio-mostra-andamento-dos-servicos-de-inspecao-e-fiscalizacao-de-produtos-de-origem-animal-no-pais/copy_of_3RelatoriodeatividadesSIF.pdf.
 26. De Negri F, Galliez RM, Miranda P, et al. Chances de Óbito por Covid-19 Entre os Trabalhadores Formais: Evidências do Estado do Rio de Janeiro. Nota técnica 76. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/201104_nt_diset_n_76.pdf.
 27. Larentis AL, Silva ENC, Albuquerque HC, et al. Parecer sobre contaminações por Covid-19 a bordo de plataformas e contribuições para investigação da caracterização donexo causal entre a doença e o trabalho no setor de petróleo e gás. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43949>.
 28. World Health Organization. Social mobilization in public health emergencies: Preparedness, readiness and response. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70444/WHO_HSE_GAR_BDP_2010.L.eng.pdf.
 29. Filardi F, Castro RMP, Zanini MTF. Vantagens e desvantagens do teletrabalho na administração pública: análise das experiências do Serpro e da Receita Federal. Cad EBAPE.BR. 2020; 18(1):28-46.
 30. Survey Monkey. Modelo de pesquisa para gerentes sobre trabalho remoto durante a crise do coronavírus. [acesso em 2020 jul 27]. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/mp/coronavirus-working-from-home-check-in-survey-template/>.
 31. Sindicato dos Trabalhadores em Instituições Federais de Educação Profissional e Tecnológica – Goiás. Questionário para docentes. [acesso em 2020 jul 27]. Disponível em: <http://sintef.org.br/wp/2020/06/09/responda-aqui-o-questionario-docente-sobre-trabalho-remoto/>.
 32. Moreira RM, organizador. Representações sociais, saúde e qualidade de vida em tempos de Pandemia covid-19: uma análise sobre Brasil e Portugal. Petrópolis: Univasf; 2022. [acesso em 2023 out 27]. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef/gipeef/publicacoes/e-book-ii-cirsqvasf-i-olymhealthcare-2022.pdf>.
 33. São Paulo. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Vigilância Sanitária. Diretrizes para inspeção sanitária nos ambientes de trabalho para investigação de surtos de Covid-19. ANEXO 1 – roteiro para inspeção sanitária nos ambientes de trabalho para investigação de surtos de Covid-19. [acesso em 2020 jul 27]. Disponível em: [https://cvs.saude.sp.gov.br/up/Diretrizes_Inspe%C3%A7%C3%A3o_Ambiente_Trabalho_COVID%20\(1\).pdf](https://cvs.saude.sp.gov.br/up/Diretrizes_Inspe%C3%A7%C3%A3o_Ambiente_Trabalho_COVID%20(1).pdf).
 34. Bahia. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Orientações técnicas para a investigação e notificação de casos de Covid-19 relacionados ao trabalho. SUS/BAHIA. [acesso em 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/OrientacoesTecnicasCasosCovid-19_atualizado.pdf.
 35. World Health Organization. Getting your workplace ready for COVID-19. [acesso em 2021 jun 6]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/getting-workplace-ready-for-covid-19.pdf>.
 36. Harris PA, Taylor R, Thielke R, et al. Research electronic data capture (REDCap) – Uma metodologia orientada por metadados e processo de fluxo de trabalho para fornecer suporte informático de pesquisa translacional. J Biomed Inform. 2009; 42(2):377-81.
 37. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al. The REDCap

- consortium: Building an international community of software platform partners. *J Biomed Inform.* 2019; 95:103208.
38. Dingel J, Neiman B. How many jobs can be done at home? Cambridge: NBER; 2020.
39. Massaroli A, Martini JG, Massaroli R. Educação Permanente para o aperfeiçoamento do Controle de Infecção Hospitalar: revisão integrativa. *Saúde Transform. Soc.* 2014; 5(1):7-15.
40. United States. Occupational Safety and Health Administration. Protecting Workers: Guidance on Mitigating and Preventing the Spread of COVID-19 in the Workplace. [acesso em 2022 jun 6]. Disponível em: <https://www.osha.gov/coronavirus/safework>.
41. Carta de Repúdio às Condições dos Trabalhadores da Petrobras no cenário da Pandemia da Covid-19. [acesso em 2022 abr 9]. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/8a565b1479d2ae5afe9e1cc04942f3fe.PDF>.
42. Conselho de Saúde de Porto Alegre. Plano de contingência em relação à transmissão comunitária da Ômicron, a organização da Atenção Primária em Saúde (APS) para atendimento dos sintomáticos respiratórios e o fluxo de testagem para COVID-19. Porto Alegre: CSPA; 2019. Facebook: @ Conselho de Saúde de Porto Alegre. [acesso em 2022 abr 9]. Disponível em: <https://www.facebook.com/conselhodesaudeportoalegre/>.
43. Larentis AL, Silva ENC, Albuquerque HC, et al. Parecer sobre contaminações por Covid-19 a bordo de plataformas e contribuições para investigação da caracterização donexo causal entre a doença e o trabalho no setor de petróleo e gás. Rio de Janeiro: ENSP; Fiocruz; 2020. [acesso em 2022 abr 9]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43949>.
44. Larentis AL, Silva ENC, Albuquerque HC, et al. Parecer sobre Proposta de Protocolo de Embarque e Testagem para COVID-19 nos Petroleiros. Rio de Janeiro: ENSP; Fiocruz; 2020. [acesso em 2022 abr 9]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49567>.
45. Fundação Oswaldo Cruz. Olá aos trabalhadores e trabalhadoras do setor frigorífico! Natureza: Folder. Populariza orientações para trabalhadores de frigoríficos. [acesso em 2022 abr 9]. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/05b0b368be75d1d6d6f4320f3ef84bd4.PDF>.

Recebido em 07/05/2023

Aprovado em 28/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério Público do Trabalho (MPT) – 4ª

Região. Processo Nº 25388.000221/2021-44 e Acordo/TED/

Termo de Compromisso nº 0000088-58.2013.5.04.0030

Comprometimento da Capacidade para o Trabalho e efeitos neuropsicológicos entre trabalhadores com Covid-19 prévia

Impairment of Work Ability and neuropsychological effects among workers who have had COVID-19

Livia de Pinho Ferreira¹, Clarissa Yasuda¹, Fernando Cendes¹, Maria Carmen Martinez², Sérgio Roberto de Lucca¹, Valmir Azevedo¹, Marcia Bandini¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313904

RESUMO A Covid-19 é uma doença multissistêmica e consequências funcionais e tardias estão em estudo. Sequelas psicológicas e neurocognitivas podem comprometer a Capacidade para o Trabalho (CT) dos trabalhadores. Objetivou-se investigar a CT de pessoas previamente infectadas pelo Sars-CoV-2, correlacionando-a com avaliação da sonolência, ansiedade, depressão e fadiga. Estudo transversal, com trabalhadores diagnosticados com Covid-19 e em acompanhamento no Serviço de Neurologia da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Aplicou-se o instrumento Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), um formulário com dados sociodemográficos e ocupacionais, bem como escalas de sonolência, ansiedade, depressão e fadiga. Dos 119 trabalhadores que participaram do estudo, mais da metade apresentaram comprometimento da CT (52,9%). Distúrbio emocional foi o agravo relatado mais frequente (31,9%). A regressão logística múltipla mostrou que a interação entre ansiedade e sonolência esteve associada ao comprometimento da CT (OR=4,50 com p=0,002). Ansiedade e sonolência foram alterações tardias da Covid-19 e associadas ao comprometimento da CT dos trabalhadores avaliados. Este estudo demonstra a necessidade de que todos os trabalhadores com teste positivo por Covid-19 tenham sua CT avaliada por ocasião do retorno ao trabalho. Ações de promoção à saúde, reabilitação funcional e adaptação do trabalho de acordo com as sequelas apresentadas pelos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Avaliação da capacidade de trabalho. Trabalho. Questionário de saúde do paciente. Promoção da saúde.

ABSTRACT COVID-19 is a multisystemic disease, with functional and late consequences still under study. Psychological and neurocognitive sequelae impact workers' quality of life and may compromise the Work Ability (WA). The objective was to investigate the WA of people infected with SARS-CoV-2, correlating it with the assessment of sleepiness, anxiety, depression and fatigue. Cross-sectional study, involving workers diagnosed with COVID-19 under follow-up at the Department of Neurology of Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Application of the Work Ability Index (WAI) analyzed with sociodemographic and occupational variables, as well the sleepiness, anxiety, depression and fatigue scales. Multiple logistic regression analysis was performed. 119 workers participated in the study and, among them, more than half had WA impairment (52.9%). Emotional disorders were the most frequent reported problem (31.9%). Multiple logistic regression showed that the interaction between anxiety and sleepiness was associated with WA impairment (OR=4.50, p=0.002). Anxiety and sleepiness were associated with previous COVID-19 and they were associated with WA impairment among workers. This study shows the WA evaluation should be provided for all workers with a previous history of COVID-19, when they return to work. This assessment can guide health promotion actions, functional rehabilitation and work adaptation to the sequelae presented by workers, singularly.

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. zazevedo@unicamp.br

²WAF Informática & Saúde Ltda. - São Paulo (SP), Brasil.

KEYWORDS COVID-19. SARS-CoV-2. Work capacity evaluation. Work. Patient health questionnaire. Health promotion.



Introdução

A Capacidade para o Trabalho (CT) é uma importante premissa para a inserção no mercado de trabalho e um princípio do bem-estar relacionado à atividade laboral e que resulta da combinação entre a capacidade física, mental e social apresentada pelo trabalhador para a execução das atividades e demandas do trabalho. É um conceito amplo e multidimensional que remete à complexidade desse dinâmico tema, que além de ser temporal, varia com as mudanças demográficas, uso de tecnologias e novos processos de trabalho^{1,2}.

Para avaliar a CT, foi desenvolvido o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) por uma equipe multidisciplinar do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional, cuja versão em português foi validada no Brasil em 2009¹⁻³. Esse instrumento avalia a CT a partir da percepção do(a) próprio(a) trabalhador(a) e os itens procuram avaliar o desgaste resultante das exigências físicas e mentais do trabalho; o estado de saúde atual e assim fundamentar recomendações de medidas de promoção de saúde, manutenção da qualidade de vida e melhores adaptações do trabalho, em benefício dos trabalhadores¹⁻⁴.

O estudo realizado na Finlândia evidenciou que, além das mudanças fisiológicas do envelhecimento, concorrem para o declínio da CT alguns determinantes nesse processo, como doenças, estilo de vida e ambiente de trabalho³.

A doença pelo vírus SARS-CoV-2 foi identificada pela primeira vez em Wuhan, China, no início de dezembro de 2019, levando à uma síndrome clínica chamada de Covid-19^{5,6}. Desde então e até janeiro de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) registrou mais de 753 milhões de casos, com 6,8 milhões de mortes no mundo, causando impactos sociais, econômicos e de saúde⁷.

O quadro clínico das pessoas acometidas pela Covid-19 é variável, entre casos assintomáticos ou com sintomas respiratórios, gastrointestinais, neurológicos, dentre outros⁸. A progressão e continuidade da pandemia

evidenciou o caráter multissistêmico da doença, com consequências funcionais em vários órgãos, complicações e sequelas de curto, médio e longo prazo⁸⁻¹⁰.

Essa condição clínica foi nomeada como síndrome ou condição pós-Covid-19 e incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS, sendo caracterizada por um conjunto heterogêneo de sintomas que ocorre, geralmente, três meses após o início da infecção pelo SARS-CoV-2, durante pelo menos dois meses, sem outro diagnóstico causal alternativo¹¹. A gravidade e o desenvolvimento desse quadro não parecem estar relacionados com a extensão, natureza e gravidade dos sintomas apresentados durante a fase aguda da Covid-19, embora seja mais comum em pacientes hospitalizados^{12,13}.

O impacto e duração das manifestações clínicas ainda estão sendo estudados, mas dados mostram com maior frequência quadros clínicos manifestados por sintomas relacionados à redução persistente da função pulmonar e alterações psicológicas e neuro cognitivas, como cefaleia, ansiedade, depressão, diminuição da concentração e da memória^{11,14}.

Em relação às sequelas neuropsicológicas, é frequente o relato de distúrbio de ansiedade e depressão^{10,12,15}. Aproximadamente um a cada três pacientes que tiveram Covid-19 foi diagnosticado com distúrbios de ansiedade generalizada, um em cada cinco com depressão e um em cada quatro com distúrbios do sono¹³.

Além de impactarem na qualidade de vida do indivíduo, essas sequelas podem impactar outros aspectos, inclusive na funcionalidade e habilidade para o trabalho. As possíveis sequelas psicológicas e neurocognitivas podem também afetar a funcionalidade e comprometer a CT dos trabalhadores empregados e daqueles que procuram emprego. Nesse cenário de incertezas acerca da Covid-19, as sequelas da infecção viral e o consequente comprometimento da CT, a avaliação, o controle e a promoção da CT são aspectos relevantes e desafiadores para os profissionais da saúde e, em especial aqueles responsáveis pelo cuidado nos ambientes de trabalho.

Um estudo recente apontou que a condição pós-Covid-19 pode ter um impacto significativo no trabalho e identificou que 45% dos participantes estavam trabalhando com a CT reduzida e 22,3% não estavam trabalhando no momento da pesquisa devido à sua doença¹⁶.

O objetivo desta pesquisa foi investigar a CT de trabalhadores previamente infectados pelo SARS-CoV-2 e as alterações neurológicas que possam comprometer as atividades de trabalho.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório transversal conduzido junto a trabalhadores diagnosticados com Covid-19, em acompanhamento no Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Utilizou-se uma amostra de conveniência de pacientes elegíveis de um estudo longitudinal em curso denominado 'Relação entre o perfil da resposta imune adaptativa e alterações neurológicas em pacientes com infecção por Sars-COV-2'.

A população alvo do presente estudo foi constituída por trabalhadores ativos, previamente infectados pelo Sars-CoV-2. Os critérios de inclusão foram: ter vínculo empregatício atual e ter tido infecção pelo Sars-CoV-2. Os critérios de exclusão foram: a recusa em participar do estudo, pessoas que não trabalham, participantes que não tiveram Covid-19 (grupo controle da pesquisa da Neurologia) ou que responderam os questionários de maneira incompleta, impossibilitando sua análise. Os questionários da pesquisa foram aplicados no período de 22/02/2021 à 27/07/2021. A amostra final foi composta por 119 participantes.

Foram utilizados os questionários: Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), Escala de Sonolência de Epworth (ESS-BR), Escala de Fadiga Chalder (CFQ11), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Foram aplicadas também perguntas sobre sexo, idade, estado

conjugal, escolaridade, ocupação atual (ocupação, tempo de trabalho na ocupação, turno de trabalho, situação de trabalho) e sobre a infecção pela Covid-19: tipo de teste utilizado para diagnóstico, data do diagnóstico e qual o tratamento realizado (domiciliar, enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva – UTI). Os questionários foram aplicados no modelo de autorresposta, presencialmente, no Laboratório de Neuroimagem da Unicamp.

Para avaliação da CT foi utilizada a versão brasileira do ICT, composto por 7 dimensões: CT atual e comparada com a melhor de toda a vida; CT em relação às exigências do trabalho; número atual de doenças diagnosticadas por médico; perda estimada para o trabalho devido a doenças; falta ao trabalho por doenças; prognóstico próprio sobre a CT; e recursos mentais^{2,3,17}. As dimensões fornecem um escore variando de 7 a 49 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a CT. O escore foi categorizado em CT em ótima, boa, moderada ou baixa, e a variável foi dicotomizada em CT comprometida (moderada ou baixa) e preservada (ótima ou boa)^{2,3,14}.

A Escala de Sonolência de Epworth (ESS-BR) apresenta coeficiente de confiabilidade satisfatória por meio do coeficiente Alfa de Cronbach ($\alpha=0,83$) e tem pontuação variando de 0 a 24. O sono é considerado normal quando valores entre 0 e 10; levemente excessivo se pontuação 11 ou 12; moderadamente excessivo entre 13 e 15; e sono severamente excessivo entre 16 e 24^{18,19}. O questionário Escala de Fadiga Chalder (CFQ11) apresenta Alfa de Cronbach ($\alpha=0,83$) para a pontuação de fadiga binária global variando de 0 a 11. Sendo considerado sem fadiga se a soma for menor ou igual a 3 e fadiga severa se a soma for maior que 4²⁰. O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) apresenta Alfa de Cronbach ($\alpha=0,82$) e tem a pontuação variando de 0 a 63. Foi classificado com depressão mínima/sem depressão a pontuação entre 0 e 13; depressão leve entre 14 e 19; depressão moderada 20 a 28; e depressão severa entre 29 e 63^{21,22}. Em

relação ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) utilizado, apresenta Alfa de Cronbach ($\alpha=0,83$) e sua pontuação varia entre 0 e 63. É considerado grau mínimo de ansiedade a pontuação de 1 a 10, ansiedade leve de 11 a 19, ansiedade moderada de 20 a 30 e ansiedade severa de 31 a 63^{23,24}.

Foi feita análise descritiva por meio de números absolutos e proporções para variáveis qualitativas. A confiabilidade do questionário ICT apresenta Alfa de Cronbach, com resultado satisfatório ($\alpha=0,82$). As análises da associação foram feitas por meio do teste qui-quadrado e modelos de regressão logística univariados e múltiplos. O ajuste do modelo foi avaliado por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. A medida de risco foi o Odds Ratio (OR) e em todas as análises foi utilizado o nível de descritivo $p<0,050$.

O estudo obteve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp, parecer nº 4.728.265, CAAE nº 32706620.2.0000.5404, versão 5, não havendo conflitos de interesses por parte dos autores. O mesmo foi realizado de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki e da Associação Médica Mundial. A participação dos pacientes foi voluntária, mediante Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, e a confidencialidade dos dados individuais foi garantida.

Resultados

As características gerais e parâmetros demográficos da amostra de 119 trabalhadores previamente infectados pelo Sars-CoV-2 são apresentados na *tabela 1*. A maior parte da população estudada é composta pelo sexo feminino (63,9%), pessoas com idade entre 30 e 49 anos (63,8%), casados(as)/com companheiro(a) (61,3%) e com ensino universitário completo com ou sem pós-graduação (57,9%).

Em relação ao histórico ocupacional, 28,6% são trabalhadores da área da saúde, 10,9% de área administrativa e os demais distribuídos em outras ocupações com grande variabilidade, o que impossibilitou seu agrupamento. As situações de trabalho mais frequentes foram o trabalho formal com carteira assinada (49,6%), seguido do trabalho autônomo (38,7%). Nas atividades exercidas, predominaram as exigências de trabalho mistas (tanto físicas como mentais), com 53,7%, seguida das atividades predominantemente mentais (43,7%). O trabalho noturno foi informado por 16,8% dos trabalhadores.

Tabela 1. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características demográficas e ocupacionais. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	nº	%
Sexo		
Feminino	76	63,9
Masculino	43	36,1
Faixa etária (em anos)		
17 a 29	17	14,3
30 a 39	33	27,7
40 a 49	43	36,1
50 a 66	26	21,8
Estado conjugal		
Solteiro(a)	36	30,3
Casado(a)	60	50,4
Vive com companheiro(a)	13	10,9

Tabela 1. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características demográficas e ocupacionais. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	nº	%
Separado(a)/divorciado(a)	9	7,6
Viúvo(a)	1	0,8
Escolaridade		
Fundamental incompleto	1	0,8
Fundamental Completo	4	3,4
Médio incompleto	2	1,7
Médio completo	10	8,4
Técnico de 2º grau completo	16	13,4
Faculdade incompleta	17	14,3
Faculdade completa	21	17,6
Pós-graduação incompleta/completa	48	40,3
Ocupação		
Área da saúde	34	28,6
Administrativo	13	10,9
Comerciante/venda/empresário	10	8,4
Tecnologia	7	5,9
Professor	6	5,0
Design/arquitetura/paisagista	5	4,2
Pesquisador	5	4,2
Outros	39	32,8
Situação de trabalho		
Autônomo	46	38,7
Carteira assinada (CLT)	59	49,6
Servidor público	11	9,2
Estagiário	2	1,7
Não informado	1	0,8
Exigências do trabalho		
Predominantemente mentais	52	43,7
Mistas (tanto físicas como mentais)	64	53,8
Predominantemente físicas	3	2,5
Trabalho noturno (turnos alternantes ou fixos)		
Sim	20	16,8
Não	99	83,2
Total	119	100,0

Fonte: elaboração própria.

Quanto às características do diagnóstico e tratamento da Covid-19, a maioria dos participantes teve o seu diagnóstico comprovado através do teste de swab de reação da

transcriptase reversa, seguida pela Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR) em 88,2%, e a forma mais branda da doença, com tratamento domiciliar, foi apontada por 88,2% dos

trabalhadores. O tempo transcorrido entre o diagnóstico da Covid-19 e a avaliação da CT foi de 7 a 12 meses em 42% dos participantes, seguido de 4 a 6 meses em 39,5% e de 18,5% em até 3 meses (*tabela 2*).

Quanto às condições de saúde mental, a sonolência moderada e severamente excessiva estiveram presentes em 39,5% dos participantes; 76,5% apresentaram score indicativo de fadiga severa; 24,4% apresentaram de ansiedade moderada ou severa; 23,5% depressão moderada ou severa; e 14,3% informaram ideias de autoextermínio (*tabela 2*).

Entre os participantes, 10,1% apresentaram

CT ótima, 37,0% boa, 27,7% moderada e 25,2% baixa, indicando que 52,9% tinham CT comprometida. Os grupos de agravos à saúde com diagnóstico médico, relatados no momento de resposta do ICT, com mais frequência foram: distúrbio emocional (31,9%), lesão decorrente de acidente (25,2%), doença/problema digestivo (23,5%), doença metabólica/endócrina (23,5%), doença musculoesquelética nas costas, braços, pernas ou outra parte (20,2%), doença respiratória (20,2%), doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos (20,2%), doença cardiovascular (16,0%) e doença da pele (11,8%).

Tabela 2. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características do diagnóstico e tratamento da Covid-19 e saúde mental. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	nº	%
Principal teste diagnóstico realizado		
PCR (Swab)	105	88,2
Anticorpos (Exame de sangue/ Teste rápido)	7	5,9
Anticorpo + PCR	2	1,7
SWAB Antígeno	2	1,7
Tomografia computadorizada de tórax	3	2,5
Principal tratamento realizado		
Domiciliar	105	88,2
Enfermaria	10	8,4
UTI	4	3,4
Tempo (meses) entre o diagnóstico de Covid-19 e a avaliação da capacidade para o trabalho		
Até 3	22	18,5
4 a 6	47	39,5
7 a 12	50	42,0
Sonolência		
Sono normal	52	43,7
Sono levemente excessivo	20	16,8
Sono moderadamente excessivo	24	20,2
Sono severamente excessivo	23	19,3
Fadiga		
Sem fadiga	28	23,5
Fadiga severa	91	76,5

Tabela 2. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características do diagnóstico e tratamento da Covid-19 e saúde mental. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	nº	%
Depressão		
Depressão mínima / sem depressão	71	59,7
Leve	20	16,8
Moderada	20	16,8
Severa	8	6,7
Intenção de se matar		
Não tenho quaisquer ideias de me matar	102	85,7
Tenho ideias de me matar, mas não as executaria	17	14,3
Ansiedade		
Grau mínimo	62	52,1
Leve	28	23,5
Moderada	21	17,6
Severa	8	6,7
Total	119	100,0

Fonte: elaboração própria

A análise univariada mostrou que nenhuma das características demográficas, ocupacionais e do diagnóstico e tratamento da Covid-19 apresentou associação estatisticamente significativa com o comprometimento da CT (*tabelas 3 e 4*). As características da saúde mental que estiveram associadas ao comprometimento

da CT foram a sonolência moderada e excessiva ($p=0,005$), a fadiga severa ($p<0,001$), a depressão ($p<0,001$) e a ansiedade ($p<0,001$), sendo que nessas variáveis houve aumento da frequência de comprometimento da CT acompanhando o aumento da gravidade do distúrbio emocional (*tabela 4*).

Tabela 3. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características demográficas e ocupacionais e a condição da Capacidade para o Trabalho. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	Adequada		Comprometida		Total		p*
	nº	%	nº	%	nº	%	
Sexo							
Feminino	31	40,8	45	59,2	76	100,0	0,069
Masculino	25	58,1	18	41,9	43	100,0	
Faixa etária (em anos)							
17 a 29	7	41,2	10	58,8	17	100,0	0,695
30 a 39	17	51,5	16	48,5	33	100,0	
40 a 49	18	41,9	25	58,1	43	100,0	
50 a 66	14	53,8	12	46,2	26	100,0	

Tabela 3. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características demográficas e ocupacionais e a condição da Capacidade para o Trabalho. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	Adequada		Comprometida		Total		p*
	nº	%	nº	%	nº	%	
Estado conjugal							
Casado(a) / vive com companheiro(a)	35	47,9	38	52,1	73	100,0	0,807
Solteiro(a) / separado(a)/divorciado(a) / viúvo(a)	21	45,7	25	54,3	46	100,0	
Escolaridade							
Até Ensino Médio ou Curso Técnico completo	16	48,5	17	51,5	33	100,0	0,847
Ensino Universitário completo ou incompleto	40	46,5	46	53,5	86	100,0	
Ocupação							
Área da saúde	20	58,8	14	41,2	34	100,0	0,104
Demais áreas	36	42,4	49	57,6	85	100,0	
Situação de trabalho							
Autônomo	23	50,0	23	50,0	46	100,0	0,642
Carteira assinada (CLT)	28	47,5	31	52,5	59	100,0	
Servidor público / estagiário / sem informação	5	35,7	9	64,3	14	100,0	
Exigências do trabalho							
Predominantemente mentais	25	48,1	27	51,9	52	100,0	0,883
Mistas (tanto físicas como mentais)	30	46,9	34	53,1	64	100,0	
Predominantemente físicas	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Trabalho noturno (turnos alternantes ou fixos)							
Sim	9	45,0	11	55,0	20	100,0	0,840
Não	47	47,5	52	52,5	99	100,0	
Total	56	47,1	63	52,9	119	100,0	

Fonte: elaboração própria.

* Teste qui-quadrado.

Tabela 4. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características do diagnóstico e tratamento da Covid-19 e saúde mental e a condição da Capacidade para o Trabalho. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	Adequada		Comprometida		Total		p*
	nº	%	nº	%	nº	%	
Principal teste diagnóstico realizado							
PCR (Swab) somente	51	71,8	20	28,2	71	100,0	0,365
Outras opções de exames	5	22,7	17	77,3	22	100,0	
Principal tratamento realizado							
Domiciliar	49	46,7	56	53,3	105	100,0	0,840
Enfermaria ou UTI	7	50,0	7	50,0	14	100,0	
Tempo (meses) entre o diagnóstico de Covid-19 e a avaliação da capacidade para o trabalho							
Até 3	9	40,9	13	59,1	22	100,0	0,811
4 a 6	23	48,9	24	51,1	47	100,0	
7 a 12	24	48,0	26,0	52,0	50	100,0	

Tabela 4. Distribuição de pacientes com Covid-19 segundo características do diagnóstico e tratamento da Covid-19 e saúde mental e a condição da Capacidade para o Trabalho. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

Característica	Adequada		Comprometida		Total		p*
	nº	%	nº	%	nº	%	
Sonolência							
Sono normal	29	55,8	23	44,2	52	100,0	0,005
Sono levemente excessivo	14	70,0	6	30,0	20	100,0	
Sono moderadamente excessivo	7	29,2	17	70,8	24	100,0	
Sono severamente excessivo	6	26,1	17	73,9	23	100,0	
Fadiga							
Sem fadiga	24	85,7	4	14,3	28	100,0	<0,001
Fadiga severa	32	35,2	59	64,8	91	100,0	
Depressão							
Depressão mínima / sem depressão	47	66,2	24	33,8	71	100,0	<0,001
Leve	7	35,0	13	65,0	20	100,0	
Moderada	2	10,0	18	90,0	20	100,0	
Severa	0	0,0	8	100,0	8	100,0	
Intenção de se matar							
Não tenho quaisquer ideias de me matar	49	48,0	53	52,0	102	100,0	0,600
Tenho ideias de me matar, mas não as executaria	7	41,2	10	58,8	17	100,0	
Ansiedade							
Grau mínimo	38	61,3	24	38,7	62	100,0	<0,001
Leve	16	57,1	12	42,9	28	100,0	
Moderada	2	9,5	19	90,5	21	100,0	
Severa	0	0,0	8	100,0	8	100,0	
Total	56	47,1	63	52,9	119	100,0	

Fonte: elaboração própria.

* Teste qui-quadrado.

A análise de regressão logística múltipla mostrou que a interação entre presença de ansiedade e de sonolência esteve associada ao comprometimento da CT (OR=4,50, p=0,002) e essa associação foi controlada por faixa etária, sexo e

tempo (meses) entre o diagnóstico de Covid-19 e a avaliação da CT. A análise de resíduos por meio do teste de Hosmer-Lemeshow mostrou bom ajuste ($\chi^2=3,10$; p=0,875) (tabela 5).

Tabela 5. Análise de regressão logística (*) múltipla dos fatores associados ao comprometimento da Capacidade para o Trabalho entre os pacientes com Covid-19. Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 28/02/2021 a 27/07/2021

	ORajust	IC95% (ORajust)		p
		Inf.	Sup.	
Interação entre ansiedade e sonolência				
Sem ansiedade e/ou sem sonolência	1,00			
Com ansiedade e com sonolência	4,50	1,72	11,76	0,002
Faixa etária (em anos)				
17 a 39	1,00			
40 a 66	0,91	0,42	1,98	0,810
Sexo				
Feminino	1,00			
Masculino	0,56	0,25	1,25	0,157
Tempo (meses) entre o diagnóstico de Covid-19 e a avaliação da capacidade para o trabalho				
Até 6 meses	1,00			
7 a 12 meses	0,81	0,37	1,78	0,606

Fonte: elaboração própria.

(*) A análise de resíduos por meio do teste de Hosmer-Lemeshow: $\chi^2=3,10$; $p=0,875$.

As variáveis foram dicotomizadas, devido ao número pequeno de sujeitos em algumas caselas, gerando pouca estabilidade estatística. Observou-se associação entre as variáveis relativas à saúde mental, ocasionando modificações de efeito e/ou sobre ajuste. Foram testados efeitos de confusão e interação, e o melhor ajuste foi dado pela interação entre ansiedade e sonolência.

Discussão

Avaliar a CT é muito valioso para planejar e melhorar a saúde, e adequação ao trabalho, tendo inferências coletivas, individuais e econômicas, além de ser útil para predizer invalidez, doença e mortalidade^{25,26}. Foi detectada uma alta prevalência (52,9%) de CT comprometida entre os participantes do presente estudo. As exigências mistas (físicas e mentais) tiveram a maior prevalência, seguidas da exigência mental. Portanto, para uma adequada avaliação de saúde e CT é imprescindível o conhecimento acerca das atribuições do

cargo/função e atividades exercidas pelo(a) trabalhador(a), assim como do ambiente e organização do trabalho local, como sendo variáveis fundamentais que impactam nas principais exigências daquele trabalho e podem ou não comprometer o trabalhador.

Estudos mostram uma associação positiva entre altas demandas mentais e físicas no trabalho e uma baixa pontuação no ICT^{25,26}. A baixa CT está associada ao aumento do risco de absenteísmo, aposentadoria precoce, intenção de sair e estresse no trabalho, exaustão emocional e doenças^{25,26}.

As publicações brasileiras que aplicaram o ICT em determinados segmentos de trabalho tiveram em sua maioria de profissionais-alvo os trabalhadores de enfermagem do nível hospitalar e do setor de produção, com o comprometimento da CT variando de 11,3 a 52,0% e 18,0 a 81,2%, respectivamente^{27,28}. A amostra do presente estudo não permitiu uma análise mais profunda sobre as ocupações dos envolvidos na pesquisa.

Uma revisão sistemática mostrou que 72,5% dos pacientes relataram pelo menos um

sintoma persistente após a infecção pela Covid-19¹⁰. Na revisão as manifestações sequelares mais comuns foram fadiga, cefaléia, distúrbio de atenção, queda de cabelo e dispneia¹⁵.

As sequelas neuropsicológicas de ansiedade e depressão podem impactar a vida do indivíduo em vários aspectos, inclusive na funcionalidade e habilidade para o trabalho. Os resultados obtidos no presente estudo, após a análise de regressão logística múltipla, mostraram uma relação positiva entre ansiedade e sonolência no comprometimento da CT.

As doenças mentais, principalmente depressão e ansiedade, têm impacto significativo na CT¹. Pessoas com depressão e ansiedade apresentam uma menor taxa de produtividade, resultante do baixo desempenho laboral, além de altas taxas de absenteísmo e presenteísmo²⁹. Distúrbios do sono e sono excessivo durante o dia são fatores comuns que afetam o desempenho do trabalhador, podendo diminuir a concentração e memória, bem como dificultar a tomada de decisões complexas, aumentando o risco de acidentes durante as atividades de trabalho^{30,31}.

Novos desafios para o campo da saúde do trabalhador foram criados com a pandemia da Covid-19, com a necessidade de manter as atividades essenciais, ao mesmo tempo em que medidas de proteção precisam ser adotadas para prevenir a ocorrência de casos nos locais de trabalho. Ainda assim, o crescimento do número de casos no Brasil nos alerta para as sequelas e consequências da Covid-19 e seus impactos na vida individual e organizacional que ainda não são plenamente conhecidos e mensurados, devendo ser avaliadas ao longo do tempo e demandando maior atenção e apoio na atenção à saúde, especialmente no retorno ao trabalho.

Para a avaliação desse retorno ao trabalho, ainda há escassez de orientações de padrão internacional, principalmente devido à variedade de manifestações clínicas. No cenário brasileiro, os padrões legais vigentes de avaliação para o retorno ao trabalho e seguimento dos trabalhadores formais são insuficientes

e inadequados para abranger o cenário da Covid-19 de maneira eficaz, fazendo-se necessárias medidas mais protetivas para a saúde dos trabalhadores, garantindo a segurança e saúde para todos.

Os profissionais de saúde, em especial os médicos responsáveis pelos exames ocupacionais, precisam se envolver na avaliação e no aconselhamento de retorno ao trabalho, de maneira mais precoce, de todos os trabalhadores que tiveram Covid-19, independentemente da sua gravidade, traçando um plano de retorno individualizado, progressivo e adequado ao trabalho, incluindo adaptações nos ambientes e processos de trabalho. Atenção especial deve ser dedicada para aquelas atividades em que houver risco de segurança para os trabalhadores, terceiros, comunidades e ambiente.

Para um adequado exame de retorno ao trabalho, todos os potenciais efeitos pós-Covid conhecidos pela atual literatura científica devem ser considerados. Em havendo suspeita ou diagnóstico de alguma alteração, um plano terapêutico específico deve ser desenvolvido, a partir das confirmações diagnósticas e das atividades realizadas no trabalho. Para isso, profissionais de saúde e/ou serviços especializados podem ser necessários. Uma intervenção precoce por ocasião do retorno ao trabalho pode envolver tratamento de longo prazo, reabilitação funcional e, em casos mais graves, até mesmo reabilitação profissional. Deve-se estar atento também a condições clínicas prévias ou pré-existentes que possam exacerbar os impactos da síndrome pós-Covid-19 como, por exemplo, a existência de doenças neurológicas e psiquiátricas, distúrbios da coagulação, doenças cardiovasculares e do sistema respiratório, doenças renais, dentre outras.

Finalmente e não menos importante, é preciso alertar para a necessidade de investigação do caso de Covid-19 com o trabalho. Em se tratando de caso confirmado ou suspeito, em que o trabalho tenha sido um fator contributivo (Schilling II)³². Para os casos de Covid relacionados ao trabalho³³, recomenda-se a devida

notificação via Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) para os trabalhadores segurados, ou semelhante para servidores públicos que tenham regime próprio de previdência. Para esses, e também para trabalhadores informais, cabe a notificação de caso confirmado ou suspeito de Covid-19 relacionada ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), na ficha de acidente de trabalho grave. Além da contribuição epidemiológica para a Vigilância em Saúde do Trabalhador, a adequada notificação de caso torna-se ainda mais relevante frente aos efeitos tardios da Covid-19.

Importante ressaltar que o presente estudo tem suas limitações. Os resultados foram obtidos em um estudo transversal, em curto período de tempo. Além disso, a amostra por conveniência e o seu reduzido número de participantes limita a generalização dos resultados e a possibilidade de inferir a causalidade. Devido ao número reduzido da amostra, houve concentração de sujeitos mais em algumas caselas do que em outras, favorecendo a sobre-dispersão de dados e instabilidade estatística.

Outra limitação é o fato de o estudo não ter investigado as variáveis relacionadas ao estilo de vida dos indivíduos, como hábitos de fumar ou consumo de bebida alcoólica; e variáveis relacionadas às condições de trabalho de cada segmento, que podem interferir na avaliação de CT. As variáveis sobre o tratamento específico adotado durante a infecção pelo Sars-CoV-2, também não foram abordadas no estudo.

Portanto, os achados deste estudo devem ser interpretados na perspectiva de seu caráter exploratório e precisam ser confirmados ou não em estudos futuros, com amostras maiores e com seguimento longitudinal.

Apesar das limitações apontadas, os resultados demonstram a necessidade de maior atenção nas ações no âmbito da saúde do trabalhador, no contexto da pandemia, com a proposição de medidas mais protetivas. São necessárias medidas e estratégias inovadoras que visam a recuperação e promoção da CT, em um nível organizacional e individual, e que

promovam ambientes e processos de trabalho mais saudáveis, incluindo ações voltadas à saúde mental e os potenciais efeitos neurológicos pós-Covid-19. Essas estratégias devem perpassar a prevenção primária, secundária e, principalmente, a terciária, com medidas de reabilitação, quando necessário, e que garantam o retorno ao trabalho em boas condições laborais.

Conclusões

Um total de 119 trabalhadores que tiveram Covid-19 foram avaliados em estudo exploratório transversal, por amostra de conveniência. Constatou-se que mais da metade deles (52,9%) apresentaram um ICT comprometido. Ansiedade e sonolência foram alterações sequelares à Covid-19 associadas ao comprometimento da CT dos trabalhadores participantes do estudo (OR=4,50, p=0,002).

Os achados são compatíveis com estudos internacionais que descrever sequelas da Covid-19, incluindo efeitos neurológicos e psicológicos, para casos da doença considerados leves e apontam a necessidade de se avaliar previamente a situação de saúde de todos os trabalhadores que retornam do pós-Covid antes de retomar suas atividades, em especial aquelas de risco para si e para os demais

As atuais diretrizes e normatizações legais se mostram inadequadas para atender a este tipo de demanda, em especial no que se refere aos prazos para avaliações de retorno ao trabalho, em sua maioria acima do período de afastamento pela Covid-19, especialmente para os casos considerados de menor gravidade. Isso exige que gestores, empregadores, trabalhadores e seus representantes desenvolvam medidas mais protetivas do que o simples cumprimento dos requerimentos legais, visando uma maior proteção dos trabalhadores, de suas famílias e das comunidades onde estão inseridos. Avaliar a CT através do ICT é uma forma de objetivar e organizar a necessidade de atenção à saúde dos trabalhadores que tiveram

Covid-19, em nível individual e coletivo, ao longo do tempo.

Este estudo demonstra a necessidade de que todos os trabalhadores com histórico de Covid-19 tenham sua CT avaliada por ocasião do retorno ao trabalho. Essa medida pode orientar ações de promoção à saúde, reabilitação funcional e adaptação do trabalho às sequelas apresentadas pelos trabalhadores, singularmente. A sua utilização pode ajudar o profissional de saúde e médico do trabalho para o adequado retorno ao trabalho e também na orientação e formulação de políticas, programas e medidas de prevenção, recuperação e manutenção da CT.

Colaboradores

Ferreira LP (0000-0003-0037-5526)* contribuiu para o desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, escrita do rascunho e do artigo. Yasuda C

(0000-0001-9084-7173)* contribuiu para o desenho do estudo, coleta de dados, revisão crítica e aprovação final. Cendes F (0000-0001-9336-9568)* contribuiu para concepção do estudo, revisão do manuscrito, aprovação da versão a ser publicada e concordância em ser parte responsável pela integridade do trabalho. Martinez MC (0000-0002-4427-5976)* contribuiu para elaboração do desenho do estudo, análise estatística, revisão crítica e aprovação final. Lucca SR (0000-0001-6023-0949)* contribuiu para concepção do estudo, revisão do manuscrito, aprovação da versão a ser publicada e concordância em ser parte responsável pela integridade do trabalho. Azevedo V (0000-0001-5591-6516)* contribuiu para elaboração do trabalho e revisão crítica de conteúdo intelectual importante e Bandini M (0000-0003-2899-090X)* contribuiu para concepção do desenho da pesquisa, supervisão da coleta e análise de dados, e escrita do artigo. ■

Referências

1. Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, et al. Dimensions of work ability: Results of the Health 2000 Survey. Helsinki: ETK; KELA; KTL; FIOH; 2008.
2. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. “Capacidade para o trabalho: revisão de literatura.” *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(sup1):1553-61.
3. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validity and reliability of the Brazilian version of the Work Ability Index questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(3):525-32.
4. Kujala V, Remes J, Ek E, et al. Classification on work ability index among young employees. *Occup Med (Lond)*. 2005; 55(5):399-401.
5. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020; 382(8):727-33
6. World Health Organization. Travel advice for international travel and trade in relation to the outbreak of pneumonia caused by a new coronavirus in Chi-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- na. 2020 nov 10. [acesso em 2021 nov 21]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china/>.
7. World Health Organization. COVID-19 Dashboard. Geneva: WHO; 2023. [acesso em 2023 jan 24]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
 8. Nayeri ND, Nadali J, Divani A, et al. Clinical manifestation, laboratory and radiology finding, treatment and outcomes of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *J Res Med Sci.* 2021; 26:41.
 9. Del Rio C, Collins LF, Malani P. Long-term Health Consequences of COVID-19. *JAMA.* 2020 [acesso em 2021 nov 21]; 324(17):1723-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19719>.
 10. Nasserie T, Hittle M, Goodman SN. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. *JAMA Netw Open.* 2021 [acesso em 2021 nov 21]; 4(5):e2111417. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.1141>.
 11. Yasuda CL. My journey after a mild infection with COVID-19: I want my old brain back. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2022 [acesso em 2021 nov 21]; 80(6):631-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2022-0062>.
 12. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. Geneva: WHO, 2021. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1.
 13. Groff D, Sun A, Ssentongo AE, et al. Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA Netw Open.* 2021 [acesso em 2021 nov 21]; 4(10):e2128568. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28568>.
 14. Misra S, Kolappa K, Prasad M, et al. Frequency of Neurologic Manifestations in COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurology.* 2021 [acesso em 2021 nov 21]; 97(23):e2269-e81. Disponível em: <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000012930>.
 15. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, et al. More Than 50 Long-Term Effects of COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Res Sq [Preprint].* 2021 [acesso em 2021 nov 21]; rs.3.rs-266574. Disponível em: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-266574/v1>.
 16. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine.* 2021 [acesso em 2021 nov 21]; 38:101019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101019>.
 17. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, et al. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EduFSCar; 2005.
 18. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep.* 1991 [acesso em 2021 nov 21]; 14(6):540-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/sleep/14.6.540>.
 19. Johns MW. The Epworth Sleepiness Scale - About The ESS. [acesso em 2021 out 20]. Disponível em: <http://epworthsleepinessscale.com/about-the-ess/>.
 20. Jackson C. The Chalder Fatigue Scale (CFQ 11). *Occup. Med. (Lond).* 2015 [acesso em 2021 out 20]; 65(1):86. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu168>.
 21. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory: second edition manual. San Antonio: The Psychological Corporation; 1996.
 22. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, et al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev. bras. psiquiatr.* 2012 [acesso em 2021 out 20]; 34(4):389-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>.

23. Beck AT, Epstein N, Brown G. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J. consult. clin. psychol.* 1988 [acesso em 2021 out 20]; 56(6):893-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.6.893>.
24. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicol. Reflex. Crit.* 2013 [acesso em 2021 out 20]; 26(2):305-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-79722013000200010>.
25. Van den Berg TIJ, Elders LAM, de Zwart BCH, et al. The effects of work-related and individual factors on the work ability index: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2009; 66(4):211-20.
26. Von Bonsdorff MB, Seitsamo J, Ilmarinen J, et al. Work ability as a determinant of old age disability severity: evidence from the 28-year Finnish Longitudinal Study on Municipal Employees. *Aging Clin Exp Res.* 2012 [acesso em 2021 out 20]; 24(4):354-60. Disponível em: <https://doi.org/10.3275/8107>.
27. Cordeiro TMSC, Araújo TM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. *Rev Bras Med Trab.* 2016; 14(3):262-74.
28. Fischer FM, Borges FN, Rotenberg L, et al. Work ability of health care shift workers: What matters? *Chronobiol Int.* 2006 [acesso em 2021 out 20]; 23(6):1165-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07420520601065083>.
29. Ivandic I, Kamenov K, Rojas D, et al. Determinants of Work Performance in Workers with Depression and Anxiety: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2017 [acesso em 2021 out 20]; 14(5):466. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14050466>.
30. Gharibi V, Mokarami H, Cousins R, et al. Excessive Daytime Sleepiness and Safety Performance: Comparing Proactive and Reactive Approaches. *Int J Occup Environ Med.* 2020 [acesso em 2021 out 20]; 11(2):95-107. Disponível em: <https://doi.org/10.34172/ijoem.2020.1872>.
31. Colten HR, Altevogt BM, editores. Functional and Economic Impact of Sleep Loss and Sleep-Related Disorders. Colten HR, Altevogt BM, editores. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem.* Washington, DC: National Academies Press; 2006. [acesso em 2022 fev 8]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19958/>.
32. Schilling RS. More effective prevention in occupational health practice? *The J. Soc. Occup. Med.* 1984 [acesso em 2021 out 20]; 34(3):71-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/occmed/34.3.71>.
33. Silva-Júnior JS, Bandini M, Dias EC. Covid-19 relacionada ao trabalho: como reconhecer e notificar. *Cad. saúde colet.* 2022 [acesso em 2021 out 20]; 30(3):471-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030325>.

Recebido em 13/04/2023
Aprovado em 13/07/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Prospecção das condições de trabalho do Samu-192 fluvial em cenários de crise a partir da resiliência no enfrentamento à Covid-19 no Alto Solimões

Investigation of the working conditions of the river-based SAMU-192 in crisis scenarios based on resilience in the face of COVID-19 in Alto Solimões

Paula de Castro Nunes¹, Paulo Victor Rodrigues de Carvalho¹, Rodrigo Arcuri², Hugo Bellas¹, Bárbara Bulhões³, Jaqueline Viana¹, Alessandro Jatobá¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313905

RESUMO Esta pesquisa teve como objetivo prospectar as condições de trabalho das equipes de socorro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu-192) fluvial das áreas ribeirinhas e costeiras da região do Alto-Solimões, a partir da análise sistêmica das atividades no serviço de embarcações popularmente chamadas de ‘ambulanchas’ durante os picos da Covid-19 no estado do Amazonas, quando o sistema de saúde funcionou sob o estresse provocado pela pandemia. Os dados foram obtidos a partir de um desenho transversal exploratório, baseado em dados qualitativos coletados por meio de entrevistas e observação do funcionamento normal do sistema antes da pandemia. A partir daí modelos de dois cenários foram elaborados mostrando o funcionamento do serviço de ambulanchas ao lidar com a pandemia de Covid-19 e o impacto nas condições de trabalho das equipes de socorro interprofissionais de socorro. Entrevistas remotas com trabalhadores das ambulanchas após a pandemia indicaram que a prospecção das condições de trabalho a partir das instâncias dos modelos corresponderam ao funcionamento real do sistema durante a pandemia de Covid-19.

PALAVRAS-CHAVE Políticas de eSaúde. Emergências. Condições de trabalho. Pandemia Covid-19. Saúde pública.

ABSTRACT *This research aimed to prospect the working conditions of the rescue teams of the Mobile Emergency Care Service (SAMU-192) at the fluvial areas of the Alto Solimoes region, through the systemic analysis of the activities of the water ambulances service popularly called ‘ambulanchas’ during the peaks of COVID-19 in the state of Amazonas, when the health system functioned under stress caused by the pandemic. Data were obtained from an exploratory cross-sectional design, based on qualitative data collected through interviews and observation of the normal functioning of the system before the pandemic. From there, models of two scenarios were developed showing the functioning of the water ambulances service when coping with the COVID-19 pandemic and the impact on the working conditions of the interprofessional rescue teams. Remote interviews with workers after the pandemic indicated that the prospection of working conditions from the instances of the models corresponded to the real functioning of the system during the COVID-19 pandemic.*

KEYWORDS *eHealth policies. Emergencies. Working conditions. COVID-19 pandemic. Public health.*

¹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. paula.nunes@fiocruz.br

² Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.

³ Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

O estado do Amazonas (AM) foi palco de um dos momentos mais emblemáticos da segunda onda de Covid-19 no Brasil, quando, no primeiro trimestre de 2021, diversos pacientes perderam a vida por conta a falta de insumos básicos como oxigênio hospitalar¹. A região, caracterizada pela grande presença de territórios vulneráveis e remotos, comunidades rurais, indígenas e quilombolas, sofre historicamente com dificuldades de cobertura de serviços de saúde. Ao rol de obstáculos a serem superados, especialmente em situações de aumento da demanda causadas pela Covid-19, soma-se o transporte de pacientes em regiões ribeirinhas e de difícil acesso, que além das consequências para os usuários, produz efeitos diretos nas condições de trabalho das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu-192), que operam o serviço de embarcações popularmente conhecidas como ‘ambulanchas’ na região.

Os protocolos e procedimentos de segurança do trabalho são normalmente elaborados com base nas descrições das tarefas de acordo com o ‘Trabalho como Imaginado’ (*Work-as-Imagined*, WAI – no original, em inglês)² por gestores ou profissionais de segurança do trabalho. No entanto, devido às variabilidades da situação de trabalho, o ‘Trabalho-como-Realizado’ (*Work-as-Done*, WAD) pode ser bem diferente daquele descrito nas tarefas. Especialmente para as equipes interprofissionais das ambulanchas, que lidam com emergências em condições por vezes precárias³, diversas adaptações são realizadas para lidar com as variabilidades e manter a resolutividade, porém, por vezes, comprometendo a segurança do trabalhador e causando desgaste físico.

Quanto aos serviços de saúde, destaca-se que os sistemas de saúde dos países da América Latina, principalmente os da tríplice fronteira, apresentam um panorama de iniquidade de acesso. Embora os marcos regulatórios incluam os grupos populacionais mais vulneráveis, a questão do acesso aos serviços de média e alta complexidade é o grande entrave do processo saúde-doença. Nessas áreas, a assistência à

saúde é sempre complexa, pois mesmo quando a capacidade instalada permite o acolhimento das demandas a efetividade das ações pode ser comprometida pelo fluxo dos usuários que buscam superar, individualmente, as carências do seu país de origem. Há alguns importantes fatores que devem ser avaliados, pois a região apresenta: elevada mobilidade populacional (incluindo a migração pendular dos moradores dos países vizinhos em busca pela assistência à saúde), atividades com elevado impacto ambiental, ocupação desordenada da região, falta de acesso aos serviços de saúde básicos e condição de vida precária em grupos populacionais de maior vulnerabilidade, tendo como consequência a intensificação das relações transfronteiriças⁴.

A Engenharia de Resiliência^{5,6} vem fornecendo novas ferramentas para análise das condições de atuação em situações de grande variabilidade e complexidade, que envolvem muitos componentes interligados, como aquelas a que os trabalhadores da saúde no Brasil foram submetidos durante a pandemia de Covid-19. Uma dessas ferramentas é o Método de Análise da Ressonância Funcional, ou Fram (sigla em inglês para Functional Resonance Analysis Method)⁷, que tem sido amplamente utilizado para a análise de situações de crise em diversos setores⁸⁻¹¹.

Nesse sentido, este estudo apresenta uma análise da resiliência do serviço de ambulanchas do Samu-192 na região da Tríplice Fronteira Brasil-Colômbia-Peru, durante a pandemia de Covid-19. A partir dessa análise, este artigo discute as possibilidades de prospecção das condições de trabalho das equipes do Samu-192 em condições de estresse, tanto crônico quanto em futuras crises sanitárias.

Material e métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, sustentado na Teoria Fundamentada¹², a partir de dados de natureza qualitativa. Os

principais procedimentos de coleta tiveram como fontes de informação a observação em campo e entrevistas semiestruturadas.

A coleta de dados teve início no segundo semestre 2019, antes da pandemia, até a primeira quinzena de março de 2020. O esforço de pesquisa compreendeu mais de 140 horas de trabalho de campo, nas quais 47 profissionais foram entrevistados em um período de 12 dias.

Participantes

Os participantes incluíram gestores das Secretarias Municipais de Saúde, Samu-192 e demais unidades de saúde locais, e profissionais das equipes do Samu-192, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores das ambulâncias.

As entrevistas se concentraram em identificar as dificuldades que os participantes enfrentam no desempenho de suas atividades, bem como os principais problemas nas condições de trabalho nas ambulâncias. Também incluíram a descrição de como a variabilidade se manifesta tipicamente durante a operação do serviço e narrativas de casos desafiadores na prestação de cuidados e na solução de incidentes durante o atendimento a pacientes nas comunidades ribeirinhas.

Análise de dados: método Fram

O Fram possui quatro etapas: (1) identificar e descrever as funções; (2) determinar a variabilidade; (3) agregar a variabilidade; (4) gerenciar a variabilidade. O Fram Model Visualizer (FMV) foi o *software* utilizado para auxiliar na análise.

Na primeira etapa, as funções do sistema são identificadas a partir das atividades do dia a dia de trabalho. Uma função, que pode se referir a uma atividade ou a um conjunto de atividades, é caracterizada de acordo com seis aspectos que podem ser interligados graficamente por meio de hexágonos. Estes aspectos são: Entrada (I), Saída (O), Pré-condição (P), Recurso (R), Tempo (T) e

Controle (C). Após identificadas, as funções são conectadas a partir de situações reais observadas formando um fluxo lógico ou um processo relacionado a um determinado cenário.

Na segunda etapa, a variabilidade potencial de cada função é determinada. É importante notar que as funções podem ser executadas de forma diferente devido a variabilidade da própria função (endógena), ou de variabilidades externas (exógena) oriundas de outras funções.

Na terceira etapa, as conexões (acoplamentos) possíveis entre as funções num determinado cenário são examinadas, de modo a avaliar eventuais ressonâncias que levem ao controle (amortecimento da variabilidade) ou colapso (descontrole da variabilidade) do sistema. Na quarta etapa, possíveis formas de gerenciar e monitorar variabilidades são propostas.

ELABORAÇÃO DOS MODELOS PROSPECTIVOS

Os modelos prospectivos foram elaborados a partir de ajustes no modelo Fram obtido na situação normal antes da pandemia¹³. Cada função do sistema modelado anteriormente foi revista e, com base no conhecimento obtido, possíveis mudanças em sua dinâmica de variabilidade devido à pandemia foram elaboradas, tendo como fonte de informação os relatórios publicados sobre os impactos gerais da pandemia Covid-19 nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na região estudada, especialmente as diretrizes técnicas sobre o manejo da Covid-19 e os boletins epidemiológicos semanais especiais publicados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas.

A partir desta análise, foram identificados os impactos diretos nas funções e estimativas sobre a influência que a pandemia teria sobre eles. Os impactos podem ser resumidos como o aumento na probabilidade ($\uparrow L$) ou gravidade ($\uparrow S$) de algumas perturbações endógenas, até o surgimento de novas perturbações endógenas (N) e a diminuição na capacidade de ação (ou manobras) de alguns mecanismos de amortecimento de variabilidades ($\downarrow M$), conforme indicado nos quadros 1 e 2.

Questões éticas

O presente estudo foi conduzido de acordo com os preceitos éticos referentes a pesquisa científica com seres humanos descritos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sob o CAAE nº 20238619.2.0000.5248 e com aprovação declarada no parecer de nº 3.775.237.

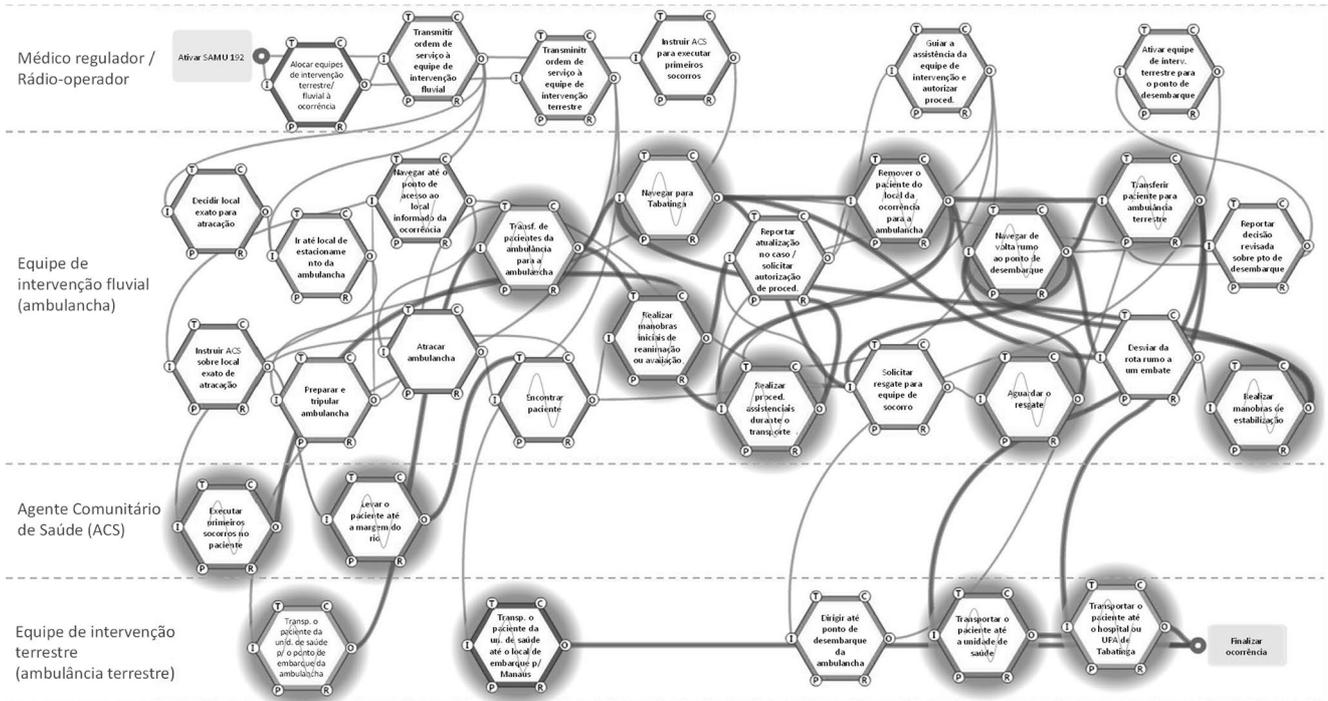
Resultados

Exposição à infecção e redução das equipes de intervenção disponíveis

A partir do conhecimento que obtivemos da operação do sistema antes da pandemia, tornou-se evidente que quando a pandemia atingisse as

equipes locais das ambulanchas, seus membros e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estariam bastante expostos à Covid-19. O fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) às equipes das ambulanchas é de responsabilidade das Secretarias de Saúde locais onde estão localizadas as bases descentralizadas. No contexto da pandemia, o caráter ultra periférico desses municípios e a esperada falta de EPIs às equipes locais – e aos ACS – aumentariam os riscos, reduziriam a disponibilidade de profissionais de atendimento de emergência. As próprias equipes poderiam, sem saber, transportar o vírus para comunidades mais isoladas contribuindo para a disseminação do vírus. O modelo preditivo Fram para este cenário é mostrado na *figura 1* e detalhado no *quadro 1*. As funções e acoplamentos destacados inserem no sistema um risco adicional de contaminação entre pessoas, roupas, objetos e superfícies. Acoplamentos não destacados ainda desempenham um papel de transmissão do risco de infecção.

Figura 1. Análise prospectiva - Cenário II - Modelo gráfico. Funções diretamente impactadas pelas mudanças na dinâmica da variabilidade, bem como respectivos acoplamentos a partir de suas saídas, são destacados



Fonte: elaboração própria.

Quadro 1. Análise prospectiva - Cenário 2 - Detalhamento das mudanças na dinâmica da variabilidade para funções diretamente impactadas. Código dos impactos da pandemia sobre as perturbações, mecanismos de amortecimento e variabilidade de saída: (↑L) = aumento da probabilidade; (↑S) = aumento da gravidade; (N) = novo; (↓M) = diminuição da manobrabilidade

Função	Saída	Perturbações exógenas (de funções à montante)		Perturbações endógenas (na própria função)	Mecanismos de amortecimento	Variabilidade na precisão da saída	
		Função à montante	Variabilidade na saída			Faixa	Descrição
Transf. de pacientes da ambulância para a ambulancha	Paciente a bordo da ambulancha			N: Risco de infecção ao manipular paciente	Normalmente não disponíveis: sem pia em veículos, falta de EPIs	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas
Executar primeiros socorros no paciente	Primeiros socorros realizados pelos ACSs			N: Risco de infecção ao manipular paciente	Normalmente não disponíveis: falta de treinamento e EPIs	N: Imprecisa	ACSs infectados. Roupas, objetos infectados
Levar o paciente até a margem do rio	Paciente na margem do rio			N: Risco de infecção durante o contato físico com o paciente	Normalmente não disponíveis: falta de treinamento e EPIs	N: Imprecisa	ACSs infectados. Roupas, objetos infectados
Realizar manobras iniciais de reanimação ou avaliação	Manobras iniciais realizadas			N: Risco de infecção ao manipular paciente	Normalmente não disponíveis: EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipe de socorro infectada. Roupas, objetos infectados
Remover o paciente do local da ocorrência para a ambulancha	Paciente a bordo da ambulancha			N: Risco de infecção ao manipular o paciente por longo período	Normalmente não disponíveis: EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipe de socorro/ACS/moradores da comunidade são infectados. Roupas/objetos/superfícies ficam infectadas
Navegar de volta rumo ao ponto de desembarque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chegada ao ponto de desembarque ▪ Necessidade de pausar a viagem para estabilizar o paciente ▪ Incidente na viagem 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ N: Risco de infecção quando próximo ao paciente por longos períodos ▪ ↑L: Várias vítimas a bordo 	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipe de socorro/segunda vítima/acompanhantes/infetados. Roupas/objetos/superfícies ficam infectadas
Navegar para Tabatinga	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chegada ao porto de Tabatinga ▪ pausar a viagem para estabilizar o paciente ▪ Incidente na viagem 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ N: Risco de infecção quando próximo ao paciente por longos períodos ▪ ↑L: Várias vítimas a bordo 	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipe de socorro/profissional de saúde designado/segundo paciente/infectados. Roupas/objetos/superfícies ficam infectadas
Realizar procedimentos assistenciais durante o transporte	Procedimentos assistenciais realizados			N: Risco de infecção ao manipular paciente	Normalmente não disponíveis: EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas

Quadro 1. Análise prospectiva – Cenário 2 – Detalhamento das mudanças na dinâmica da variabilidade para funções diretamente impactadas. Código dos impactos da pandemia sobre as perturbações, mecanismos de amortecimento e variabilidade de saída: (↑L) = aumento da probabilidade; (↑S) = aumento da gravidade; (N) = novo; (↓M) = diminuição da manobrabilidade

Função	Saída	Perturbações exógenas (de funções à montante)		Perturbações endógenas (na própria função)	Mecanismos de amortecimento	Variabilidade na precisão da saída	
		Função à montante	Variabilidade na saída			Faixa	Descrição
Realizar manobras de estabilização	Liberada a continuação da viagem			N: Risco de infecção ao manipular paciente	Normalmente não disponíveis: EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas
Aguardar o resgate	Chegada do resgate			<ul style="list-style-type: none"> ▪ N: Risco de infecção quando próximo ao paciente por longos períodos ▪ ↑L: Várias vítimas a bordo 	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipe de socorro/profissional de saúde designado/segundo paciente/infectados. Roupas/objetos/superfícies ficam infectadas
Transferir paciente para ambulância terrestre	Paciente transferido para ambulância	Ativar a equipe de socorro terrestre e enviar a ambulância para o ponto de desembarque da ambulância	↑L: Ordem de serviço aguarda até que a equipe de terra esteja disponível	N: Risco de infecção ao manipular paciente	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas
Transportar o paciente da unidade de saúde para o ponto de embarque da ambulância	Chegada do paciente ao ponto de embarque da ambulância			N: Risco de infecção quando em espaço fechado com paciente	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas
Transportar o paciente da unidade de saúde até o local de embarque para Manaus	Chegada do paciente ao ponto de embarque da ambulância			N: Risco de infecção quando em espaço fechado com paciente	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas
Transportar o paciente até a unidade de saúde	Chegada do paciente a unidade de saúde			N: Risco de infecção quando em espaço fechado com paciente	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas
Transportar o paciente ao hospital ou UPA de Tabatinga	Chegado do paciente ao hospital ou UPA de Tabatinga			N: Risco de infecção quando em espaço fechado com paciente	Normalmente não disponível: espaço limitado/sem pia em veículos/EPIs limitados	N: Imprecisa	Equipes de socorro infectadas. Roupas, objetos, superfícies infectadas

Fonte: elaboração própria.

Conforme a *figura 1*, a partir do momento em que a equipe da ambulância encontra uma vítima infectada com Covid-19 e realiza as primeiras medidas de estabilização e inspeção, inicia-se um período prolongado de exposição para os trabalhadores. Esse período pode durar horas e compreende o transporte do paciente, procedimentos de atendimento, transferência para a equipe de ambulância terrestre, cessando apenas com a chegada do paciente ao hospital. Há maior contato direto com o paciente durante as funções ‘realizar manobras iniciais de reanimação ou avaliação’, ‘retirar paciente da cena do evento para ambulância’, ‘transferir paciente para ambulância’, ‘realizar procedimentos de atendimento durante o transporte do paciente’ e ‘realizar manobras de estabilização’. EPIs como protetores faciais, máscaras, luvas e macacões são essenciais para minimizar a exposição ao vírus, mas dificilmente são fornecidos.

Durante as funções ‘navegar de volta ao ponto de desembarque’ e ‘navegar até Tabatinga’, não há contato físico entre tripulação e paciente. No entanto, devido ao pequeno espaço dentro da ambulância, a proximidade com o paciente por horas representa o risco de infecção. Isso é agravado pelo fato de que, como a demanda por atendimento de emergência aumentou, a tripulação pode precisar transportar mais de um paciente simultaneamente. Para as funções de navegação, os mecanismos de amortecimento seriam os já recomendados pelas autoridades de saúde: manter a maior distância possível do paciente, higienizar as mãos regularmente, evitar tocar no rosto e, ao final do atendimento, higienizar o local de trabalho e os equipamentos.

Infelizmente, nem a disponibilidade nem a estrutura de ambulâncias na região estão

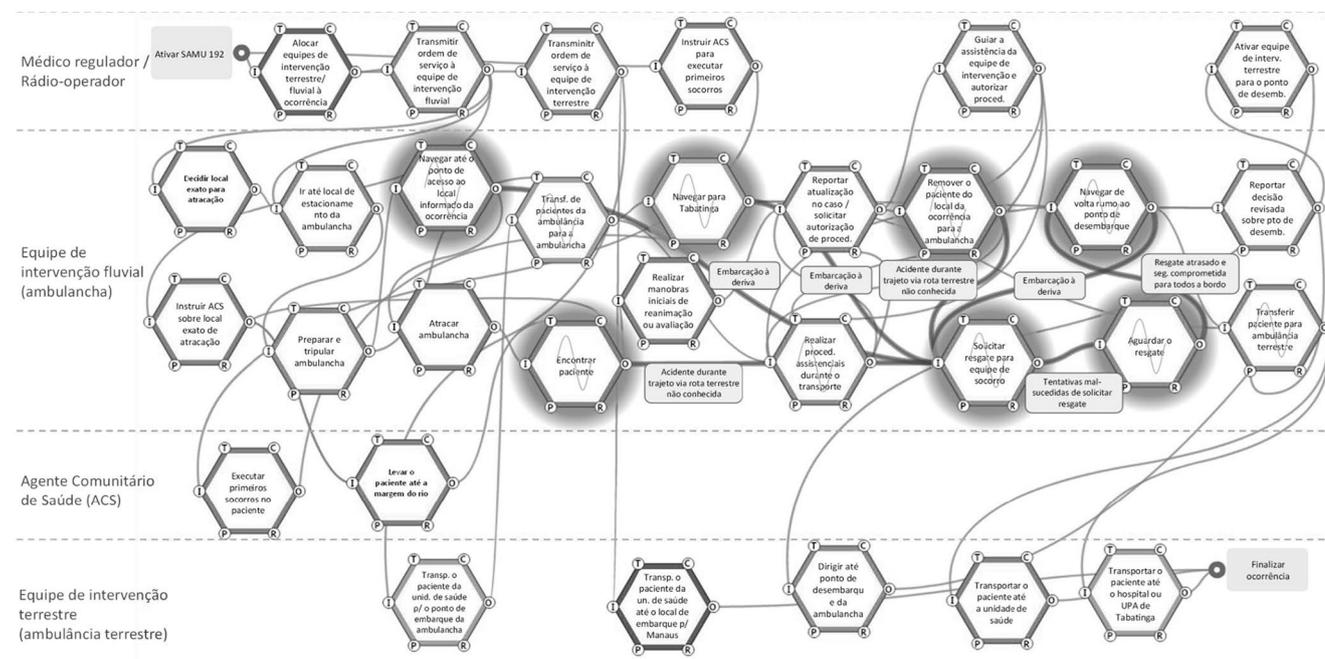
preparadas para suportar esses mecanismos de amortecimento. Isso vale durante a operação do serviço (espaço pequeno, falta de banheiro, pia e EPIs) e para ações de higiene entre ocorrências (projeto inadequado da cabine e falta de tempo disponível devido à demanda crescente pelo serviço durante a pandemia). Portanto, o risco de infecção aumenta à medida que o processo de atendimento se desenrola, devido à ressonância funcional. As equipes terrestres também enfrentam problemas semelhantes com seus veículos.

Em relação aos ACS, eles estão significativamente expostos durante a execução das funções ‘levar o paciente à beira do rio’ e ‘realizar os primeiros socorros ao paciente’, dada a falta de EPIs e treinamento para lidar com os sintomas graves da Covid-19 com segurança. Não existe um mecanismo de amortecimento eficaz que os ACS possam ativar nesses casos.

Resgate das equipes da ambulâncias

Outra maneira pela qual a pandemia de Covid-19, ao ampliar o descasamento entre a demanda e capacidade de atendimento móvel de emergência, afeta as condições de saúde e segurança dos trabalhadores, aparece sempre que a própria equipe da ambulância precisa ser resgatada durante a operação. Embora já seja uma situação crítica em condições típicas, vários fatores tornam os resgates sob o cenário de pandemia ainda mais desafiadores. O modelo preditivo Fram para este cenário é mostrado na *figura 2* e detalhado no *quadro 2*. Para este cenário, o impacto da crise facilitou as condições para o surgimento de incidentes e, por outro lado, adicionou obstáculos às funções de resgate.

Figura 2. Análise prospectiva - Cenário III - Modelo gráfico. Funções diretamente impactadas pelas mudanças na dinâmica da variabilidade, bem como respectivos acoplamentos a partir de suas saídas, são destacados



Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Análise prospectiva - Cenário 3 - Detalhamento das mudanças na dinâmica da variabilidade para funções diretamente impactadas. Código dos impactos da pandemia sobre as perturbações, mecanismos de amortecimento e variabilidade de saída: (↑L) = aumento da probabilidade; (↑S) = aumento da gravidade; (N) = novo; (↓M) = diminuição da manobrabilidade

Função	Saída	Perturbações exógenas (de funções à montante)			Mecanismos de amortecimento	Variação na saída em relação ao tempo	
		Função à montante	Variabilidade na saída	Perturbações endógenas (na)		Faixa	Descrição
Navegar até o ponto de acesso ao local informado do evento	<ul style="list-style-type: none"> • Chegada ao ponto de acesso • Incidente na viagem 			↑L: falha do motor (devido ao uso prolongado em condições não ideais)	Não disponível	↑L: Omissão (não realizada)	Não é possível chegar ao local do evento e precisa solicitar novo resgate
Encontrar paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente encontrado • Incidente na viagem 			↑L: necessitar de encontrar caminho por via terrestre em condições adversas (desconhecido / durante a noite)	Dificilmente disponível (ferramentas inadequadas ou incompletas e falta de EPIs)	↑L: Omissão (não realizada)	Equipe de socorro incapaz de alcançar o paciente e precisa de resgate devido a se perder ou sofrer acidentes (quedas / cortes / encontros com animais selvagens)

Quadro 2. Análise prospectiva – Cenário 3 – Detalhamento das mudanças na dinâmica da variabilidade para funções diretamente impactadas. Código dos impactos da pandemia sobre as perturbações, mecanismos de amortecimento e variabilidade de saída: (↑L) = aumento da probabilidade; (↑S) = aumento da gravidade; (N) = novo; (↓M) = diminuição da manobrabilidade

Função	Saída	Perturbações exógenas (de funções à montante)			Mecanismos de amortecimento	Variação na saída em relação ao tempo	
		Função à montante	Variabilidade na saída	Perturbações endógenas (na)		Faixa	Descrição
Remover o paciente do local da ocorrência para a ambulancha	<ul style="list-style-type: none"> Paciente a bordo da ambulancha Incidente na viagem 	Levar o paciente para a margem do rio	N: Vítima não fica próxima do ponto de atracação	↑L: necessitar de encontrar caminho por via terrestre em condições adversas (desconhecido / durante a noite)	Difícilmente disponível (ferramentas inadequadas ou incompletas e falta de EPIs)	L: Omissão (não realizada)	Equipe de socorro incapaz de alcançar a ambulância de água e precisa de resgate devido a se perder ou sofrer acidentes (quedas / cortes / encontros com animais selvagens)
Navegar para Tabatinga	<ul style="list-style-type: none"> Chegada ao porto de Tabatinga pausar a viagem para estabilizar o paciente Incidente na viagem 			↑L: falha do motor (devido ao uso prolongado em condições não ideais)	Não disponível	L: Omissão (não realizada)	Not possible to reach Tabatinga and need to request rescue
Navegar de volta rumo ao ponto de desembarque	<ul style="list-style-type: none"> Chegada ao ponto de desembarque Necessidade de pausar a viagem para estabilizar o paciente Incidente na viagem 			↑L: falha do motor (devido ao uso prolongado em condições não ideais)	Não disponível	L: Omissão (não realizada)	Not possible to reach disembark point and need to request rescue
Solicitar resgate para equipe de socorro	Regate solicitado	Todas as listadas acima (funções de 1 a 7)	↑L: Necessidade de solicitar resgate	<ul style="list-style-type: none"> ↑L: Menos embarcações da Secretaria Municipal de Saúde estão disponíveis para resgate devido ao manejo da pandemia N: Proprietários de barcos locais conhecidos, bem como os de barcos que passam com medo de contato prolongado com possível paciente com COVID-19 em barcos geralmente pequenos 	Não disponível	L: Omissão (não realizada)	As tentativas de solicitação de resgate falham. Dificuldade em solicitar resgate

Quadro 2. Análise prospectiva – Cenário 3 – Detalhamento das mudanças na dinâmica da variabilidade para funções diretamente impactadas. Código dos impactos da pandemia sobre as perturbações, mecanismos de amortecimento e variabilidade de saída: (↑L) = aumento da probabilidade; (↑S) = aumento da gravidade; (N) = novo; (↓M) = diminuição da manobrabilidade

Função	Saída	Perturbações exógenas (de funções à montante)			Mecanismos de amortecimento	Variação na saída em relação ao tempo	
		Função à montante	Variabilidade na saída	Perturbações endógenas (na)		Faixa	Descrição
Esperar pelo resgate	Chegada do resgate	Solicitar resgate	•L: Dificuldade em solicitar resgate		Sustentar os sinais vitais da vítima o melhor possível	↑L, ↑S: Muito tarde	O resgate demora mais para acontecer, ameaçando a condição de saúde da vítima e expondo todos a bordo à infecção e a serem interceptados por piratas do rio

Fonte: elaboração própria.

Ativada a função ‘solicitar resgate’, a pandemia a afetou diretamente em duas frentes:

- Os barcos da Secretaria de Saúde local – enviados para o resgate sempre que a equipe da ambulância em apuros consegue ligar para sua base descentralizada – ficaram menos disponíveis durante a pandemia, devido à pressão no sistema de saúde;
- Barqueiros locais conhecidos da tripulação, bem como barcos à vista nas proximidades, podem ter medo de arriscar um resgate no qual precisem transportar um (ou vários) paciente(s) com Covid-19 por longos períodos, em um espaço ainda menor do que o dos barcos do Samu.

Como resultado, a função ‘aguardar resgate’ pode demorar demais para ser concluída. Isso coloca o paciente em risco (devido ao agravamento de seu estado) e aumenta o risco de contaminação para a equipe de intervenção (devido à maior exposição se o paciente transportado estiver infectado com Covid-19).

Validação

Após o pico da primeira onda da pandemia na região, ocorrida no segundo trimestre de 2020,

os dois cenários descritos foram validados por meio de entrevistas complementares.

As entrevistas cobriram três tópicos:

1. validação das mudanças estimadas na dinâmica da variabilidade para funções diretamente impactadas;
2. validação de grandes interrupções no funcionamento do sistema de acordo com os cenários propostos;
3. investigação sobre mudanças adicionais no funcionamento do sistema depois que a pandemia atingiu a região.

As mudanças na dinâmica da variabilidade previstas na análise prospectiva para as funções ativadas ao longo dos cenários foram confirmadas. Em função da ressonância funcional essas mudanças levaram as seguintes fragilidades no sistema:

1. atrasos no atendimento de emergência e dificuldade no atendimento à demanda (por exemplo, devido a acoplamentos entre as funções ‘levar o paciente para a margem do rio’ e ‘remover o paciente das ocorrências de cena para ambulância’);

2. surto de Covid-19 em grande parte dos socorristas do Samu-192 (por exemplo, devido a acoplamentos entre navegação e funções de desempenho de cuidados);

3. dificuldade de atendimento (por exemplo, devido a acoplamentos entre funções 'navegar até Tabatinga' e 'solicitar socorro').

Assim, a modelagem Fram do sistema de atendimento de emergência durante o funcionamento regular pré-pandemia permitiu a análise de risco do seu funcionamento durante uma crise, nomeadamente a pandemia de Covid-19.

No entanto, foi relatada uma mudança adicional (não prevista na modelagem Fram) no funcionamento do sistema durante a pandemia que amorteceu variabilidades importantes. Isso dizia respeito à operação das equipes de emergência em coordenação com a estratégia de atenção primária. Na região do Alto Solimões, cada município possui uma unidade de atenção primária ribeirinha móvel (embarcação) que viaja continuamente pelas comunidades ribeirinhas locais para fornecer serviços de atenção primária. Durante o primeiro pico da pandemia, as equipes de atenção primária identificaram nas comunidades casos graves de Covid-19 que exigiam remoção para unidades de saúde especializadas.

Assim, equipes de ambulanchas passaram a monitorar o posto de saúde móvel e seu itinerário, para agilizar o atendimento, e até escoltar postos de ribeirinhos móveis de atenção primária, para agilizar o atendimento. Isso mostra a importância da coordenação entre as operações locais de saúde em diferentes níveis no aumento de demandas. As equipes das ambulanchas tornaram-se, temporariamente, extensões e suporte da atenção primária, além de mitigar casos de urgência em populações ribeirinhas. A capacidade para o desempenho resiliente significa não apenas ser capaz de se adaptar (capacidade latente), mas também de mudar a estrutura e o comportamento organizacional para se concentrar

na adaptação (comportamento manifesto), quando necessário.

Discussão

As modificações repentinas na dinâmica dos processos e condições de trabalho observadas neste estudo, destacam a exigência de agilidade e técnicas aperfeiçoadas que as equipes de ambulanchas do Samu-192 na região do Alto Solimões precisam desenvolver para lidar com situações de crise. O atendimento de emergência a populações ribeirinhas e indígenas requer, além de todas as dificuldades observadas, a utilização, como suporte no atendimento, dos aparelhos necessários para a manutenção da vida e estabilização do paciente, adição de elementos à carga de trabalho dos profissionais de saúde, que podem levar a estresse laboral crônico. O estudo mostrou que estes fatores que foram agravados pela pandemia de Covid-19, que mudou a dinâmica do sistema, aumentando o volume de atendimentos e acrescentando novos fatores de risco e medo ao cotidiano de trabalho¹⁴.

Em ocorrências extremas, como a pandemia de Covid-19, as equipes de saúde encontram demandas maiores do que o normal para manter a qualidade do cuidado e ainda assim manter os aspectos relacionados à sua segurança¹⁵⁻¹⁸. Um exemplo é o papel essencial dos ACS no atendimento a emergências, concentrando-se em fornecer as medidas iniciais de suporte aos pacientes. Pela sua experiência e natureza do perfil epidemiológico das ocorrências, os ACS geralmente estão aptos a prestar os primeiros socorros¹⁹. No entanto, as condições de aumento de carga de trabalho e sofrimento psicológico em face do vínculo que estes profissionais estabelecem com as populações vulneráveis do Alto Solimões dificultam sobremaneira o trabalho destes agentes, o que pode contribuir para o relaxamento de sua própria segurança. Os achados do presente estudo, então, fornecem uma perspectiva aprofundada

para as evidências apresentadas em literatura recente relacionada ao tema, destacando que o recrudescimento das condições de trabalho face a pandemia dos ACS e equipes de emergência da região Norte foram submetidos durante a pandemia, influenciaram sua segurança e bem-estar^{20,21}.

Na fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, embora se esteja tratando de Estados nacionais diferentes, os modelos de financiamento de saúde são similares. Em suma, os governos garantem assistência integral sem custo para pessoas inseridas na linha de pobreza ou vulneráveis, com a diferença que, no Brasil, o acesso é universal²². Corroborando com os achados deste estudo, os autores também descrevem que, apesar de deficiente, como o sistema de saúde brasileiro é gratuito e universal é, frequentemente, utilizado por moradores dos demais países, principalmente para o atendimento de urgência, de gestantes e crianças. Sendo assim, esta migração inter-regional (pendular) faz com que seja complicada a projeção precisa do custo dos serviços de saúde oferecidos, bem como o planejamento, tendo em vista que não há o repasse financeiro dos respectivos países que fazem fronteira com o Brasil. Desta forma, é comum uma sobrecarga no atendimento dos estabelecimentos de saúde do lado brasileiro, sem a contrapartida financeira, dificultando desta forma a organização dos serviços de saúde.

Outro ponto a ser destacado ainda segundo Neves et al.²³ nesse sentido o Sistema Único de Saúde (SUS em pesquisa realizada na cidade de Tabatinga, com base no discurso dos profissionais entrevistados mostra que o fluxo de estrangeiros que acessam os serviços de saúde no Brasil pela ESF é muito intenso, principalmente, porque na Colômbia, o serviço de saúde somente é possível ser utilizado

por meio de aquisição de 'seguros de saúde' não gratuitos; e, no Peru, há uma grande distância para a cidade que teria condições de dar suporte para os usuários, na localidade de Iquitos (cerca de 18 horas de barco segundo alguns

entrevistados). Os moradores da Comunidade de Santa Rosa, no Peru, acessam os serviços do SUS com maior regularidade porque não tem serviços de saúde à disposição, quando buscam os serviços no Brasil, segundo os profissionais, estão com algumas patologias em estágios avançados.

Os profissionais relataram ainda durante as entrevistas que a maior procura é pela atenção à saúde das gestantes que tem o objetivo de ter seus filhos nascidos no Brasil, por oferecer o serviço gratuitamente e também para obterem, assim, os direitos de cidadão brasileiro.

O transporte de pacientes de Covid-19 nas regiões ribeirinhas se mostrou um desafio bastante particular para todos os tipos de trabalhadores envolvidos no serviço das ambulâncias, dos condutores aos enfermeiros. Na medida em que aumenta lacuna entre a demanda e a capacidade de se chegar aos pacientes e de levá-los com segurança – para pacientes e trabalhadores – a resolutividade do serviço é seriamente comprometida, pois o risco de infecção dos profissionais aumenta, causando um aumento da prevalência de afastamentos, não só pela própria Covid-19, mas também por doenças psicológicas como ansiedade e *burnout*^{24,25}.

Conclusões

O socorro e transporte de pacientes das comunidades ribeirinhas da região do Alto Solimões são possíveis não só porque os profissionais do Samu-192 adotam protocolos estabelecidos, mas também porque desenvolveram a capacidade de se adaptar as necessidades de atendimento, mesmo sem os recursos apropriados disponíveis, fatores esses que impactam sobre o funcionamento e resiliência dos serviços, além de produzir efeitos maléficos para a saúde física e mental dos trabalhadores.

Diante desses achados, o presente estudo destacou que elementos extraorganizacionais relacionados a participação comunitária na

produção do cuidado tais como auxílio nos primeiros socorros, na localização e transportes de pacientes, reorganização de bases e unidades de saúde, resgates de ambulâncias podem agir como impulsionadores do desempenho resiliente.

O estudo mostrou ainda que em situações que impactam num aumento desordenado, como na pandemia de Covid-19, de demanda no atendimento do Samu-192, acabam tendo influência diretamente proporcional sobre a carga de trabalho impactando a saúde física e mental desses trabalhadores, na qualidade do atendimento prestado, bem como sobre o sofrimento psíquico e a qualidade de vida dos profissionais do Samu-192.

O uso do Fram para modelar a operação regular com base em dados aprofundados da atividade de trabalho permitiu uma análise de cenário prospectivo que previu dificuldades nas condições de atuação do serviço de ambulâncias do Samu-192 durante condições de

estresse. Em termos do domínio de aplicação, essa abordagem foi capaz de prever como o aumento da degradação das situações de trabalho afetaria a prestação de atendimento de emergência à população ribeirinha quando a pandemia de Covid-19 atingisse o pico, o que se confirmou através dos relatos obtidos com os informantes chaves durante o avanço no número de casos naquela região.

Colaboradores

Nunes PC (0000-0002-9117-9805)*, Carvalho PVR (0000-0002-9276-8193)*, Arcuri R (0000-0002-5704-6486)*, Bellas H (0000-0002-1852-9047)*, Bulhões B (0000-0001-6462-0012)*, Viana J (0000-0001-5442-136X)* e Jatobá A (0000-0002-7059-6546)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Barreto ICHC, Costa Filho RV, Ramos RF, et al. Health collapse in Manaus: the burden of not adhering to non-pharmacological measures to reduce the transmission of Covid-19. *Saúde debate*. 2021; 45(131):1126-39.
2. Hollnagel E. Prologue: Why do our expectations of how work should be done never correspond exactly to how work is done. In: Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E, editores. *Resilient Health Care III: Reconciling Work-as-Imagined and Work-as-Done*. 2016. p. 7-16.
3. Jatobá A, Bellas H, Arcuri R, et al. Water ambulances and the challenges of delivering mobile emergency healthcare to riverine and maritime communities. *Am J Emerg Med*. 2021; (47):258-66.
4. Levino A, Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da triplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(5):490-500.
5. Hollnagel E, Paries J, Woods DD, et al., editores. *Resilience engineering in practice: a guidebook*. Burlington: Ashgate; 2011. 322 p.
6. Fairbanks RJ, Wears RL, Woods DD, et al. Resilience and Resilience Engineering in Health Care. *Jt Comm*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- J Qual Patient Saf. 2014; 40(8):376-83.
7. Hollnagel E. FRAM: The Functional Resonance Analysis Method: Modelling Complex Socio-technical Systems. Londres: CRC Press; 2017. [acesso em 2019 abr 9]. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781351935968>.
 8. Birnbaum ML, Daily EK, O'Rourke AP. Research and evaluations of the health aspects of disasters, Part IX: risk-reduction framework. *Prehosp. disaster med.* 2016 [acesso em 2019 abr 9]; 31(1):309-25. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1049023X16000352>.
 9. Jatobá A, Bellas HC, Koster I, et al. Patient visits in poorly developed territories: a case study with community health workers. *Cogn Technol Work.* 2018; 20(1):125-52.
 10. Carrington MA, Ranse J, Hammad K. The impact of disasters on emergency department resources: review against the Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030. *Australas Emerg Care.* 2020 [acesso em 2019 abr 9]; 24(1):55-60. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588994X20300968>.
 11. Carvalho PVR. The use of Functional Resonance Analysis Method (FRAM) in a mid-air collision to understand some characteristics of the air traffic management system resilience. *Reliab Eng Syst Saf.* 2011; 96(11):1482-98.
 12. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa qualitativa técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.
 13. Arcuri R, Bellas HC, Ferreira DS, et al. On the brink of disruption: Applying Resilience Engineering to anticipate system performance under crisis. *Appl Ergon.* 2022; (99):103632.
 14. Salomé GM, Cavali A, Espósito VHC. Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(5):6816-6.
 15. Doyle JJ, Graves JA, Gruber J. Uncovering waste in US healthcare. *J Health Econ.* 2017; 54:25-39.
 16. Sjölin H, Lindström V, Hult H, et al. What an ambulance nurse needs to know: A content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care. *Int Emerg Nurs.* 2015; 23(2):127-32.
 17. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(9):3465-74.
 18. Costa NR, Silva PRF, Lago MJ, et al. The institutional capacity of the Health Sector and the response to COVID-19 in a global perspective. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021; 26(10):4645-54.
 19. Simas PRP, Pinto ICM. Health work: portrait of community workers in the Northeast region of Brazil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(6):1865-76.
 20. Costa N, Bellas H, Silva PRF, et al. Community health workers' attitudes, practices and perceptions towards the COVID-19 pandemic in Brazilian low-income communities. *Work.* 2021; 68(1):3-11.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica do Coronavírus - COVID-19 na Atenção Primária à Saúde - Versão 2. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2023 jan 25]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/20200403_recomendacoes_ACS_COVID19_ver002_final_b.pdf.
 22. Souza AJA, Simonian LTL. The challenges of the health public policies in the Triple Border of Brasil, Colombia and Peru. *Amazon Invest.* 2019; 8(24):541-51.
 23. Neves M, Tobias R, Kadri M, et al. A saúde na fronteira amazônica: estudo de caso do programa mais médicos na tríplice fronteira Brasil, Colômbia, Peru em relação ao fluxo e registro de estrangeiros na atenção básica. In: 13º Congresso Internacional

Rede Unida; 2017 maio 30-Jun 2; Manaus. Manaus: UFAM; 2017. [acesso em 2023 maio 23]. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/1047>.

24. Therense M, Perdomo SB, Fernandes ACS. Nós da linha de frente: diálogos sobre o ser da saúde no contexto da pandemia. *Cad Psicol Soc Trab*. 2021; 24(2):265-78.

25. Faria MV, Rodrigues CI, Nelson SFJ, et al. Impact of COVID-19 on Healthcare Workers in Brazil between August and November 2020: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(12):6511.

Recebido em 19/10/2022

Aprovado em 15/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

The impact of *bolsonarismo* on COVID-19 vaccination coverage in Brazilian municipalities

O impacto do bolsonarismo na cobertura vacinal de Covid-19 em municípios brasileiros

Vitor de Moraes Peixoto¹, João Gabriel Ribeiro Pessanha Leal², Larissa Martins Marques³

DOI: 10.1590/0103-1104202313906

ABSTRACT The immunization campaign against COVID-19 started in Brazil in January 2021 after strong pressure from society on the federal government, which had created a series of ideological obstacles against vaccines, especially those produced with Chinese inputs. This article analyzes the impact of far-right ideology on the spatial distribution of vaccine coverage against COVID-19 in Brazilian municipalities. By means of hierarchical models, it was identified that, maintaining constant socio-demographic characteristics and the structures of the Unified Health System, the degree of *bolsonarismo* in the municipalities had a negative impact on the coverage rates of the first, second and, especially, of the third dose.

KEYWORDS Vaccination coverage. COVID-19 Vaccines. Immunization programs. Attitude to health. Ideology.

RESUMO A campanha de imunização contra a Covid-19 foi iniciada no Brasil em janeiro de 2021 após forte pressão da sociedade sobre o governo federal, que havia criado uma série de empecilhos ideológicos às vacinas, sobretudo as produzidas com insumos chineses. Este artigo analisa o impacto da ideologia de extrema direita na distribuição espacial da cobertura vacinal contra Covid-19 nos municípios brasileiros. Por meio de modelos hierárquicos multiníveis de dois estágios identificou-se que, mantidas constantes as características socio-demográficas e as estruturas do Sistema Único de Saúde, o grau de *bolsonarismo* nos municípios impactou negativamente as taxas de cobertura da primeira, da segunda e, especialmente, da terceira dose da vacina.

PALAVRAS-CHAVE Cobertura vacinal. Vacina Covid-19. Programas de imunização. Atitude frente a saúde. Ideologia.

¹Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (Uenf) - Campos (RJ), Brasil.
moraespeixoto@gmail.com

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

³Universidade de Brasília (UnB), Instituto de Ciência Política (Ipol) - Brasília (DF), Brasil.



Introduction

The aim of this article is to analyze the impact of the federal government's statements and actions on the COVID-19 vaccination coverage rate in Brazil. The development of an effective vaccine against SARS-CoV-2 occurred swiftly within the scientific production chain. However, in the past few years, countries have encountered structural issues in terms of vaccine production, procurement, and distribution¹. Despite the successful implementation of the National Immunization Plan (PNI)²⁻⁴, Brazil has faced additional challenges in acquiring and administering vaccines. President Jair Bolsonaro, like some far-right international leaders^{5,6}, has publicly discouraged the population from getting vaccinated through his speeches and interviews.

Populism, in a minimalistic definition, is a 'thin ideology' that views an overlap between the elite and the people. In these definitions, the people and society are central, with society being depicted as divided into two homogenous and antagonistic sides. In this context, one can find a 'pure' people opposed to a corrupt elite, with the belief that politics should reflect the general will of the people⁷⁻⁹.

Far-right populism, as exemplified by the ideology of Brazilian President Jair Bolsonaro, often relies on selecting 'symbolic enemies of low informational cost' in order to maintain the mobilization of its supporters¹⁰. In Brazil, *bolsonarismo* has propagated a discourse that is opposed to the Supreme Court, political parties, and the left. This conservative movement captured a significant portion of the electorate that no longer felt represented by the traditional political system. During the COVID-19 pandemic, it also adopted elements of Trumpism and targeted the World Health Organization (WHO), China, and science as primary adversaries. There were several instances in which these public enemies were explicitly named, and vaccination became a particularly contentious issue because it brought together various antagonists into one.

Therefore, one of the strategies adopted by Bolsonaro to connect with his electorate was to reject and doubt the information provided by the media and traditional institutions regarding the COVID-19 pandemic. This rhetoric, which was hostile towards the progress of science or any other thing that challenged the principles of his political agenda, had been present for years¹¹. In 2020, when the pandemic began, the president became a leading figure in a movement that made it difficult to build a collective trust in the scientific solution to the crisis, namely the vaccines against the virus.

To communicate directly with his supporters, President Bolsonaro has utilized live streams on his social media accounts, small press rallies, and interviews. These have been the main channels through which he has disseminated his narrative on how to approach the COVID-19 pandemic. Generally speaking, this narrative can be divided into two main categories: discourse and state actions.

In his speeches, President Bolsonaro presented pseudo solutions that seemed simple, quick, and less costly for the country's economy in the short term¹². He argued that early treatment with antimalarial drugs could reduce hospitalization and mortality rates, even though there was no scientific evidence to support this claim. He also discredited the efforts of governors and mayors to address the pandemic by labeling them as 'stop whining' and claimed that infection with the COVID-19 virus provides more effective immunity than vaccination. At an official event promoted by the United Nations, he advocated for early treatment and the autonomy of physicians to prescribe ineffective drugs. He was also against mandatory vaccination for young people between the ages of 12 and 17, citing potential side effects from the Pfizer vaccine and stating that he would not vaccinate his daughter. He disseminated a false British report linking the COVID-19 vaccine to the AIDS virus, and, without any evidence, he claimed that cases of embolism and thrombosis were side effects

of the vaccine. These statements may have contributed to the construction of an ideology of mistrust towards the vaccine among the population.

In terms of state actions, the government has been intentionally inefficient in implementing measures to mitigate the impact of the COVID-19 pandemic. A Parliamentary Inquiry Commission (CPI) was established in the Federal Senate to investigate the actions of the federal government. The Commission discovered that the government failed to respond to five bids for vaccines from Pfizer for two months, and documents revealed that the government halved the number of vaccine doses to be received through the Covax Facility. During the CPI, the director of the Butantan Institute stated that the government delayed the purchase of the Coronavac vaccine due to statements made by President Bolsonaro, and a commercial representative claimed that there was a request for a bribe in negotiations for vaccines between the Ministry of Health and the Davati company.

In regard to state actions, they reflected the government's intentional inefficiency in addressing the measures needed to mitigate the impact of the pandemic. In response to these omissions and inaction, a Parliamentary Inquiry Commission (CPI) was established in the Federal Senate to investigate the actions of the federal government. The CPI revealed that Pfizer's bids for vaccines for Brazil were ignored by the federal government for two months and documents showed that the government halved the number of vaccine doses to be received through the Covax Facility. The director of the Butantan Institute testified that the government delayed the purchase of the Coronavac vaccine due to statements made by Bolsonaro and a commercial representative reported an alleged request for a bribe in negotiations between the Ministry of Health and the Davati company. The Federal Audit Court (TCU) also identified the government's failures in addressing the pandemic and noted that the federal government did not fulfill its

role in combating COVID-19. Additionally, the Bolsonaro government vetoed a provision of the Budget Guidelines Law that would have provided a 50% increase in funding for resources to combat the pandemic. A comprehensive overview of the government's actions and omissions can be found in the report of the Federal Senate's¹³.

The actions of a democratically elected political leader and his moral values expressed in public speeches and measures can decide whether a public policy will have adherence among citizens¹⁴. In the case of the pandemic this situation was apparent. Research indicates that different political positions of state leaders on contagion and health behaviors impacted the spread of the virus and, consequently, the lives of the population^{15,16}. In the US in the early 2020s, partisan identification (as measured by support for President Trump or Republican/Democrat ideological positioning) explains differences among Americans on a wide range of health rules. Democrats were more in favor of researching information about COVID-19, taking action against the virus, among other things¹⁷. A second analysis also indicated that in July and August of the same year in counties less favorable to Trump the growth rates of COVID-19 cases and deaths eased, while counties with greater support for Trump witnessed a trajectory of increased cases and deaths over the same period¹⁸. These situations are associated with widely divergent attitudes and behaviors by Republicans and Democrats toward COVID-19.

All the discrediting and discouraging of measures to prevent the side effects of the pandemic played by the President resulted in direct consequences on the population. A number of studies have pointed to a positive relationship between Presidential support and a higher incidence of cases and deaths¹⁹⁻²³ and low adherence to non-pharmacological measures against COVID-19²⁴⁻²⁹.

Given this context, it is important to consider the effect of *bolsonarismo* on COVID-19 vaccination coverage in Brazilian municipalities.

We anticipate that support for Jair Bolsonaro will have a negative impact on adherence to vaccination programs, such that municipalities with higher levels of support for the president will have lower vaccination coverage.

One barrier to achieving high vaccination rates against the COVID-19 virus has been hesitation to receive the vaccine. This has been influenced by ideological issues, particularly by the promotion of conspiracy theories against mass vaccination by far-right party leaders and their supporters^{30,31}. In 2021, counties with a high percentage of Republican voters in the US had significantly lower vaccination rates³². A similar pattern has been observed in Norway, where even when controlling for a range of variables, vaccine refusal is associated with individuals sympathetic to the right-wing ideology³³. This study aims to investigate whether support for the far-right President has contributed to increased vaccine hesitancy in the country.

Material and methods

The focus of this study is vaccination coverage, which is divided into three dependent variables: (a) the percentage of the population vaccinated with at least one dose, (b) the percentage of the population vaccinated with at least two doses, and (c) the percentage of the population vaccinated with at least one booster dose. Individuals vaccinated with a single dose of the Janssen vaccine were included in both (a) and (c). The vaccination data were obtained from the Open Data-SUS platform for the period from January 2021 to September 2022. The three indicators were operationalized using the population projection for 2021, which is also available from Data-SUS.

Regarding these variables, the state used greater enforcement measures to encourage the administration of the first and second doses of vaccines. Governors and mayors have implemented decrees restricting access to public transportation and entry into public

offices and entertainment venues, such as movie theaters, theaters, and soccer stadiums for unvaccinated individuals. In contrast, for the booster dose, citizens had more choice in deciding whether to be immunized due to the lack of state efforts to promote vaccination as there were for the first two doses.

Therefore, it is expected to find a stronger relationship between *bolsonarismo* and vaccination coverage at the third dose.

The creation of the indicator from the 2021 population projection led to some instances of municipalities having vaccination coverage rates above 100%, with all cases over 120% being excluded from the analysis. These cases are largely concentrated in the index that measures the percentage of the population with at least one dose and in small municipalities (those with fewer than 10,000 inhabitants). This is primarily due to two factors. Firstly, population projections tend to be more accurate for larger municipalities, with some inaccuracies occurring in small municipalities. Secondly, in the few cases of rates above 100% in larger municipalities (those with more than 100,000 inhabitants), the explanation is vaccine migration, which refers to citizens moving to other municipalities to be immunized. This phenomenon occurred more frequently in the administration of the first dose and in large municipalities in metropolitan areas that absorbed the population of neighboring municipalities^{34,35}.

To operationalize the independent variable 'degree of *bolsonarismo*' in the population, the proportion of votes obtained by Jair Bolsonaro in the first round of the 2022 presidential election was used as a proxy. While this variable is a result of behavior that occurred after the vaccination period, it is the best proxy for a latent variable such as the degree of adherence to the anti-vaccine ideas propagated by the President during the pandemic.

Studies on vaccine inequality in COVID-19 have shown that the rate and volume of doses administered varied among Brazilian municipalities³⁶⁻³⁸. To control for socioeconomic

and spatial variation in municipal capacity to provide vaccines, as well as demographic characteristics of the municipalities, a number of variables were introduced.

Control variables include:

- The inequality index (Gini);
- Number of public facilities for basic health (sum of health centers/basic units and immunization centers), per 10 thousand inhabitants;

- The identification of whether the municipality is a health hub;

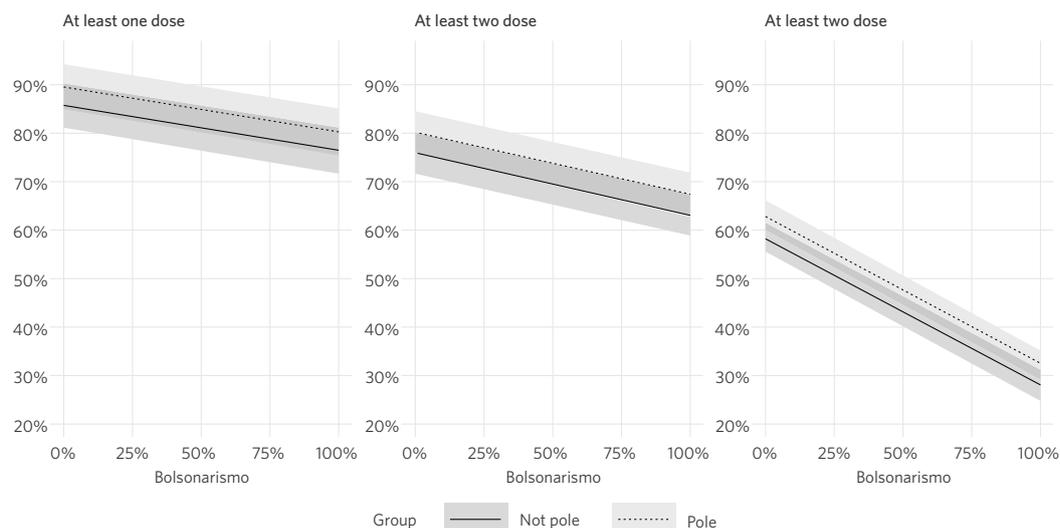
- GDP *per capita*;

- Percentage of the population over 60;

- The logarithm of the population projected by IBGE for the year 2021.

Figure 1 summarizes the respective variables as well as their descriptive statistics:

Figure 1. Presentation and description of the dependent variables



Source: Elaborated by the authors.

The observation unit for this study was the 5568 Brazilian municipalities. The econometric model used was a hierarchical linear (multilevel) model with the states serving as the second level of aggregation, with random effects³⁹ included. This model was chosen due to the significant influence that governors had on the measures taken to combat the pandemic, such as the distribution of vaccines among the municipalities.

The information was gathered and made available in a public repository (<https://>

gitlab.com/nerd-lab/eleicao_vacina) in order to guarantee the replicability and publicity of both the databases and the scripts of the econometric models used.

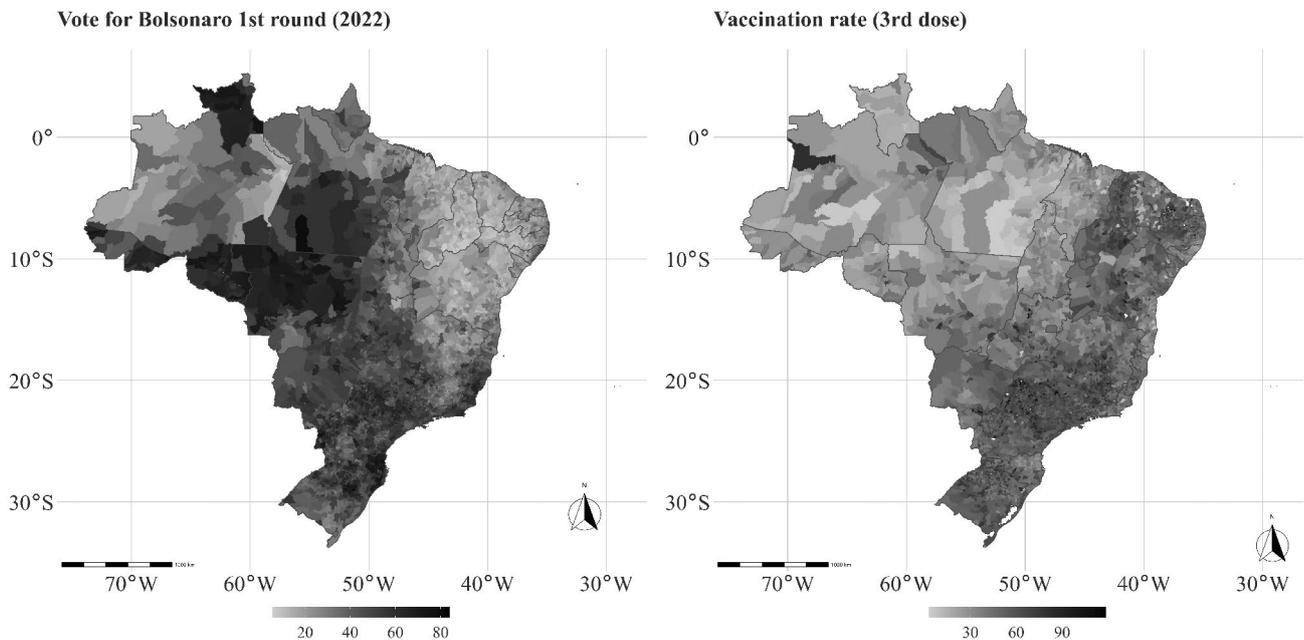
Results

The Center-West and North regions of Brazil had higher rates of support for President Bolsonaro in the elections and lower rates of booster dose uptake. In contrast, the

Northeastern municipalities expressed less support for the President and higher rates of booster dose uptake. On the other hand, in the Southeastern states, particularly in São Paulo, there was a higher level of support for Bolsonaro and a higher rate of booster dose uptake. This may be due to the efforts

of Governor João Dória (PSDB), a political rival of President Bolsonaro, to address the pandemic through the production of the Sinopharm vaccine and promotion of vaccination, mask-wearing, and social distancing measures.

Figure 2. Bolsonaro's voting map and the map of vaccination coverage with at least the third dose

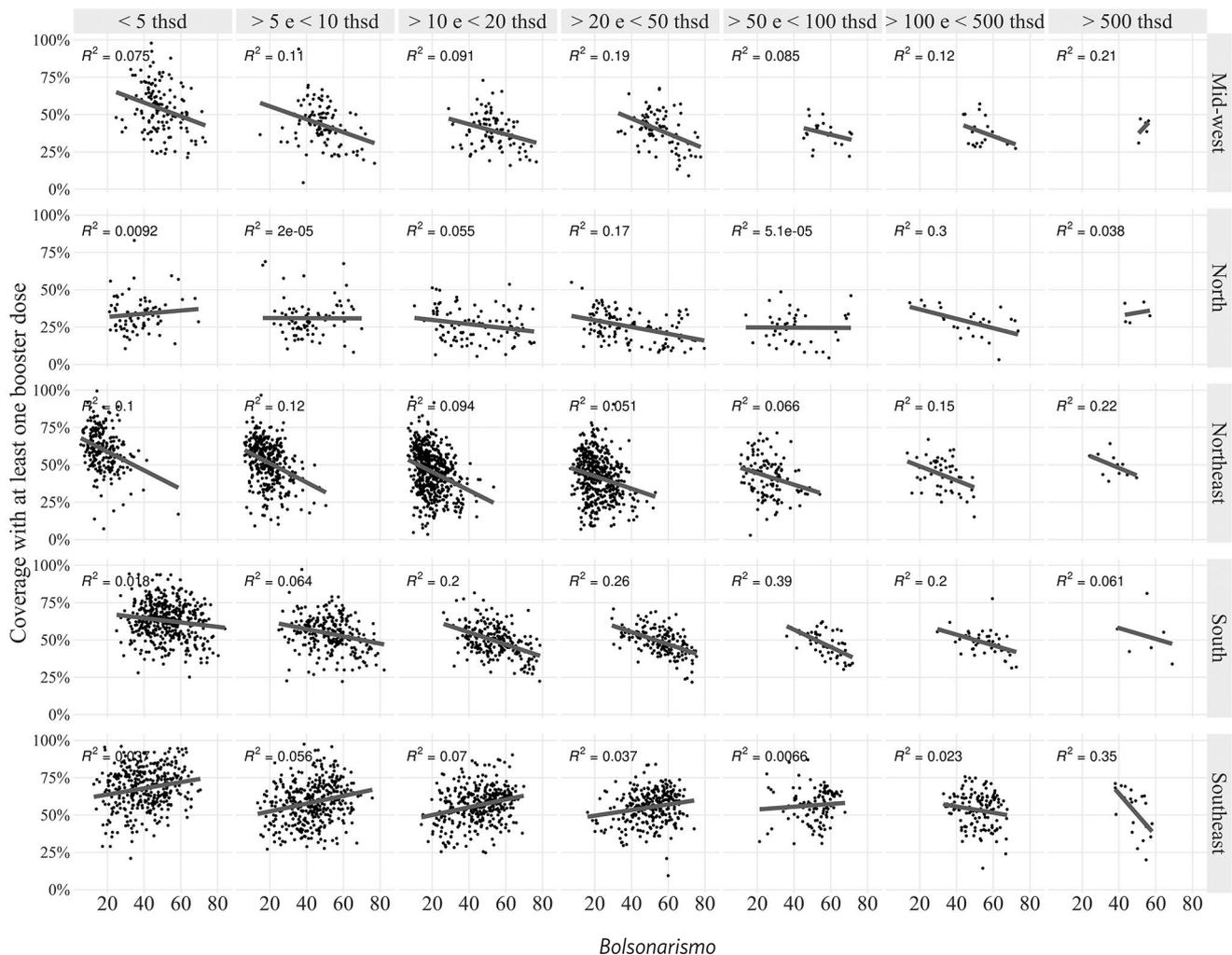


Source: Elaborated by the authors^{40,41}.

Figure 3 shows the relationship between third-dose coverage percentages with *bolsonarismo*, controlled by population size and region. The scatter diagram displays a negative

relationship between the percentage voting for Bolsonaro and the booster dose vaccination rate in almost all municipality size ranges and regions (with the exception of the Southeast).

Figure 3. Relationship between vaccination coverage rate with at least one booster dose and *bolsonarismo*, by population size and region



Source: Elaborated by the authors^{40,41}.

The reversal of the relationship observed in the Southeast region of Brazil suggests that the role of the state government, specifically the distribution of vaccines by the governors, may be a significant factor. The actions of the Governor of São Paulo, João Dória (PSDB), who has been in conflict with the federal government, may also be relevant in this context. These considerations justify the inclusion of the states as controls in the regression models.

The results of the sociodemographic controls showed the expected signs and statistical significance, except for the Gini inequality

index, which was significant only in the model for the third dose. Overall, higher GDP per capita, larger population size, and greater number of health facilities were associated with higher vaccination coverage rates in all three models.

According to the models, the degree of support for President Bolsonaro, as measured by the percentage of votes received in the 2022 first-round election, is negatively associated with vaccination coverage. Specifically, for each one percentage point increase in the vote for Bolsonaro, vaccination coverage decreases

by 0.3 percentage points for the third dose, 0.13 percentage points for the second dose, and 0.09 percentage points for the first dose. This means that municipalities with higher levels of support for President Bolsonaro have lower vaccination rates. The effect of

this relationship is particularly pronounced for the third dose, as municipalities with similar characteristics may experience a difference in vaccination coverage of up to 30 percentage points depending on their degree of support for Bolsonaro.

Table 1. Hierarchical models

Predictors	% coverage with at least one dose			% coverage with at least two doses			% coverage with at least three doses		
	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p	Estimates	CI	p
(Intercept)	72.41	65.99 - 78.83	< 0.001	67.26	61.11 - 73.41	< 0.001	53.81	48.29 - 59.32	< 0.001
Bolsonarismo (% of votes 2022)	-0.09	-0.12 - -0.06	< 0.001	-0.13	-0.16 - -0.10	< 0.001	-0.30	-0.33 - -0.27	< 0.001
GINI (2010)	3.67	-1.60 - 8.94	0.172	-1.60	-6.84 - 3.65	0.550	-13.89	-19.30 - -8.47	< 0.001
GPD per capita (2017)	0.00	0.00 - 0.00	< 0.001	0.00	0.00 - 0.00	< 0.001	0.00	0.00 - 0.00	< 0.001
Health equipment (provided)	0.43	0.31 - 0.56	< 0.001	0.44	0.32 - 0.57	< 0.001	0.34	0.22 - 0.47	< 0.001
Municipality center in health	3.88	2.75 - 5.00	< 0.001	4.13	3.00 - 5.25	< 0.001	4.52	3.35 - 5.68	< 0.001
Population log (2021)	-1.06	-1.41 - -0.70	< 0.001	-1.58	-1.94 - -1.23	< 0.001	-1.75	-2.12 - -1.39	< 0.001
% of people over 60	1.1	1.02 - 1.19	< 0.001	1.32	1.23 - 1.40	< 0.001	1.61	1.52 - 1.70	< 0.001
Random Effects									
o2	100.05			100.24			107.94		
t00	132.98 uf			110.84 uf			49.73 uf		
ICC	0.57			0.53			0.32		
N	27 uf			27 uf			27 uf		
Observations	5453			5517			5550		
Marginal R2 / Conditional R2	0.145 / 0.633			0.219 / 0.629			0.356 / 0.559		

Source: Elaborated by the authors.

Table 2. Expected effects between vaccination rate, bolsonarismo and health hub municipalities

Dependent Variables	Mean	SD	NA	Frequency (%)	Median	Minimum	Maximum	Histogram	Source	Expected effects
% Coverage at least one dose	85.30	16.73	115	-	87.88	3.98	119.93		Data-SUS	-
% Coverage at least two doses	75.57	17.12	52	-	78.33	1.44	119.77		Data-SUS	-
% Coverage at least booster doses	50.90	16.69	18	-	51.74	2.83	118.60		Data-SUS	-

Table 2. Expected effects between vaccination rate, *bolsonarismo* and health hub municipalities

	Mean	SD	NA	Frequency (%)	Median	Minimum	Maximum	Histogram	Source	Expected effects
Political Aspect										
Bolsonarismo (% votes in 1st round of 2022)	39.43	17.25	-	-	40.95	5.59	83.98		TSE	Negative
Sociodemographic Aspect										
Gini (2010)	0.50	0.07	5	-	0.50	0.28	0.81		IBGE	Negative
Population (2021)	38.297.60	224.288.15	-	-	11732	771	12.396.372		IBGE	Negative
GPD per capita (2017)	21990.76	20946.32	-	-	16598.85	505954	344847.17		IBGE	Positive
Percentage of people over 60 years old	15.98	4.84	-	-	15.66	2.46	39.30		IBGE	Positive
Institutional Aspects (SUS)										
Health equipment (Basic Units)	4.81	2.79	1	-	4.28	0.00	34.84		Data-SUS	Positive
Pole Municipality in health	-	-	-	483 cases (1%)	-	-	-	-	Data-SUS	Positive

Source: Elaborated by the authors.

The evidence suggests that the restrictive public policies implemented by governors and mayors have had a limited effect on the third dose vaccination coverage. This may be due to the fact that these restrictions only applied to the first two doses of the vaccine, making the third dose voluntary. Furthermore, the impact of *bolsonarismo* on vaccination rates appears to be present even in health-focused counties, indicating that the President's negative influence extends beyond structural issues within the healthcare system.

Conclusions

The growth of anti-vaccine discourse has led to some individuals being hesitant to receive the COVID-19 vaccine. In countries like Brazil, this hesitancy has been exacerbated by political leaders. In Brazil, rejection of the vaccine developed in conjunction

with the Chinese consortium was particularly strong among those who had a positive assessment of Bolsonaro⁴².

Based on the analysis of COVID-19 vaccination coverage data, a hierarchical linear model was constructed with states as the second level of aggregation. This model controlled for sociodemographic and SUS structure effects in order to measure the impact of the degree of *bolsonarismo* on municipalities. The results of the analysis showed strong statistical evidence that the greater the electoral support for Bolsonaro, the lower the vaccination coverage. Specifically, for every one percentage point in the 2022 first-round vote for Bolsonaro, vaccination coverage drops by 0.30 percentage points for the third dose, 0.13 for the second dose, and 0.09 for the first dose.

The President's attacks on COVID-19 vaccination have had negative and statistically significant effects on the immunization campaign. This suggests that the behavior of the country's president has jeopardized

one of the largest and most recognized vaccination programs in the world.

The findings of this paper demonstrate that political factors have hindered the increase in vaccination coverage in municipalities. The evidence suggests that future immunization campaigns in pandemics should consider the political arena as well. This study highlights the influence of political opinions in the public sphere, even when it comes to health issues.

Collaborators

Peixoto VM (0000-0001-6618-3311)*, Leal JGRP (0000-0003-4851-1435)*, and Marques LM (0000-0003-1618-1742)* contributed to the conception and design of the study, analysis and interpretation of the data, and writing of the article; approved the final version to be published; and are responsible for all aspects of the work in ensuring the accuracy and completeness of any part of the work. ■

References

1. Souza LEPF, Buss PM. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37:e00056521.
2. Gadelha CAG. Programa Nacional de Imunizações: o desafio do acesso universal no Século XXI. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25:4234-4234.
3. Lima AA, Santos Pinto E. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). *Sci. Salutis*. 2017; 7(1):53-62.
4. Neves RG, Saes MO, Machado KP, et al. Tendência da disponibilidade de vacinas no Brasil: PMAQ-AB 2012, 2014 e 2018. *Cad. Saúde Pública*. 2022; (38):135621.
5. Casarões G, Magalhães D. The hydroxychloroquine alliance: how far-right leaders and alt-science preachers came together to promote a miracle drug. *Rev. adm. pública*. 2021; 55:197-214.
6. Ringe N, Rennó L. Populists and the Pandemic: How Populists Around the World Responded to COVID-19. In: Ringe N, Rennó L, communication. *Populists and the Pandemic: How Populists Around the World Responded to COVID-19*. Abingdon: Routledge; 2023. p. 1-18.
7. Mudde C, Kaltwasser CR. Exclusionary vs. inclusionary populism: Comparing contemporary Europe and Latin America. *Government and Opposition*. 2013; 48(2):147-74.
8. Mudde C. *Populist radical right parties in Europe*. London. Cambridge: Cambridge university press; 2007.
9. Mudde C. The populist zeitgeist. *Government and Opposition*. 2004; 39(4):541-63.
10. Rennó L. *Bolsonarismo e as eleições de 2022*. *Estud. av.* 2022; 36(106):147-63.
11. Kalil I, Silveira SC, Pinheiro W, et al. Politics of fear in Brazil: Far-right conspiracy theories on COVID-19. *Global Disc*. 2021; 11(3):409-25.
12. Bertholini F. Brazil: "We are all going to die one day". In: Ringe N, Rennó L. *Populists and the pan-*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- demic: how populists around the world responded to covid-19. Abingdon: Routledge; 2023. p. 44-56.
13. Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia. Relatório Final: Inquérito da Pandemia (Instituída pelos Requerimentos nºs 1.371 e 1.372, de 2021). [accessed in 2023 Jun 12]. Available at: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/72c805d3-888b-4228-8682-260175471243>.
 14. Mário CG. Avaliação endógena e a legitimidade das políticas públicas: a experiência da ouvidoria geral do município de Campinas (SP). *Desenvol. debate*. 2018; 6(1):43-63.
 15. Clinton J, Cohen J, Lapinski J, et al. partisanship and public health concerns affect individuals' social mobility during COVID-19. *Sci. Adv*. 2021; 7(2):eabd7204.
 16. Hardy LJ, Mana A, Mundell L, et al. Who is to blame for COVID-19? Examining politicized fear and health behavior through a mixed methods study in the United States. *PLoS ONE*. 2021; 16(9):e0256136.
 17. Gadarian SK, Goodman SW, Pepinsky TB. Partisanship, health behavior, and policy attitudes in the early stages of the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*. 2021; 16(4):e0249596.
 18. Morris DS. Polarization, partisanship, and pandemic: The relationship between county-level support for Donald Trump and the spread of Covid-19 during the spring and summer of 2020. *Soc. sci. q*. 2021; 102(5):2412-31.
 19. Cabral S, Ito N, Pongeluppe L. The disastrous effects of leaders in denial: evidence from the COVID-19 crisis in Brazil. SSRN. 2021 [accessed in 2023 Sep 18]; Pre-print. Available at: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3836147>.
 20. Almeida L, Carelli PV, Cavalcanti NG, et al. Quantifying political influence on COVID-19 fatality in Brazil. *PLoS ONE*. 2022; 17(7):e0264293.
 21. Fernandes IF, Fernandes GA, Fernandes GA, et al. Ideology, Isolation, and Death. An Analysis of the Effects of Bolsonarism in the COVID-19 Pandemic. SSRN. 2020 [accessed in 2023 Sep 18]; Pre-print. Available at: <https://ssrn.com/abstract=3654538>.
 22. Figueira G, Moreno-Louzada L. Messias' Influence? Intra-Municipal Relationship between Political Preferences and Deaths in a Pandemic. 2021 [accessed in 2023 Sep 18]; Pre-print. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3849383.
 23. Xavier DR, Silva EL, Lara FA, et al. Involvement of political and socio-economic factors in the spatial and temporal dynamics of COVID-19 outcomes in Brazil: A population-based study. *Lancet Reg Saúde Am*. 2022; (10):100221.
 24. Ajzenman N, Cavalcanti T, Da Mata D. More than words: Leaders' speech and risky behavior during a pandemic. SSRN. 2020 [accessed in 2023 Sep 18]; Pre-print. Available at: <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3582908>.
 25. Calvo E, Ventura T. Will I get COVID-19? Partisanship, social media frames, and perceptions of health risk in Brazil. *Latin amer. politics and soci*. 2021; 63(1):1-26.
 26. Gollwitzer A, Martel C, Brady WJ, et al. Partisan differences in physical distancing are linked to health outcomes during the COVID-19 pandemic. *Nat. hum. behav*. 2020; 4(11):1186-97.
 27. Mariani LA, Gagete-Miranda J, Retzl P. Words can hurt: How political communication can change the pace of an epidemic. *CEPR PRESS*. 2020; 1(12):104-37.
 28. Pereira C, Medeiros A, Bertholini F. O medo da morte flexibiliza perdas e aproxima polos: consequências políticas da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Rev. adm. pública*. 2020; (54):952-68.
 29. Pereira FB, Nunes F. Media choice and the polarization of public opinion about Covid-19 in Brazil. *Rev. Latin. de OPi pública*. 2021; 10(2):39-57.
 30. Robert HA, Clark DA, Kalina C, et al. To vax or not to

- vax: Predictors of anti-vax attitudes and COVID-19 vaccine hesitancy prior to widespread vaccine availability. *PLoS ONE*. 2022; 17(2): e0264019.
31. Bolsen T, Palm R. "Politicization and COVID-19 vaccine resistance in the US". *Prog Mol Biol Transl Sci*. 2022; 188(1): 81-100.
 32. Albrecht D. Vaccination, politics and COVID-19 impacts. *BMC public health (Online)*. 2022; 22(1):1-12.
 33. Wollebæk D, Fladmoe A, Steen-Johnsen K, et al. Right-wing ideological constraint and vaccine refusal: The case of the COVID-19 vaccine in Norway. *Scand. pol. studies*. 2022; 2(8):r4547.
 34. Xavier DR, Morais I, Magalhães M, et al. Deslocamento da população em busca da vacina. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. *Monitora Covid-19*. 2021 [accessed in 2022 Jan 12]; (19):1-16. Available at: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51246>.
 35. Xavier DR, Morais I, Magalhães M, et al. Deslocamento da população em busca da vacina - 2. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. *Monitora Covid-19*. 2021 [accessed in 2022 Jan 12]; (21):1-16. Available at: https://bigdata-covid19a.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_21.pdf.
 36. Xavier DR, Morais I, Magalhães M, et al. Desigualdades na vacinação contra Covid-19. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. 2021 [accessed in 2022 Jan 12]; (23):1-14. Available at: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51249>.
 37. Xavier DR, Morais I, Magalhães M, et al. O avanço da variante Ômicron, a resposta das vacinas e o risco de desassistência. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. 2022 [accessed in 2022 Jan 12]; (24):1-13. Available at: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51252>.
 38. Xavier DR, Morais I, Magalhães M, et al. O avanço da variante Ômicron, a resposta das vacinas e o risco de desassistência. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. 2022 [accessed in 2022 Jan 12]; (25):1-17. Available at: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_25.pdf.
 39. Fávero LP, Belfiore P. Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel, SPSS e Stata. São Paulo: Elsevier; 2017.
 40. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: DATASUS. [2000]. [accessed in 2023 Jan 12]. Available at: <https://datasus.saude.gov.br/cnes-recursos-fisicos/>.
 41. Tribunal Superior Eleitoral. Brasília, DF: Repositório TSE. [2000]. [accessed in 2022 Jan 12]. Available at: <https://dadosabertos.tse.jus.br/dataset/>.
 42. Gramacho WG, Turgeon M. When politics collides with public health: COVID-19 vaccine country of origin and vaccination acceptance in Brazil. *PubMed*. 2021; 39(19):2608-12.
-
- Received on 03/08/2023
Approved on 08/15/2023
Conflict of interests: non-existent
Financial support: non-existent

Estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde na pandemia de Covid-19 em Minas Gerais, Brasil

Coping strategies in Primary Health Care in the COVID-19 pandemic in Minas Gerais, Brazil

Humberto Ferreira de Oliveira Quites¹, Tamires Carolina Silva¹, Selma Maria da Fonseca Viegas¹, Tarcisio Laerte Gontijo¹, Valéria Conceição de Oliveira¹, Eliete Albano de Azevedo Guimarães¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313907

RESUMO Objetivou-se analisar as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) em resposta à pandemia de Covid-19 em municípios de Minas Gerais. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário on-line, no qual participaram 278 secretários municipais de saúde do estado de Minas Gerais e/ou coordenadores da APS. A estrutura em saúde se demonstrou capaz de proporcionar o desenvolvimento de funções gerenciais com base em dados e informações ao longo da pandemia. Entre as ações de enfrentamento na população, estão o uso de protocolos, de máscaras, utilização de barreiras físicas, penalidade por aglomeração e recursos de telefonia para o esclarecimento de dúvidas sobre a Covid-19. Quanto às dificuldades de controle dessa doença pelos colaboradores na APS, foram citadas baixa remuneração profissional, precária organização do trabalho, demora dos resultados nos exames, subnotificação, falta de equipamentos e recursos tecnológicos. Conclui-se que inúmeras medidas e ferramentas adotadas para o controle da pandemia foram utilizadas pelas autoridades municipais. No entanto, apesar de os recursos tecnológicos, como o e-SUS, disponibilizarem dados epidemiológicos sobre a Covid-19, capazes de auxiliar no planejamento de ações em saúde, essas ferramentas necessitam de aperfeiçoamentos.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Pandemias da Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT *The aim was to analyze Primary Health Care (PHC) actions in response to the COVID-19 pandemic in municipalities in Minas Gerais. This is a quantitative, observational, and cross-sectional study. Data collection was carried out through the application of an online questionnaire, in which 278 municipal health secretaries from the state of Minas Gerais and/or coordinators of PHC took part. The health structure proved to be capable of providing the development of management functions based on data and information throughout the COVID-19 pandemic. Among the actions to face the population are the use of protocols, masks, use of physical barriers, penalty for crowding, and telephony resources to clarify doubts about COVID-19. As for the difficulties in controlling this disease by employees in the PHC, low professional remuneration, poor work organization, delay in test results, underreporting, lack of equipment and technological resources were mentioned. It is concluded that the numerous measures and tools adopted to control the COVID-19 pandemic were used by municipal authorities. However, despite technological resources, such as the e-SUS, providing epidemiological data on COVID-19, capable of assisting in the planning of health actions, these tools need to be improved.*

KEYWORDS COVID-19. COVID-19 Pandemics. Primary Health Care. Health management.

¹Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – São João del-Rei (MG), Brasil.
hquites@ufsj.edu.br

Introdução

A pandemia de Covid-19 representa um problema de saúde pública mundial, com repercussões na vida cotidiana dos indivíduos, da sociedade e nos sistemas de saúde¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve importante papel nessa pandemia, mesmo com certa negligência de financiamento para esse nível de complexidade. Seu potencial de reduzir internações hospitalares desnecessárias representa uma importante estratégia diante da possibilidade de impactar em recursos financeiros no sistema de saúde e garantir sua sustentabilidade².

A APS foi a principal porta de entrada das pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenhou um papel fundamental no controle da transmissão do Sars-CoV-2^{3,4}. Dentre as ações, destacaram-se a identificação e o monitoramento de casos suspeitos e confirmados da Covid-19, o fluxo de encaminhamento aos serviços de urgência ou da atenção terciária⁵, além da garantia de continuidade no cuidado à população⁴.

Diversas situações e entraves foram vivenciados pelos profissionais de saúde que atuam na APS, entre elas, a falta de estrutura física, a dificuldade de gerenciar o enfrentamento da Covid-19 e a dinâmica das demandas cotidianas inerentes a esse nível de atenção⁶. Muitos profissionais que atuavam na APS foram redirecionados para Centros de Atendimento de Enfrentamento da Covid-19 na intenção de reorganizar os fluxos e os processos de trabalho no combate ao novo coronavírus⁶. Com isso, várias ações da APS foram interrompidas ou readaptadas para o formato virtual⁷.

Considerando o período de pandemia de Covid-19, questiona-se: como as estratégias de combate à Covid-19 aconteceram diante do preconizado, sob a ótica de gerentes e/ou coordenadores da APS?

Este estudo teve como objetivo analisar as ações da APS em resposta à pandemia de Covid-19 em municípios de Minas Gerais, sob a ótica de gerentes e/ou coordenadores.

Material e métodos

Trata-se de estudo observacional do tipo transversal realizado em uma amostra representativa de secretários municipais de saúde do estado de Minas Gerais e coordenadores da APS. O estado de Minas Gerais possui o maior número de cidades no Brasil (n=853), totalizando cerca de 21 milhões de habitantes, representando em torno de 10% da população nacional⁸.

Consideraram-se elegíveis para o estudo: todos os secretários municipais de saúde de Minas Gerais e assessores/coordenadores da APS. Para a seleção da amostra, foi realizado um sorteio considerando a distribuição do porte populacional e um nível de significância de 5%, cujo tamanho amostral calculado foi de 455 cidades, e a taxa de resposta esperada, de 60%⁹. Todas as mesorregiões do Estado tiveram participação nesse cálculo.

A coleta de dados se deu entre janeiro e setembro de 2021. Os gestores receberam um *link* com o instrumento de coleta de dados pelo *e-mail* da Secretaria Municipal de Saúde. O contato e o controle das respostas foram realizados pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (Cosems/MG) via correio eletrônico. Assim, obteve-se resposta de 278 (61%) municípios do universo amostral.

A elaboração do questionário foi baseada na análise de produções científicas disponíveis nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) sobre os temas pandemia, gestão em saúde, Estratégia Saúde da Família (ESF) e APS entre os anos de 2015 e 2020.

O questionário utilizado na coleta de dados continha 53 questões sobre aspectos sociais e demográficos, características profissionais e experiência administrativa dos gestores; quantitativo de profissionais de saúde na APS, uso de ferramentas gerenciais na APS, uso de estratégias e recursos por parte do município e profissionais de saúde para controle da

infecção e sua organização, uso de plano emergencial, biossegurança, realização de exames diagnósticos, realização de parcerias e adesão a programas que contribuíssem para o controle da infecção, ações de educação em saúde realizadas e principais dificuldades. A maioria das respostas foi dada por meio de uma escala tipo Likert de cinco pontos que retratava frequência e satisfação. O instrumento foi previamente testado em alguns municípios escolhidos por conveniência que não entraram na amostra.

A coleta de dados foi realizada por meio eletrônico (*web-based survey*) utilizando-se o formulário Google Forms, sendo analisados com auxílio dos *softwares* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0) e R versão 3.0.2 (R Core Team, 2021)¹⁰. As variáveis categóricas foram descritas por meio de suas distribuições de frequências (absolutas e relativas), e as variáveis numéricas, pelas medidas de tendência central e dispersão (mediana, média e Desvio-Padrão – DP).

Neste estudo, foi adotada a Modelagem de Equações Estruturais ou SEM (Structural Equation Modeling). Esse tipo de modelagem constitui um conjunto de técnicas e procedimentos que abordam uma extensão de outras técnicas multivariadas, avaliando relações simultâneas, ou seja, estudam as relações de dependência e independência entre uma ou mais variáveis¹⁰. Dessa forma, os pesquisadores realizaram a construção de duas SEM. A primeira modelagem foi criada com o objetivo de analisar as associações entre as variáveis estrutura, utilização do e-SUS, realização de diagnóstico, ações alternativas em resposta à pandemia, ações educativas e fatores dificultadores para a realização de ações no combate à pandemia no município com o uso de estratégias em resposta à Covid-19. A segunda visa avaliar a associação entre o porte populacional dos municípios respondentes e as variáveis da modelagem. Além disso, consegue representar as variáveis que não podem ser medidas diretamente, por meio de grupos de outras variáveis, que também são conhecidas como construtos latentes.

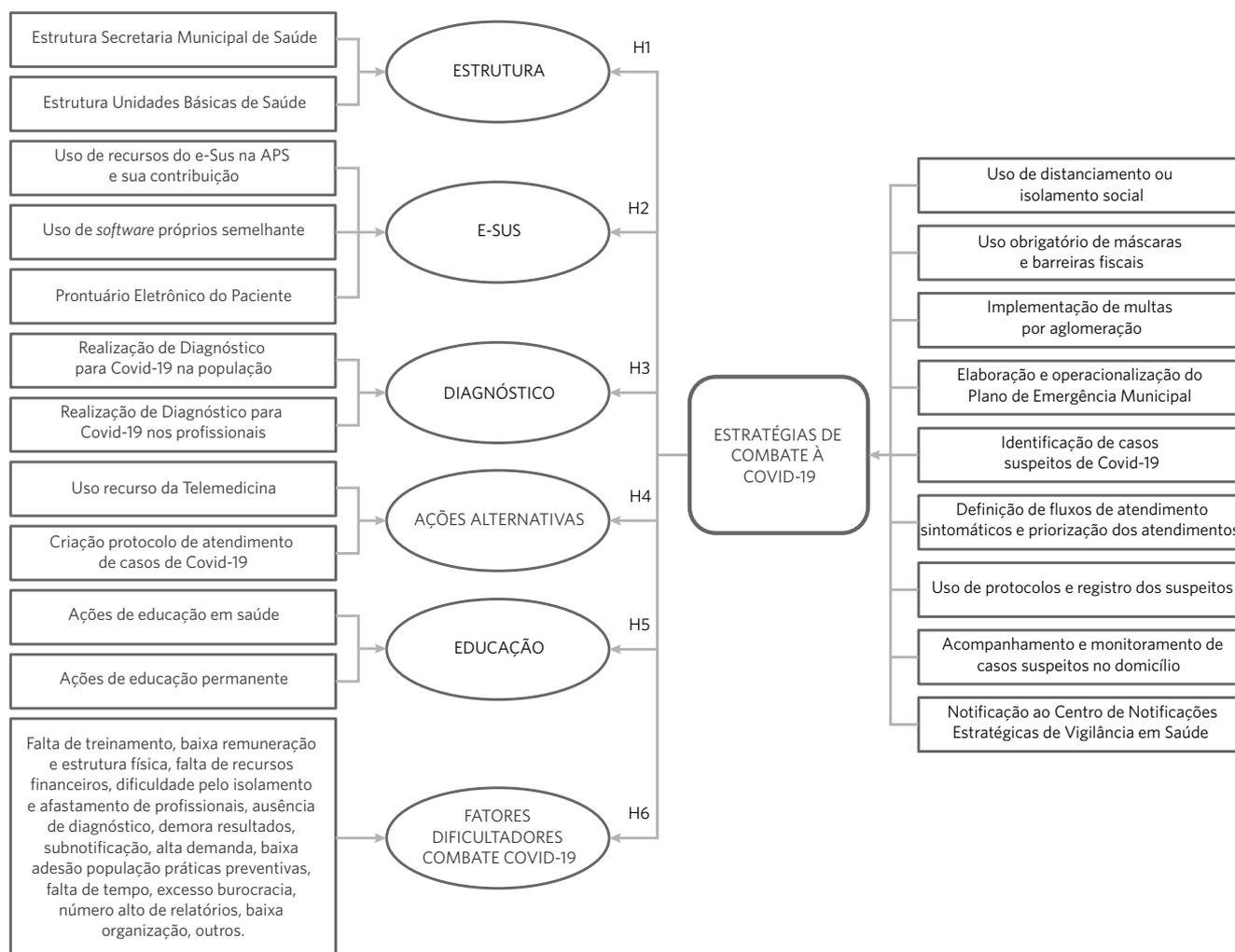
O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos previstos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, aprovado sob Parecer nº CAAE: 31764620.0.0000.5545 pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após devidas informações sobre a pesquisa e preceitos éticos.

Resultados

Pouco mais de dois terços dos 278 respondentes eram, em sua maioria, mulheres (69,8%), nascidas no município (57,2%) e com curso superior completo (89,6%). Estavam pela primeira vez no cargo (68,7%), sendo a média de idade de 38 anos (DP=8,78), e 25 meses de tempo no cargo (DP=39,86). As equipes da ESF dos municípios são, em média, em número de 6 (DP=20,35), sendo compostas por médicos (\bar{x} =5,59, DP=9,87), enfermeiros (\bar{x} =6,14, DP=11,44) e agentes comunitários de saúde (\bar{x} =33,50, DP=59,86); e em unidade de APS tradicional, sem equipes da ESF, havia ainda técnicos de enfermagem (\bar{x} =8,38, DP=17,85). A média de profissionais de saúde com diagnóstico de infecção por Covid-19 foi de 14,98 (DP=34,13), e 69,8% dos respondentes afirmaram que em seus municípios tinham problemas com a falta de profissionais de saúde em função da infecção. A média dos casos suspeitos (\bar{x} =2790,78, DP=13328,73) foi quase o triplo da média dos casos confirmados (\bar{x} =998,78, DP=2576,85).

Para entender as relações entre as estratégias de controle da infecção pelo Sars-CoV-2 pelas equipes da APS e os possíveis fatores associados, foi criado um modelo com base na modelagem de Equações Estruturais. Na *figura 1* abaixo, estão apresentados as hipóteses e os contextos considerados (*figura 1*). O valor de χ^2 do modelo apresentado foi igual a 3679.704 (valor-p < 0,001), o que demonstrou ajustamento com qualidade muito boa (valor igual a 0,068 com base na Root Mean Square Error of Approximation – RMSEA).

Figura 1. Modelo testado para avaliar as associações entre estrutura, utilização do e-SUS, diagnóstico, uso de ações educativas e alternativas no controle da infecção e fatores dificultadores e as estratégias desenvolvidas na APS no controle da Covid-19



Fonte: elaboração própria.

Nota: R^2 Estratégias Combate Covid-19= 0,132, R^2 Estrutura = 0,253, R^2 e-SUS= 0,062, R^2 Educação=0,017, R^2 Diagnóstico= 0,494, R^2 Estratégias Pandemia=0,063, R^2 Fatores Dificultadores Combate Covid-19=0,009.

A estrutura em saúde (H1) foi capaz de proporcionar o desenvolvimento de funções gerenciais baseadas em dados e informações em saúde geradas para o combate à Covid-19 (beta = 0,583; valor-p < 0,0001) apresentou uma associação positiva entre a estrutura em saúde e as estratégias de combate à infecção. Da mesma forma, as ações alternativas de enfrentamento (H4), como o uso do Telessaúde e a utilização de protocolos (beta = 0,259; valor-p < 0,0001), também demonstrou uma resposta positiva com o desfecho. Quanto mais o

município se utilizava desses recursos, mais era estratégico em suas ações desenvolvidas na APS no controle da Covid-19. Já a hipótese que relaciona os recursos do e-SUS (H2) (beta = -0,257; valor-p = 0,002) com as estratégias de controle da Covid-19 utilizadas sugeriu uma relação negativa. Quanto maior o uso desses recursos, menor foram essas estratégias utilizadas pelo município como resposta à pandemia.

Entre as estratégias, o uso de máscara (98,2%) foi a ação de resposta mais citada,

utilizada nos municípios, seguidas pela penalidade em formato de multa em caso de aglomeração (56,8%) e uso de barreiras físicas (43,9%). A abertura do comércio sem autorização (28,8%) e a penalidade com multa para quem transitasse sem justificativa (4,3%) também foram mencionadas. Três quartos (76,3%) dos gestores afirmaram ter concluído a elaboração do Plano de Emergência Municipal relacionado com a infecção, e 19,8% estavam em processo de elaboração. A operacionalização desse plano foi feita de forma muito satisfatória em 33,8% dos municípios, satisfatória em 51,8% e pouco satisfatório em 9,4%.

Alguns municípios conseguiram priorizar o atendimento, por meio de planejamento e estratégias, dos casos suspeitos na APS de maneira extremamente satisfatória em 23%, muito satisfatória em 42,4% e satisfatória em 33,1% dos casos. O fluxo de atendimento priorizando casos sintomáticos e a apropriação de protocolos de atendimento foram relatados como feitos de forma eficiente em quase 100% dos municípios. O acompanhamento e o monitoramento de casos suspeitos no domicílio pelos profissionais de saúde da ESF (94,9%) e a notificação dos casos suspeitos (98,2%) eram práticas muito utilizados. Os profissionais de saúde da ESF utilizavam ainda estratégias de controle da infecção, de maneira satisfatória, como mapas de risco e fluxogramas de atendimento nas ações de combate (81,7%), ações direcionadas a grupos considerados vulneráveis (89,9%) e em comunidades rurais (85,3%). Padrões mínimos de biossegurança nas atividades desenvolvidas foram considerados satisfatórios ou mais em quase sua totalidade (99,3%).

Recurso de telefonia ou '0800 municipal' nesse período de pandemia, para esclarecer dúvidas sobre a Covid-19 no município, foram utilizados de forma muito satisfatória, extremamente satisfatória em 21,6%, de maneira satisfatória em 27% e pouco satisfatória em 19,8% dos casos. Aplicativos de celulares ou *websites*

municipais foram opção em 52,9%, e em parte em 23,4%, no combate à pandemia. A adesão a programas como Saúde na Hora (20,5%), Brasil Conta Comigo (15,1%) e Mais Médicos (24,8%) não foi muito explorada. Foi perguntado aos gestores se o novo modelo de financiamento da APS (programa Previne Brasil) interferiu nas ações de controle à infecção, em que 20,9% informaram que impactou de forma positiva, 19,4%, de forma negativa, e 19,4% mencionaram ser indiferentes ao programa. Cerca de 30% afirmaram não ter interferência, e pouco mais de 10% desconhecem o modelo. Parcerias com faculdades ou universidades (23%) e com empresários ou indústrias (33,8%) no intuito de contribuir para as ações de controle da disseminação do vírus Sars-CoV-2 também foram referidas.

O constructo das ações educativas em saúde (H3) (valor-p = 0,419), a realização de diagnóstico (H5) (valor-p=0,065) e os possíveis fatores dificultadores levantados (H6) (valor-p = 0,171) pelos participantes deste estudo não apresentaram associação com o desenvolvimento de estratégias utilizadas pelo município em resposta à pandemia de Covid-19.

O uso das redes sociais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (77,3%), de carro de som (73,0%) e a utilização de *folders* explicativos (76,3%) foram ações mais empregadas para educar e informar a população. Os municípios realizavam exames de diagnóstico em laboratório do SUS ou conveniado (82,4%) para a detecção da infecção por Covid-19, com coleta de material na APS. Pouco mais da metade dos municípios (56,8%) testaram todos os seus profissionais de saúde atuantes na linha de frente na APS, e 38,5% informaram que testam pelo menos parte destes.

Um número razoável de fatores que poderiam ser entraves nas ações em resposta à pandemia foi apresentado aos gestores. O percentual de resposta pode ser observado na *tabela 1* abaixo.

Tabela 1. Distribuição de fatores que dificultam as ações de controle da Covid-19 pela APS, 2021

Aspectos avaliados	Resposta	Frequência	Percentual
Baixa remuneração profissional	Sim	140	50,4
Demora em adquirir o recurso financeiro	Sim	92	33,1
Isolamento da população	Sim	79	28,4
Excessiva burocracia envolvida no processo	Sim	65	23,4
Sobrecarga de trabalho durante a pandemia	Sim	59	21,2
Grande número de bases de dados a fomentar	Sim	56	20,1
Grande número de relatórios gerados	Sim	51	18,3
Falta da colaboração da sociedade na adesão às medidas preventivas	Sim	47	16,9
Falta de estrutura física adequada	Sim	39	14,0
Falta de leitos de internação em hospitais de referência	Sim	38	13,4
Demora do Ministério da Saúde na divulgação das informações em saúde	Sim	36	12,9
Dificuldade causada pela falta de recursos financeiros	Sim	34	12,2
Falta de leitos de UTI	Sim	31	11,2
Dificuldade gerada pelo afastamento de profissionais em saúde	Sim	29	10,4
Número total de respondentes		278	100,0

Fonte: elaboração própria.

Outros possíveis fatores que poderiam ser entendidos como entraves no controle da infecção também foram abordados e representam menos de 10%, a saber: precária organização do trabalho; demora dos resultados dos exames para diagnóstico; ausência de diagnóstico; subnotificação; falta de equipamentos e recursos tecnológicos; falta de profissionais de saúde e de material educativo para prevenção e controle na pandemia.

Uma possível associação entre o tamanho populacional de cada município e as hipóteses trabalhadas no primeiro modelo foi considerada neste estudo. O valor de χ^2 desse modelo foi igual a 2270.625 (valor-p < 0,001), tendo demonstrado ajustamento com qualidade muito boa (valor igual a 0,049 com base na RMSEA). Não houve associação entre o tamanho populacional e os aspectos relativos à estrutura (beta= -0,111; valor-p = 0,881), ao uso do e-SUS (beta = -0,242; valor-p = 0,488), ao construto diagnóstico (beta = 0,463; valor-p = 0,714), às estratégias de enfrentamento da pandemia (beta

= 0,001; valor-p = 0,997), à realização de atividades direcionadas para a educação no âmbito da saúde (beta = -0,070; valor-p = 0,917) e aos possíveis fatores dificultadores levantados (beta = -0,113; valor-p = 0,642).

Discussão

Este estudo apontou que as SMS e as Unidades de APS possuíam infraestrutura e equipamentos para desenvolverem suas funções gerenciais baseadas em dados e informações geradas para o controle da Covid-19. Vale ressaltar que alguns estudos mostram esses fatores como entraves vivenciados no SUS^{11,12}, além da baixa disponibilidade de computadores e de acesso à internet nas unidades da APS¹³.

Este estudo apresenta a importância do uso de ações alternativas em reposta à pandemia de Covid-19. A utilização do teleatendimento representou uma ferramenta interessante e eficaz para o atendimento e a continuidade do cuidado ao longo da pandemia¹⁴⁻¹⁶. Consequentemente, o uso do recurso do

Telessaúde tende a aumentar a capacidade de acesso ao sistema de saúde pública, facilitando o atendimento dos indivíduos e sua orientação em saúde¹⁷. Essa ferramenta virtual pode, ao ser implementada na APS, levar a resultados positivos em termos de acesso, resolubilidade, integralidade e abrangência de cuidados, comodidade para as pessoas e qualificação do monitoramento de pessoas com doenças crônicas em acompanhamento na APS¹⁸. Além disso, as intervenções via ligações telefônicas ou mensagens via aplicativo de comunicação, como o WhatsApp, mostraram-se eficazes para o esclarecimento de dúvidas sobre a infecção, a assistência a portadores em saúde mental^{7,15,19-21}, e doenças crônicas^{7,22,23}.

A reorganização dos serviços de saúde e a adoção de medidas efetivas de controle da infecção exigiram um investimento diário da gestão municipal e das unidades de APS no que diz respeito a protocolos, fluxogramas de atendimento, notas técnicas, entre outros, com vistas a orientar e a direcionar as ações em saúde²⁴. A implementação de protocolos clínicos e de manejo de casos suspeitos e confirmados foi indispensável para o controle e os tratamentos dos casos de Covid-19 na APS^{11,13}.

Também presente no modelo final, a utilização dos recursos do e-SUS se mostrou com uma relação inversa às ações em resposta à Covid-19, possivelmente pela necessidade em priorizar ações de diagnóstico e controle da pandemia^{11,13,19}. Já é sabido que o e-SUS é uma inovação tecnológica²⁵ cujos dados podem contribuir para o planejamento estratégico de combate à infecção²⁶, entretanto, a ausência de um prontuário eletrônico com interface ao e-SUS¹⁸, os altos custos de implantação do sistema informatizado²⁷, a falta de recursos materiais e a necessidade de capacitação dos profissionais²⁸, entre outros, podem ter se apresentado como barreiras no enfrentamento da pandemia.

Várias foram as medidas de resposta à infecção utilizadas que corroboraram os achados deste estudo. Entre as principais para mitigar a disseminação da Covid-19, incluem-se o uso

de máscaras, o rastreamento de contato²⁹, o isolamento e/ou distanciamento social^{12,18,29,30}, as barreiras físicas^{12,18}, a proibição de eventos com aglomeração, a suspensão das atividades escolares³¹, a manutenção de ambientes bem ventilados³⁰ e a indicação e o monitoramento do isolamento domiciliar pelos profissionais da APS¹⁹.

Nas unidades de APS, a utilização do fluxograma de atendimento mostra-se essencial para o combate à pandemia, sendo regularmente avaliado e ajustado conforme a dinâmica da infecção e suas respectivas medidas de biossegurança³². Quanto às recomendações das autoridades sanitárias, estas seguiram as evidências científicas e seu alinhamento na Organização Mundial da Saúde (OMS), mediante a evolução dos casos confirmados, o isolamento, a quarentena e as restrições de contato social e de deslocamento, subsidiando o planejamento das ações de resposta¹².

O exame de diagnóstico laboratorial do Sars-CoV-2 estava disponível na rede pública e privada. Para realização dos testes na APS, os profissionais necessitam ser treinados quanto à coleta e ao manuseio de amostras clínicas³³. Além disso, a notificação qualificada e oportuna dos casos suspeitos, confirmados e óbitos favorece os municípios que se propuseram a investir nesse quesito e pode ser utilizada para subsidiar a tomada de decisão¹².

Programas governamentais foram alvo de pesquisas. O programa Saúde na Hora proporcionaria, com seu horário ampliado de funcionamento, o aumento da acessibilidade na APS por parte da população³⁴. A adoção do programa O Brasil Conta Comigo agregaria nas atividades desenvolvidas pelo município.

As medidas emergenciais buscavam potencializar as ações no intuito de conter a pandemia³⁵, além de investir na manutenção de protocolos de rotina e estimular a resolução rápida de problemas com base em evidências científicas³².

Outro programa com grande potencial de agregar as ações foi o Mais Médicos, cujos

objetivos são minimizar as desigualdades pelo provimento de médicos e melhorar a qualidade do atendimento no SUS, ampliar o atendimento médico ainda durante a formação^{36,37}, contribuir para a ampliação, diversificação e continuidade de ações assistenciais na ESF³⁸. Considerando a necessidade de investimento e a dinâmica da infecção, outra opção seria o programa Previne Brasil, para a ampliação da capacidade dos municípios de aplicar recursos financeiros da APS, porém, ainda há problemas na implementação desse programa, como o ajuste fiscal e a desigualdade de acesso³⁹.

Apesar de não ter se destacado no modelo proposto, neste estudo, as ações de educação em saúde devem ser valorizadas uma vez que estas contribuem para a construção da autonomia individual e coletiva da população, além de influenciar na adoção de hábitos saudáveis⁴⁰. Nesse sentido, percebe-se que veículos como as redes sociais virtuais, tais como grupos educativos ou de acompanhamento no WhatsApp da equipe com usuários⁷, e as rádios comunitárias são importantes uma vez que podem contribuir para educar e informar a comunidade sobre as formas de contágio e prevenção da infecção¹¹, bem como os devidos cuidados de higiene¹⁹. Outro ponto pouco abordado pelos participantes, mas não menos importante e apresentado em outros estudos, foi o estabelecimento de vínculos com universidades e serviços privados de saúde por parte dos municípios, como laboratórios, devido à sua contribuição para as ações de controle da Covid-19^{13,32}.

Vários foram os desafios enfrentados pela APS nos municípios investigados, a destacar a indisponibilidade de materiais e equipamentos^{13,17,24,41}, a estrutura física precária^{11,12}, a quantidade insuficiente de profissionais^{18,32}, a dificuldade de manter conjuntamente o distanciamento físico; e a garantia da continuidade dos atendimentos de grupos prioritários, como crianças, gestantes e idosos^{24,41}, bem como o fato

de muitos profissionais enfrentam graves problemas financeiros e situações exacerbadas de sofrimento mental ao longo da pandemia¹³. Enfim, estão o número insuficiente de leitos de internação e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em hospitais⁴², a falta da colaboração da comunidade na adesão de medidas de proteção e controle da Covid-19 em função das mudanças de hábitos e da demora do Ministério da Saúde na divulgação dos dados, e o fato de as estatísticas oficiais considerarem apenas casos confirmados laboratorialmente¹⁹.

Conclusões

A dinâmica da pandemia e a necessidade de monitorar o comportamento da infecção na população exigiram atenção por parte dos gestores e/ou coordenadores municipais. Neste estudo, ao analisar as ações da APS em resposta à pandemia de Covid-19, foi possível afirmar que a estrutura e os equipamentos disponíveis, o registro de dados e a divulgação de informações em saúde contribuíram para implementar estratégias eficazes para o controle da disseminação do Sars-CoV-2. A utilização de protocolos com base em evidências científicas deu sustentabilidade às ações, e o recurso da telemedicina representou a ampliação do acesso à assistência na pandemia.

Nos municípios cenários deste estudo, foi possível identificar a importância das ações em resposta à pandemia de Covid-19, condizente com o que era preconizado pelo Ministério da Saúde. O impacto da pandemia na população e nos profissionais de saúde chamou a atenção. Assim, a pandemia exigiu readaptações, e a utilização do recurso de telefonia e das redes sociais da SMS em função da necessidade do distanciamento social foi importante para educar e informar a população.

Almeja-se que o presente estudo contribua para ações gerenciais no controle de pandemias e no desenvolvimento de estratégias assistenciais na APS como

coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT), ao Ministério da Saúde (MS), ao Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (Decit/SCTIE) pelo financiamento; ao Cosems de Minas Gerais pela participação e apoio; e à Universidade Federal de São João del-Rei pelo suporte.

Colaboradores

Quites HFO (0000-0002-7299-5217)* contribuiu para a elaboração, concepção, análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação do artigo. Silva TC (0000-0002-2980-8973) contribuiu para a análise e interpretação dos dados, redação e revisão artigo. Viegas SMF (0000-0002-0287-4997)* contribuiu para a interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação do artigo. Gontijo TL (0000-0001-7845-3825)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados, redação, revisão e aprovação do artigo. Oliveira VC (0000-0003-2606-9754) contribuiu para a redação, revisão crítica do artigo e aprovação do artigo. Guimarães EAA (0000-0001-9236-8643)* contribuiu para o desenvolvimento do estudo e revisão crítica do artigo. ■

Referências

1. Reigada CLL, Smiderle CASL. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2021 [acesso em 2023 ago 24]; 16(43):1-8. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2535](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2535).
2. Souza CDL, Gois-Santos VT, Correia DS, et al. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz. Oral Res*. 2020 [acesso em 2023 ago 24]; 34(47):1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>.
3. Fernandes RS, Frank EI, Mendes LEF, et al. Potencialidades da Educação Popular em tempos de pandemia da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2022 [acesso em 2023 ago 24]; 26(1):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210142>.
4. Souza IG, Carvalho LMS, Silva FM, et al. Extension experiences in popular health education in confronting the Covid-19 pandemic in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2022 [acesso em 2023 ago 24]; 26(1):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210146>.
5. Prado NMBL, Biscarde DGS, Junior EPP, et al. Primary care-based health surveillance actions in response to the COVID-19 pandemic: contributions to the

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- debate. Ciênc. saúde coletiva. 2021 [acesso em 2023 ago 24]; 26(7):2843-2857. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>.
6. Silva-Roosli ACB. 11 de março de 2020: o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) interpelado pela pandemia da Covid-19. *Laboreal*. 2021 [acesso em 2023 ago 24]; 17(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/laboreal.17693>.
 7. Silva TC, Lanza FM, Viegas SMF. Pandemic and techno-sociality modify the daily life of healthcare professionals. *Rev enferm UERJ*. 2022 [acesso em 2023 ago 24]; (30):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.66890>.
 8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da População Residente para os Municípios e para as Unidades da Federação Brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2019. [acesso em 2023 ago 13]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101662>.
 9. Guimarães EAA, Loyola Filho AI, Hartz ZMA, et al. A descentralização do SINASC e a completude das variáveis da Declaração de Nascidos Vivos em municípios de mineiros de 1998 a 2005. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2011 [acesso em 2023 ago 31]; 21(3):832-40. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/09.pdf>.
 10. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. [acesso em 2023 ago 31]. Disponível em: <https://www.Rproject.org/>.
 11. Daumas RP, Azevedo e Silva G, Tasca R, et al. The role of primary care in the Brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 36(6):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.
 12. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, et al. How Brazil can hold back COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 29(2):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>.
 13. Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Inter Am. J. Med. Health*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 3(1):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>.
 14. Haldane V, Zhang Z, Abbas RF, et al. National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ Open*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 10(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041622>.
 15. Silva TC, Nascimento LC, Silva BM, et al. Tecnossocialidade na pandemia de covid-19 e promoção da saúde de usuários e famílias: scoping review. *Rev Enferm. UFSM*. 2022 [acesso em 2023 ago 31]; 12(16):1-23. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769267246>.
 16. Silva TC, Nitschke RG, Nascimento LC, et al. Technosociality in health professionals' daily lives and interaction with users in the covid-19 pandemic. *Esc Anna Nery*. 2022 [acesso em 2023 ago 31]; 26(esp):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0123pt>.
 17. Desborough J, Dykgraaf SH, Sturgiss E, et al. What has the COVID-19 pandemic taught us about the use of virtual consultations in primary care? Reprinted from *AJGP*. 2022 [acesso em 2023 ago 31]; 51(3):179-183. Disponível em: <https://doi.org/10.31128/AJGP-09-21-6184>.
 18. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 29(2):1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.
 19. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, et al. Reorganization of primary health care for universal surveillance and containment of COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 29(4):1-

5. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>.
20. Albornoz SC, Sia KL, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Famil. Practice*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 39(1):168-182. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab077>.
21. Amaral GG, Silva LS, Oliveira JV, et al. Ethical-emotional support for Nursing professionals facing the COVID-19 pandemic: An experience report. *Esc. Anna Nery*. 2022 [acesso em 2023 ago 31]; 26(esp):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0234>.
22. Filho BFL, Bessa NPOS, Fernandes ACT, et al. Knowledge levels among elderly people with Diabetes Mellitus concerning COVID - 19: an educational intervention via a teleservice. *Acta Diabetologica*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 58(1):19-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00592-020-01580-y>.
23. Lee SY, Chun SY, Park H. The Impact of COVID-19 Protocols on the Continuity of Care for Patients with Hypertension. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 [acesso em 2023 ago 31]; 19(3):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031735>.
24. Barbosa SP, Silva AVFG. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da Covid-19. *APS em Revista*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 1(2):17-19. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>.
25. Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, et al. E-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 37(6):1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00219520>
26. Silva RB, Silva TPR, Sato APS, et al. Adverse events following immunization against SARS-CoV-2 (covid-19) in the state of Minas Gerais. *Rev Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 55(1):1-10. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/191771>.
27. Thum MA, Baldisserotto J, Celeste RK. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2023 ago 31]; 35(2):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029418>.
28. Schönholzer TE, Pinto IC, Zacharias FCM, et al. Implementation of the e-SUS Primary Care system: Impact on the routine of Primary Health Care professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 29(1):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4174.3447>.
29. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, et al. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review. *JAMA*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 324(8):782-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12839>.
30. Ulsenheimer BC, Pereira DIB, Santos HF, et al. General biosafety measures for laboratory environments, outpatient clinics, medical centers, and veterinary hospitals during the SARS-CoV-2 pandemic. *Braz J Microbiol*. 2022 [acesso em 2023 ago 31]; 53(1):1715-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s42770-022-00734-0>.
31. Werneck GL, Carvalho MS. The COVID-19 pandemic in Brazil: chronicle of a health crisis foretold. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 36(5):1-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.
32. Souza LAB, Neves HCC, Aredes NDA, et al. Nursing supervised curricular internship in the Covid-19 pandemic: experience in the program Brasil Conta Comigo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 55(1):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0003>.
33. Pinho JRR, Lopes ACW, Vieira LMF, et al. Diagnóstico laboratorial da infecção pelo novo coronavírus (COVID-19): posicionamento oficial da sociedade brasileira de patologia clínica/medicina laboratorial

- (SBPC/ML). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial; 2020. [acesso em 2023 ago 31]. Disponível em: <https://crbm1.gov.br/site2019/wp-content/uploads/2020/03/DiagnosticoLaboratorialDaInfeccaoPeloNovoCoronavirus.pdf>.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Dispõe sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 16 Mar 2020.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 492, de 23 de março de 2020. Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. 23 Mar 2020.
36. Oliveira A, Barreto JOM, Araújo SQ, et al. Spatial distribution of the “Mais Médicos (More Doctors) Program” and social vulnerability: an analysis of the Brazilian metropolitan regions. *Hum. Resour. Health*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 18(57):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00497-5>.
37. Dias HSA, Lima LD, Lobo MSC. From ‘More Doctors’ to the COVID-19 pandemic: dual denialism in the Brazilian medical corporation’s performance. *Saúde debate*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 45(esp):92-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E2071>.
38. Boiteux PA, Sarti TD, Lima RCD. Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 15(42):1-14. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2149](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2149).
39. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Previne Brasil Program: the apex of threats to Primary Health Care? *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2023 ago 31]; 26(supl2):3781-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.
40. Pinheiro PNC, Mondragón-Sánchez EJ, Costa MIF, et al. Reflections on nursing and COVID-19 in light of health education. *Rev. Bras. Enfermagem*. 2022 [acesso em 2023 ago 31]; 75(1):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1305>.
41. Nedel FB. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! APS em Revista. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 2(1):11-16. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.68>.
42. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonias in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020 [acesso em 2023 ago 31]; 8(5):475-481. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(20)30079-5).

Recebido em 17/05/2023

Aprovado em 15/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: MCTIC/CNPQ/FNDCT/MS/SCTIE/DECIT, projeto nº 401978/2020-6

O Conselho Nacional de Saúde na pandemia de Covid-19: análise dos atos normativos e não normativos entre 2020 e 2022

The National Health Council in the COVID-19 pandemic: an analysis of the normative and non-normative acts between 2020 and 2022

José Rafael Cutrim Costa¹, Sandra Mara Campos Alves¹, Maria Célia Delduque¹, Maria do Socorro de Souza¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313908

RESUMO Este artigo apresenta os resultados de pesquisa normativa sobre o enfrentamento da pandemia de Covid-19, no Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre os meses de fevereiro de 2020 e maio de 2022. Tratou-se de estudo documental, descritivo-analítico com abordagem qualitativa, utilizando-se de técnica de análise de conteúdo. Foram identificados 77 atos expedidos pelo colegiado do CNS, sendo 63 recomendações, 6 pareceres, 5 moções, 2 notas técnicas e 1 resolução, constatando-se que a maior parte dos documentos (59%) foi elaborada no primeiro ano da pandemia. A despeito da atuação do CNS no enfrentamento da Covid-19, destaca-se o uso de atos não vinculantes, concentrando-se a produção normativa do CNS em recomendações que têm caráter meramente orientadores.

PALAVRAS-CHAVE Controle social formal. Conselhos de saúde. Covid-19.

ABSTRACT *The present article presents the outcomes of the normative research on the combat against the COVID-19 pandemic at the National Health Council (Conselho Nacional de Saúde – CNS) from February 2020 to March 2022. This is a documental, descriptive-analytical study, with qualitative approach, using the technical analysis of content. Seventy-seven acts were issued by the CNS Collegiate, there included 63 recommendations, 6 opinions, 5 motions, 2 technical notes and 1 resolution. Most part of the documents (59%) were worked out during the first year of the pandemic. Despite the Council's performance when combating the COVID-19, non-binding acts may be highlighted, the CNS normative production concentrating in merely guidance recommendations.*

KEYWORDS *Social control, formal. Health council. COVID-19.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.
jose.cutrim@fiocruz.br

Introdução

A consolidação do controle social na área da saúde se deu a partir da promulgação da Constituição de 1988¹ e das Leis nº 8.080/1990² e nº 8.142/1990³, que o institucionalizaram como diretriz e princípio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão permanente e deliberativo do SUS, com representação de diversos atores sociais em sua composição⁴, tem como atribuição legal atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros; e fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, levando as demandas da população à gestão da saúde.

O CNS foi criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937⁵, com a finalidade de assistir ao Ministro da Educação e da Saúde, nos temas de sua competência. Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954⁶, com competência meramente consultiva. Em 1970, com o Decreto nº 67.300⁷, passou a ter a competência para emitir pareceres não vinculantes sobre matérias de interesse da saúde.

Em 1987, quando começaram as primeiras manifestações para o crescimento do controle social no País, foi publicado, em 14 de janeiro, o Decreto nº 93.933⁸, dispendo sobre a organização e as atribuições do CNS, com funções normativas vinculantes e de assessoria ao Ministro da Saúde.

No entanto, foi em 11 de julho de 2006, pelo Decreto nº 5.839⁹, que o Poder Executivo reconheceu o CNS com plena competência para emitir resoluções de caráter normativo.

A Resolução nº 407/2008¹⁰, que aprovou o Regimento Interno do CNS, assim determina:

Art. 57A § 1º - O Parecer é um pronunciamento técnico-político público, fundamentado e circunstanciado que indica solução para determinado assunto, consulta ou processo

administrativo ao qual o CNS é instado a se manifestar.

Art. 57A § 2º - A Nota Técnica é ato interno, produzido pela Secretaria-Executiva do CNS, possui caráter instrutivo e tem por finalidade o subsídio à Mesa Diretora e ao Pleno do CNS em matérias relativas a processos administrativos, judiciais e políticos que necessitem de maior aprofundamento para orientar os debates e deliberações do CNS.

Art. 58 - 'A Resolução é ato geral, de caráter normativo'.

Art. 59 - A Recomendação é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais ou sobre a conveniência ou oportunidade de se adotar determinada providência.

Art. 60 - A Moção é uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato. [original sem grifo].

Destaca-se, no entanto, que, entre os tipos normativos e técnico-políticos expedidos pelo CNS, a resolução é a única que possui forma vinculativa de seu conteúdo, são os atos normativos pelos quais o Conselho de Saúde se posiciona enquanto controle social¹¹.

Conforme definição de Di Pietro¹², atos normativos constituem atos gerais que atingem todas as pessoas que se encontram na mesma situação. São praticados pela administração, abrangendo portarias, resoluções, decretos, regimentos, de efeitos gerais e abstratos. Inúmeros órgãos da administração recebem de suas leis instituidoras competência para regular os assuntos a elas afetos. Ademais, tais atos normativos, desde que expedidos com observância da Constituição e das leis, vinculam as autoridades administrativas.

A pandemia de Covid-19 causou uma profunda crise que mudou a dinâmica econômica, social, política e cultural do mundo em poucas semanas. Diante da crise, os governos responderam de diferentes maneiras, e essas diferenças expressaram opções de políticas públicas que geraram efeitos também diversos.

Em alguns casos, as crises pioraram, em outros, foi possível mitigar seus efeitos e as múltiplas desigualdades que se aprofundaram¹³. Nesse sentido, foi necessário organizar as ações em âmbito da gestão do sistema de saúde, implementar ações no âmbito da economia e da legislação, incluída a infralegal.

O CNS não se furta ao seu importante papel perante o cenário de emergências sanitárias, tanto que tem antecedentes históricos de atuar em situações de epidemias e de contribuir para o processo de formulação e execução de políticas de saúde, a exemplo do HIV/Aids (vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana) e Zika vírus (ZIKV).

Desde a publicação da Portaria nº 188/2020¹⁴ – normativa que declarou a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus – 2019-nCoV –, o CNS organizou o seu sítio na internet com sua produção normativa e não normativa sobre a pandemia. Tais dados estão agrupados no painel ‘Especial CNS no enfrentamento à Covid-19’ (<http://conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-covid-19>)¹⁵, que aponta que o CNS emitiu importantes atos voltados ao enfrentamento da Covid-19.

Em razão do exposto é que foi traçado o objetivo de estudo documental empreendido no repositório de atos normativos e técnico-políticos do Conselho, no período desde a declaração da Espin até 2022, para conhecer e analisar os atos emanados do CNS sobre o enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Metodologia

Tratou-se de estudo descritivo-analítico com abordagem qualitativa, com análise de conteúdo dos documentos normativos e técnico-políticos exarados pelo CNS.

A pesquisa foi estruturada a partir dos atos: resoluções, recomendações, moções, pareceres e notas técnicas. Os documentos, de acesso público, emanados no período de 3 de fevereiro

de 2020 a 22 de maio de 2022, foram extraídos do endereço *web*: <http://conselho.saude.gov.br/>¹⁶, nas abas ‘Atos Normativos’ e ‘CNS contra Covid’, a partir do uso dos descritores: Covid-19; Pandemia Covid-19; e Sars-CoV-2. A pesquisa encontrou um total de 129 documentos.

Após a leitura flutuante¹⁷ dos atos, ou seja, dos documentos normativos e não normativos que foram submetidos à análise, foram selecionados aqueles que continham pelo menos um dos descritores no corpo do texto ou na ementa, descartando-se os que não atendiam aos critérios da pesquisa, restando 77 atos.

Os documentos foram organizados conforme o tipo, a fim de identificar a razão numérica de cada um dos atos estudados.

Com relação às recomendações, por reunirem o maior volume dos documentos, optou-se pela organização e categorização a partir de temas abordados, definidos a partir da leitura integral dos referidos atos, objetivando comparar toda a produção elaborada.

O acesso ao inteiro teor dos pareceres deu-se por meio dos documentos apensados às recomendações, haja vista não estarem disponibilizados isoladamente. As notas técnicas, estavam localizadas na aba ‘CNS contra Covid’, que reúne o painel ‘Especial CNS no enfrentamento à Covid-19’, a partir do subtópico ‘Notas Públicas’ do referido painel.

Resultados e discussão

Do total de atos expedidos pelo CNS no período investigado, a maior parte (59%) concentrou-se no primeiro ano da pandemia (*tabela 1*). O exercício de busca pelos atos encontrou alguma complexidade devido ao fato de o sítio do Conselho estar desatualizado nas datas da pesquisa.

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o estado de pandemia em 11 de março de 2020, e que se tratava de uma doença desconhecida, exigindo de todas medidas que se alteravam conforme se descobria a história natural da doença, o

CNS mostrou-se, em certa medida, diligente, pois os atos deliberavam sobre conteúdos diversos, tais como a preservação da saúde e a segurança de trabalhadores da área da saúde e da população geral; a aprovação e a utilização de recursos extraordinários para o enfrentamento da pandemia; bem como recomendações à Coordenação Nacional tripartite para Combate à Covid-19 e Comissão Parlamentar de Inquérito da Covid-19, no Senado Federal.

Acipreste et al.¹¹ entendem que, em um primeiro momento, o CNS pareceu priorizar

a saúde e a segurança dos trabalhadores da saúde, incluindo residentes e estagiários, em detrimento da população geral. No entanto, consideram, o que se concorda, que a opção por ‘cuidar de quem cuida’ se justificou uma vez que esse foi o contingente mais exposto ao vírus então desconhecido. Em relação à priorização na vacinação, o CNS aduziu, na Recomendação nº 21¹⁸, que trabalhadores fossem priorizados na vacinação sem, no entanto, destacar que fossem trabalhadores da saúde.

Tabela 1. Atos expedidos pelo CNS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no período de 03/02/2020 a 22/05/2022

Atos	Quantidade			Total
	3/2/2020 a 31/12/2020	2021	1º/1/2022 a 22/5/2022	
Moção	1	4	-	5
Nota Técnica	-	2	-	2
Parecer	3	3	-	6
Recomendação	42	17	4	63
Resolução	-	-	1	1
TOTAL	46	26	5	77

Fonte: acervo digital do Conselho Nacional de Saúde¹⁶.

O ato normativo mais utilizado foi a recomendação (81%). Trata-se de ato expedido pelo colegiado ou *ad referendum*, pelo Presidente do CNS, que consiste em sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais, ou sobre a conveniência ou oportunidade de adotar determinada providência. Versa sobre temas ou assuntos específicos que não sejam habitualmente de responsabilidade direta do CNS, mas que são relevantes e necessários

dirigidos a sujeitos institucionais ou à sociedade, de quem se espera ou se solicita determinada conduta ou providência¹⁰. É, nesse sentido, ato menos complexo e que independe de homologação do Ministro da Saúde, destinando-se a orientar a gestão quanto à necessidade de seguir o posicionamento do órgão colegiado em relação à política de saúde.

Ao todo, o CNS expediu 63 recomendações, tratando de temáticas variadas (*quadro 1*).

Quadro 1. Síntese das Recomendações emitidas pelo CNS no período de 03/02/2020 a 22/05/2022, separada por temas

Tema	Quantidade	Número da Recomendação /ano		
		2020	2021	2022
Ação pública especificamente de serviço de saúde	29	17	4-5	-
		19	7	
		22-24	34	
		26	38	
		29-36		
		39-41		
		51		
		54-56		
		61		
		65		
		72		
Observância a Parecer Técnico	3	18	-	-
		20		
		48		
Orçamento e finanças	5	49	17	-
		71	35	
			37	
Revogação, alteração, aprovação de normas ou suspensão de orientação do Ministério da Saúde	17	16	12-14	4
		25	18	6
		27		8
		37-38		
		42-43		
		45		
		50		
63				
Vacinação enquanto estratégia de enfrentamento	9	59	3	1
		67	8	
		73	15	
			21	
			27	

Fonte: elaboração própria com base em CNS¹⁶.

É notável que a maior concentração de recomendações ocorreu no primeiro ano da pandemia, sendo bastante escassa em 2022. Embora sem força vinculante, a recomendação é ato que se expede sem maiores burocracias e que pode ser feito *ad referendum* da reunião do coletivo do CNS. Em tempos de uma crise de Covid-19, justifica-se a adoção desse tipo de ato para informar o necessário para os tomadores de decisão, uma vez que se trata de ato que pode ser dirigido a vários destinatários de modo concomitante, sendo homologado pelo coletivo, na primeira reunião posterior à edição do ato.

Por isso, no período analisado, 97% das recomendações foram aprovadas *ad referendum*, excetuando-se a Recomendação nº 71, de 11 de dezembro de 2020¹⁹, aprovada pelo Plenário do CNS em sua 66ª Reunião Extraordinária; e a Recomendação nº 8, de 27 de abril de 2022²⁰, aprovada pelo Plenário em sua 329ª Reunião Ordinária.

O *ad referendum* é ato praticado por alguém sem autoridade irrestrita para praticá-lo e para cuja validade se faz necessária a posterior ratificação da autoridade competente²¹.

Compreende-se que tal situação deve-se ao fato de que as reuniões ordinárias e

extraordinárias deixaram de ser realizadas presencialmente, o que dificultou as discussões que envolvem as matérias das recomendações analisadas.

Pela Resolução nº 645/2020 do CNS²², em seu art. 4º, é estabelecido que as reuniões do Conselho, no período da vigência da Espin, passam a ser remotas, o que facilitaria as aprovações prévias para as recomendações, o que não ocorreu.

Art. 4º As reuniões remotas do CNS, realizadas durante a vigência da Emergência em Saúde Pública e do estado de calamidade pública decorrente da COVID-19, respeitado o disposto no

Regimento Interno do CNS, serão realizadas por meio de plataforma digital, de acesso remoto [...].

Desconhece-se a razão da não utilização das reuniões remotas em maior número, até para que os documentos fossem expedidos com a força da decisão do Pleno, mas não há impedimento de que o Presidente do CNS se utilize do instituto do *ad referendum* para a adoção de medidas que não podem esperar o regular cronograma de reunião – sejam presenciais ou remotas –, podendo fazê-lo de pronto, dando ciência ao coletivo na primeira oportunidade.

O gráfico 1, a seguir, apresenta o panorama dos destinatários das recomendações.

Gráfico 1. Relação de sujeitos institucionais e quantidade de vezes que figuraram como destinatários de Recomendações emitidas pelo CNS no período de 03/02/2020 a 22/05/2022



Fonte: elaboração própria com base em CNS¹⁶.

O Ministério da Saúde foi o principal destinatário, justamente por ser o órgão responsável pela direção do SUS no âmbito da União, mas o CNS não descuidou de recomendar às demais instituições direta ou indiretamente ligadas ao enfrentamento da pandemia, e até mesmo os órgãos do sistema de justiça.

Dentre as recomendações expedidas, destacam-se aquelas sobre ‘Ação pública especificamente de serviço de saúde’, com 29 documentos. Seu conteúdo abarcou diversas áreas, como promoção da vigilância em saúde, assistência farmacêutica e atenção primária, secundária e terciária à saúde, incluindo medidas para garantir a segurança nos serviços de saúde. O que foi proposto reflete o compromisso do CNS em enfrentar a emergência sanitária, com especial atenção às populações mais vulneráveis e impactadas pela pandemia.

Um exemplo é a recomendação nº 26/2020²³, que orientou os gestores do SUS a requisitarem leitos privados e promoverem sua regulação única, garantindo um atendimento igualitário. O CNS reconheceu a importância da coordenação nacional da alocação dos recursos assistenciais, inclusive leitos hospitalares de propriedade privada, para atender às prioridades sanitárias de cada caso. Essa medida foi uma resposta à insuficiência de leitos disponíveis no sistema de saúde, realidade já conhecida quando se observavam as filas de espera mesmo em situações de controle epidemiológico. A falta de leitos adequados tornou-se um fenômeno preocupante, como foi revelado pelos dados relacionados com a judicialização da saúde pública no Brasil²⁴.

Outra pauta abordada diz respeito às ações relativas aos cuidados à saúde dos grupos vulneráveis. A Recomendação nº 4/2021²⁵ enfatizou a importância de ações antirracistas nos serviços de atenção à saúde e incentivou o cumprimento integral da Política Nacional de Atenção Básica. A coleta de dados sobre raça/cor também foi estimulada para reduzir desigualdades na saúde e proteger comunidades vulneráveis.

Tais documentos estão limitados por ausência de força normativa, que não obriga qualquer autoridade pública. Entende-se que o CNS tem força institucional de constranger autoridades, instituições e até particulares a atuarem na garantia da saúde de todos, até por sua historicidade e importância nacional. No entanto, quando a recomendação não tem força normativa, pode, por vezes, ser desconsiderada pelos destinatários, infelizmente.

Entre as recomendações, aquelas relacionadas com ‘Revogação, alteração, aprovação de normas ou suspensão de orientação do Ministério da Saúde’ representam 26% do total. Esses atos têm conteúdo específico relativo a ações governamentais na área da saúde, e seu alcance é direcionado à influência das políticas públicas e normativas para o enfrentamento da pandemia. Essa temática abrange diversas questões, como destinação de recursos financeiros para aquisição de materiais de prevenção à Covid-19, medidas emergenciais para a agricultura familiar e licença compulsória de patentes em casos de emergência nacional ou internacional, interesse público ou estado de calamidade pública.

Uma das ações do CNS, a Recomendação nº 16/2020²⁶, sugeriu, em 24 de março, a revogação imediata da Medida Provisória (MP) nº 927/2020²⁷, que alterou as regras trabalhistas para enfrentar a pandemia. No entanto, essa recomendação não foi acatada, uma vez que a MP vigorou até julho daquele ano, perdendo a validade somente em razão do esgotamento do prazo de vigência de 60 dias previsto na Constituição Federal¹.

As nove recomendações sobre ‘Vacinação enquanto estratégia de enfrentamento’ tiveram seu alcance maior, dirigindo-se a importantes autoridades e instituições, visando garantir acesso à vacinação e ampliar a proteção da população. As medidas propostas foram enviadas para a Presidência da República, o Ministério do Trabalho, o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde, o Congresso Nacional, o Ministério Público Federal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa e para outras

entidades relevantes. As medidas propostas incluíram: a retirada de material desencorajador à vacinação; o cumprimento de compromissos internacionais; a ampliação do Plano Nacional de Vacinação para grupos prioritários; o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde; a proteção de gestantes, puérperas, lactantes; e a priorização de trabalhadores expostos ao vírus. Essas recomendações buscaram conter o avanço da pandemia e promover uma resposta coordenada e efetiva no enfrentamento da crise sanitária.

Por fim, com pequeno número de documentos recomendatórios expedidos, estão os de conteúdo sobre ‘Observância a Parecer Técnico’ e ‘Orçamento e Finanças’. Tais recomendações têm como conteúdo o cumprimento de pareceres técnicos emanados pelo próprio CNS, bem como a orientação das ações no âmbito orçamentário e financeiro, com enfoque na execução das despesas e transferências de recursos para ações de enfrentamento da pandemia, alcançando um reduzido número de autoridades e instituições.

Uma recomendação em que se destaca a ‘Observância a Parecer Técnico’ foi expedida ao Ministério da Educação, ao Ministério da Saúde e aos Programas de Residência em Saúde, em função da declaração da crise sanitária vivenciada, orientando-os a observar o Parecer Técnico nº 106/2020²⁸, que dispunha sobre as orientações ao trabalho/atuação dos residentes em saúde e dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a pandemia. Na prática, a recomendação teve como consequência o reforço da importância dos pareceres técnicos emitidos pelo CNS, com o intuito de promover uma atuação mais adequada e segura dos profissionais de saúde em meio à emergência sanitária. Essa iniciativa visou garantir uma resposta eficiente e alinhada aos protocolos de saúde em um momento crítico para a saúde pública do País.

Já as recomendações sobre ‘Orçamento e Finanças’ tiveram maior impacto, destinando-se principalmente à Presidência da República e ao Congresso Nacional. Elas

solicitavam medidas corretivas urgentes para agilizar a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, incluindo transferência de recursos para Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e controle das despesas públicas relacionadas com a saúde. Além disso, abordaram a questão do subfinanciamento do SUS e a importância de cumprir as obrigações constitucionais de financiamento para garantir um atendimento eficiente à população durante a pandemia.

Com relação aos pareceres emitidos pelo CNS, estes representam 7% dos atos expedidos no período. Cuida-se de um pronunciamento técnico-político-público – ou seja, não normativo – fundamentado e circunstanciado que indica solução para determinado assunto, consulta ou processo administrativo ao qual o CNS é instado a se manifestar. Ele deve ser apreciado pelo Pleno do CNS e pode ser produzido por quaisquer das instâncias do colegiado – Mesa Diretora, Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas¹⁰.

Considerando que todos os pareceres estudados foram proferidos para embasar recomendações do CNS, esses foram organizados com a indicação da Comissão responsável pela produção do ato, o assunto abordado, bem como a recomendação a ele atrelada (*quadro 2*).

Os pareceres precisam ser apreciados pelo Pleno do CNS, o que sugere que sua validade e relevância são avaliadas em um contexto mais amplo, envolvendo representantes de várias instâncias do colegiado. Essa abordagem colaborativa e a revisão pelo Pleno podem ajudar a garantir que os pareceres sejam bem fundamentados, equilibrados e representem uma visão mais abrangente das questões de saúde em pauta, levando em consideração diversos pontos de vista e especialidades.

Ao fornecer informações técnicas sólidas e embasadas, esses pareceres podem contribuir para a formulação de políticas e ações mais efetivas no campo da saúde pública. Contudo, por não possuir um caráter normativo, não vincula o gestor. Além disso, o que muito se viu na pandemia foi a criação de comitês de

emergência para tratar de assuntos da Covid-19 e, de certa forma, uma secundarização dos conselhos. Assim, não se pode afirmar que

houve algum impacto desses pareceres no enfrentamento da Covid-19.

Quadro 2. Síntese dos Pareceres do CNS, autoria, assunto e indicação do ato relacionado no período de 03/02/2020 a 22/05/2022

Parecer	Autoria	Assunto	Recomendação
106/2020	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho	Condução dos programas de residência em área profissional da saúde durante a vigência da Espin em decorrência da Covid-19	18/2020
128/2020	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho	Proteção física e psicológica dos trabalhadores da saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19	20/2020
162/2020	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho	Defesa da formação presencial nas atividades práticas nos serviços que oferecem condições para o trabalho, com medidas adequadas de proteção física e psicossocial dos estudantes e docentes	48/2020
19/2021	Câmara Técnica de Atenção Básica à Saúde	Análise da operacionalização da vacinação contra a Covid-19 e a importância da Atenção Primária à Saúde para o controle da disseminação do vírus nos territórios	8/2021
30/2021	Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica	Necessidade de reconhecimento da licença compulsória para todas as tecnologias disponíveis para atender aos interesses sociais diante da pandemia da Covid-19	13/2021

Fonte: elaboração própria com base em CNS¹⁶.

A moção retrata 6% do total dos atos estudados. É uma forma de o Conselho manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a

respeito de determinado assunto ou fato¹⁰. As moções emitidas pelo CNS estão descritas no quadro 3.

Quadro 3. Síntese das Moções emitidas pelo CNS no período de 03/02/2020 a 22/05/2022

Numeração	Conteúdo
3/2020	Apoio ao Projeto de Lei nº 1.462/2020, que dispõe sobre a concessão de licença compulsória, temporária e não exclusiva, para a exploração de patente
1/2021	Apoio à população amazonense e aos trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente de combate à Covid-19
2/2021	Repúdio à aprovação do Projeto de Lei nº 28/2020, que trata do Orçamento Geral da União para 2021
8/2021	Repúdio às declarações do Presidente da República proferidas em live do dia 21 de outubro de 2021
10/2021	Repúdio às declarações do Presidente da República proferidas em live do dia 16 de dezembro de 2021

Fonte: elaboração própria com base em CNS¹⁶.

Duas das moções emitidas estão relacionadas com projetos de lei que estavam em discussão no Congresso Nacional. Reconhece-se que uma moção de apoio à aprovação ou repúdio à aprovação de normativas em tramitação no Congresso Nacional tem força política do Conselho²⁹, embora não seja determinante para a aprovação ou rejeição da proposição no órgão legislante federal.

A Moção de Apoio nº 1/2021³⁰ teve como motivação as notícias e as reportagens sobre a situação a que a população amazonense esteve submetida em virtude da ausência de acesso a oxigênio e a condições adequadas de tratamento. As Moções nº 8/2021³¹ e nº 10/2021³² tiveram como fato motivador pronunciamentos do Presidente da República. Essa última, com grande repercussão na mídia, haja vista as declarações em sentido contrário ao determinado pelas autoridades científicas em nível mundial, como também nas diretivas da OMS. Em vista da enorme repercussão negativa dos fatos, o CNS não poderia deixar de apresentar moção de repúdio.

Sobre as notas técnicas expedidas, estas refletem 2% dos atos do CNS e representam um ato interno, produzido pela Secretaria-Executiva, detêm caráter instrutivo e têm por objetivo o subsídio à Mesa Diretora e ao Pleno do CNS, em matérias relativas a processos administrativos, judiciais e políticos que necessitem de maior aprofundamento para orientar os debates e as deliberações do colegiado¹⁰.

As duas notas técnicas encontradas foram elaboradas no ano de 2021, e versaram sobre o plano de vacinação contra Covid-19 e sobre ações para o controle da pandemia, tais como: avanço imediato da vacinação completa; busca ativa de pessoas sem a vacinação completa; transparência e acesso às informações sobre o ritmo da aplicação das doses desagregadas por marcadores sociais; implementação de um plano nacional de vigilância e testagem da população; e implementação de um plano nacional de monitoramento da situação epidemiológica para identificação de grupos de risco para reduções prematuras na imunidade a infecções graves etc.

Por fim, a resolução representa a espécie menos utilizada pelo CNS (1%). Trata-se de ato geral, de caráter normativo, resultante de deliberações no Conselho, que deve, obrigatoriamente, ser homologada pelo Ministro de Estado da Saúde no prazo máximo de 30 dias, dando-lhe a respectiva publicidade oficial. Não sendo homologada nem enviada justificativa pelo gestor ao CNS com proposta de alteração ou rejeição, o Conselho pode buscar a validação da resolução, recorrendo à Justiça e/ou ao Ministério Público quando necessário³³.

No caso concreto, o CNS emitiu a Resolução nº 671, em 5 de abril de 2022³⁴, que dispôs sobre as diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e os serviços públicos de saúde nos processos de planejamento da saúde para 2023, definindo que a programação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde deveria alocar recursos suficientes tanto para o enfrentamento da Covid-19 como para as demais ações e serviços de saúde. Entretanto, a referida resolução não foi homologada pelo Ministro da Saúde, possivelmente em função do exíguo tempo que a autoridade sanitária teria para repassar, à Presidência da República, as informações para a produção do competente Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias – PLDO, que, segundo a Constituição de 1988¹, tem prazo máximo de submissão ao Congresso Nacional até 15 de abril de cada ano.

Como a resolução foi publicada a cinco dias úteis do prazo constitucional, está justificada sua não homologação por intempestividade. Isso não significa a baixa efetividade de ato emanado pelo CNS nas ações de enfrentamento da Covid-19, tampouco significa desprestígio, até porque, no PLDO e mesmo na Lei Orçamentária Anual – LOA-2023, houve a previsão pretendida pelo Conselho quando da edição da Resolução nº 671³⁴.

Conclusões

Diversos atos foram emanados pelo CNS, enquanto lugar de deliberação permanente,

no enfrentamento da pandemia de Covid-19, durante a vigência da Espin.

O sítio do CNS, em especial, as abas destinadas às informações de atos normativos e técnico-políticos, está desatualizado, reunindo arquivos dos anos de 2020 e parcialmente do ano de 2021. Ademais, a forma como estão organizadas as abas dificulta sobremaneira a interação com o usuário, que necessita empregar um tempo maior para a localização de atos como os que foram estudados (os pareceres associados às recomendações e as notas técnicas em aba sobre notas públicas).

O CNS concentrou sua atuação não normativa, no período mais crítico da pandemia, em atos que não vinculam o gestor público. Além disso, apesar de a única resolução ter sido aprovada apenas em 2022, esta não teve aplicabilidade prática ante sua intempestividade e a ausência de homologação pelo Ministro. O CNS, por sua importância nacional, deveria ter feito uso mais rotineiro desse expediente normativo, já que é o único com chancela vinculante, mas não o fez.

O CNS, no período entre 2020 e 2022, foi bastante profícuo na emissão de recomendações, que, embora seja ato não vinculante, pode ser enviado a qualquer órgão público, inclusive de forma concomitante. Quase a totalidade das recomendações expedidas no

período deram-se *ad referendum* que, embora regimentalmente previsto, denotam dificuldade de reunião dos membros, o que não é desejável, especialmente pela possibilidade de reunião virtual por meio de aplicativos, devidamente previstos.

Deve-se levar em consideração o entendimento de que o controle social é um processo complexo, que tem inúmeros obstáculos à sua efetividade, mas que não pode perder de vista a primazia da consciência da saúde como um bem indivisível, o compromisso e a cooperação de todos os atores envolvidos, em especial, as autoridades de saúde, sugerindo-se que outros estudos sejam realizados, de forma a levantar e divulgar questões relativas ao funcionamento do CNS, buscando fortalecer a participação da comunidade no contexto da saúde, para que ela possa se firmar e se autossustentar no tempo.

Colaboradores

Costa JRC (0000-0002-8634-3121)* contribuiu para a formulação do trabalho, levantamento e interpretação dos dados, e redação do texto. Alves SMC (0000-0001-6171-4558)*, Delduque MC (0000-0002-5351-3534)* e Souza MS (0000-0002-7989-5243)* contribuíram para redação do texto e sua aprovação final. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
3. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 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.
4. Costa AM, Noronha JC. Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. *Saúde debate*. 2003; 27(65):358-363.
 5. Brasil. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Diário Oficial da União. 15 Jan 1937.
 6. Brasil. Decreto nº 34.347, de 8 de abril de 1954. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. 9 Abr 1954.
 7. Brasil. Decreto nº 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1 Out 1970.
 8. Brasil. Decreto nº 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Jan 1987.
 9. Brasil. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Diário Oficial da União. 12 Jul 2006.
 10. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União. 11 Mar 2009.
 11. Acipreste MTL, Castro JL, Lima JCS, et al. Atuação do Conselho Nacional de Saúde frente à pandemia do Covid-19: uma análise documental. *Rev. Ciênc. Plur*. 2022 [acesso em 2022 out 8]; 8(3):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n3ID28241>.
 12. Di Pietro MSZ. *Direito Administrativo*. 35. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2022.
 13. Vommaro PA. O mundo em tempos de pandemia: certezas, dilemas e perspectivas. *Rev. Direito Práx*. 2021 [acesso em 2022 dez 12]; 12(2):1095-1115. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaceaju/article/view/51001>.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188 de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 4 Fev 2020.
 15. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). [Brasília, DF]: CNS; [data desconhecida] [acesso em 2023 set 4]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-covid-19>.
 16. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). [Brasília, DF]: CNS; [data desconhecida] [acesso em 2023 set 4]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>.
 17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
 18. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Recomendação nº 21, de 24 de agosto de 2021. Recomenda ações referentes à priorização de trabalhadores e trabalhadoras que estão em exposição diária à Covid-19 no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. [acesso em 2023 jul 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2021/1985-recomendacao-n-021-de-24-de-agosto-de-2021sa>.
 19. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Recomendação nº 71, de 11 de dezembro de 2020. Recomenda medidas corretivas que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com a celeridade requerida pela emergência sanitária causada pela pandemia do Covid-19. [acesso em 2023 jul 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1545-recomendacao-n-070-de-18-de-novembro-de-2021>.
 20. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Recomendação nº 8, de 27 de abril de 2022. Recomenda a revogação da Portaria GM/MS nº 913/2022 e outras medidas correlatas. [acesso em 2023 jul 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/>

- recomendacoes-2022/2448-recomendacao-n-008-de-27-de-abril-de-2022.
21. Diniz MH. Dicionário Jurídico Universitário. São Paulo: Editora Saraiva; 2022.
 22. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 645 de 30 de setembro de 2020. Converte a Instrução Normativa em Resolução e estabelece os procedimentos relativos ao funcionamento do CNS, através da realização remota de reuniões colegiadas, durante a pandemia provocada pelo Covid-19. [acesso em 2023 fev 6]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2020/1395-resolucao-n-645-de-30-de-setembro-de-2020>.
 23. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Recomendação nº 26, de 22 de abril de 2020. Recomenda aos gestores do SUS, em seu âmbito de competência, que requisitem leitos privados, quando necessário, e procedam à sua regulação única a fim de garantir atendimento igualitário durante a pandemia. [acesso em 2023 jul 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020>.
 24. Ramos EMB. Argumentos dos atores processuais nas causas jurídicas sobre saúde no Estado da Bahia, Brasil. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. 2017 [acesso em 2023 jul 18]; 6(1):127-138. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/357/444>.
 25. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Recomendação nº 4, de 30 de março de 2021. Recomenda ações relativas aos cuidados à saúde das populações vulnerabilizadas no contexto da pandemia da Covid-19. [acesso em 2023 jul 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2021/1671-recomendacao-n-004-de-30-de-marco-de-2021>.
 26. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Recomendação nº 16, de 24 de março de 2020. Recomenda ao Ministério da Economia, aos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal e ao Presidente do Supremo Tribunal Federal a adoção de providências em razão da edição da Medida Provisória no 927/2020. [acesso em 2023 jul 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1078-recomendacao-n-016-de-24-de-marco-de-2020>.
 27. Brasil. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Mar 2020.
 28. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Parecer Técnico nº 106, de 26 de março de 2020. [acesso em 2023 jul 18]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020>.
 29. Temoteo-da-Silva B, Lima IMSO. 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 [acesso em 2023 jul 18]; (26):e210582. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210582>.
 30. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Moção de Apoio nº 1, de 2 de fevereiro de 2021. Manifesta apoio à população amazonense e aos trabalhadores e trabalhadoras da linha de frente de combate à Covid-19. [acesso em 2022 out 13]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/mocoes-cns/mocoes-2021/1585-mocao-de-apoio-n-001-de-02-de-fevereiro-de-2021>.
 31. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Moção de Repúdio nº 8, de 11 de novembro de 2021. Manifesta repúdio às declarações do Presidente da República proferidas em live do dia 21 de outubro de 2021. [acesso em 2023 fev 13]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/mocoes-cns/mocoes-2021/2173-mocao-de-repudio-n-008-de-11-de-novembro-de-2021>.
 32. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Moção de Repúdio nº 10, de 20 de dezembro de 2021. Manifesta repúdio às declarações do Presidente da República

proferidas em live do dia 16 de dezembro de 2021. [acesso em 2022 out 13]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/mocoes-cns/mocoes-2021/2260-mocao-de-repudio-n-010-de-20-de-dezembro-de-2022>.

33. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. [acesso em 2022 out 12]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html.

34. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 671, de 05 de abril de 2022. Dispõe sobre as diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde nos processos de planejamento da saúde para 2023. [acesso em 2022 out 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/2421-resolucao-n-671-de-05-de-abril-de-2022>.

Recebido em 28/02/2023
Aprovado em 15/08/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Emergências em Saúde Pública, desastres e risco: perspectivas e abordagens a partir das ciências sociais

Emergencies in Public Health, disasters, and risk: perspectives and approaches from the social sciences

Lucia Teresa Côrtes da Silveira¹, Alexandre Barbosa de Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313909

RESUMO Emergências em Saúde Pública e desastres são eventos que causam impactos sobre a sociedade, afetando a vida e o cotidiano das pessoas, suas condições de saúde e segurança. As ciências sociais têm um papel fundamental na análise de tais eventos ao fornecerem uma perspectiva crítica acerca da dimensão das estruturas sociais, culturais, políticas e econômicas envolvidas. Neste artigo, buscou-se abordar os conceitos intercambiáveis de emergências em saúde pública e desastres, e suas inter-relações com os aspectos sociais, ao analisar como os teóricos sociais consideram o tema sob o enfoque do risco, a fim de melhor compreender os processos de vulnerabilização. Para tanto, foi realizado estudo exploratório que se concentrou nas abordagens sociológicas, conceituais e epistemológicas, buscando fornecer elementos para a construção de ideias, tecnologias e práticas que possam ser agregadas às ações de gestão do risco. Os resultados destacam a necessidade de (re)análises desses fenômenos a partir da ampliação da discussão em busca de uma maior aproximação entre as ciências sociais e as bases interdisciplinares, na direção da estruturação de arcabouço teórico mais consensual e plausível sobre as questões complexas observadas nas situações de emergências e desastres e seus impactos na sociedade contemporânea.

PALAVRAS-CHAVE Desastres. Emergências. Saúde pública. Ciências sociais. Risco.

ABSTRACT *Public health emergencies and disasters are events that impact society, affecting people's, live and their health and safety conditions. Social sciences play a fundamental role in the analysis of such events, by providing a critical perspective on the dimension of the social, cultural, political, and economic structures involved. This article seeks to address the interchangeable concepts of public health emergencies and disasters, and their interrelationships with social aspects, by analyzing how social theorists consider the issue from a risk perspective, in order to better understand the processes of vulnerability. To this end, an exploratory study was carried out that focused on sociological, conceptual, and epistemological approaches, seeking to provide elements for the construction of ideas, technologies and practices that can be added to risk management actions. The results highlight the need for (re)analyses of such phenomena from the broadening of the discussion in search of a greater approximation between the social sciences and the interdisciplinary bases, towards the structuring of a more consensual and plausible theoretical framework on the complex issues observed in the emergency and disaster situations and their impacts on contemporary society.*

KEYWORDS *Disasters. Emergencies. Public health. Social sciences. Risk.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luteco61@yahoo.com.br



Introdução

Emergências em Saúde Pública (ESP) são reconhecidas como eventos que apresentam riscos significativos para a saúde da população e que exigem respostas coordenadas para prevenir e mitigar seus desdobramentos. Incluem epidemias, contaminações de água, solo e ar, acidentes com materiais químicos, biológicos, radiológicos e nucleares, entre outros¹.

Os desastres são compreendidos como eventos adversos que provocam danos, destruição e perturbação a vidas, propriedades, meios de subsistência e ambiente de uma comunidade ou área, ultrapassando sua capacidade de resposta e requerendo a intervenção de recursos externos. São classificados como: de origem natural, a exemplo de inundações, deslizamentos de terra, epidemias e pandemias; de origem tecnológica, como rompimentos de barragem, incêndios, acidentes industriais, entre outros; ou ainda de origem social, como, por exemplo, violência e caos urbano, fome, pobreza estrutural, desassistência, ondas migratórias humanas e conflitos políticos^{2,3}.

Independentemente de origens ou de magnitudes, impactam de forma distinta os sistemas sociais e os indivíduos, na dependência da estruturação social e sanitária das comunidades afetadas, tendo um efeito maior, especialmente, sobre os mais vulneráveis. As vulnerabilidades socioambientais e econômicas aprofundam as diferenças sociais, assim como potencializam efeitos e desdobramentos das emergências e desastres, ao desequilibrarem os já titubeantes sistemas de saúde, com o aporte de novos problemas, que passam a coexistir com demandas e problemas de saúde cotidianos, potencializando e sobrepondo os riscos nos territórios.

Sob a óptica das ciências sociais, a noção de risco envolve a probabilidade de ocorrência de um evento físico prejudicial, com potencial para gerar perdas e danos de diferentes naturezas⁴. Tal noção contempla,

portanto, uma perspectiva multidimensional na medida em que envolve diversos fatores interconectados (sociais, econômicos, ambientais e de saúde), os quais podem influenciar a ocorrência e o impacto das emergências e dos desastres. Destarte, neste estudo, os dois termos são considerados intercambiáveis.

Progressivamente, a saúde pública vem sofrendo os efeitos diretos e indiretos das situações de emergências e desastres. Os desdobramentos em curto, médio e longo prazo e o empreendimento de estratégias de preparação e resposta adequadas têm sido, ao longo dos anos, um desafio global, a despeito de avanços e esforços de órgãos e entidades locais e mundiais, de governos e países. Com efeito, as estratégias de gestão do risco de emergências e desastres e as inovações tecnológicas desenvolvidas para fazerem frente a esses eventos seguem em constante estudo e (re)estruturação.

No contexto brasileiro, as vulnerabilidades socioambientais e econômicas produzem precárias condições de subsistência e deterioração ambiental, bem como os determinantes sociais e as desigualdades no acesso à assistência à saúde e à atenção psicossocial, que aprofundam diferenças sociais e agravam os efeitos das emergências e desastres. Isso demanda intervenções da comunidade científica em busca de melhorias das ações de prevenção, preparação, resposta e recuperação^{5,6}.

Em busca de oportunizar elementos para abordagem dos fenômenos de emergências e desastres, à luz dos estudos desenvolvidos no campo das ciências sociais, partiu-se da premissa de serem traçadas potenciais interlocuções com teóricos que vêm se aproximando desse debate. Sob tal perspectiva, tem-se a compreensão de que o enfoque das questões e dos problemas do mundo real, que envolvem esses eventos, pode vir a potencializar ideias que sustentem o desenvolvimento de ações de gestão de risco alinhadas às necessidades específicas de cada local/país/região.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório de base teórica, desenvolvido a partir de fontes secundárias. Evidenciaram-se as perspectivas e as abordagens de teóricos sociais sobre aspectos conceituais e epistemológicos relacionados com os estudos das ESP e desastres.

Para análise crítica das obras, foram utilizadas ferramentas das ciências sociais, como a teoria crítica, buscando nexos com estudos sobre sociologia dos desastres. Além disso, concentrou-se em abordagens sociológicas e conceituais, buscando fornecer elementos para construção de ideias, tecnologias e práticas que se articulem a ações de gestão de risco.

Os dados foram classificados, concatenados, complementados e discutidos com o propósito de expor ideias e pontos de vista sem, contudo, explorar o assunto de forma exaustiva. Estruturou-se a abordagem teórica em um único eixo temático: ESP, desastres e risco na perspectiva das ciências sociais.

Resultados e discussão

Na agenda de debates acadêmicos, ainda está ausente um consenso definidor do que é ou não desastre. Há quem o compreenda como evento físico e quem o entenda como construção social. O aprofundamento da discussão não traz convergências para a solução dessa questão; no entanto, existe o entendimento de desastre como fenômeno social, que leva à ruptura de estruturas ou de sistemas⁷. Na dinâmica dos desastres de origem natural, a percepção das mudanças do juízo de natureza transpõe, para o interior da sociedade, eventos que outrora eram considerados exteriores a ela e que, assim, passam a ter geração social⁸. Os desastres passaram a ser compreendidos, nessa perspectiva, como eventos advindos da ação humana², reforçando a compreensão de que a construção do risco decorre do arbítrio humano, de tal maneira que os desastres não são naturais, mas antropogênicos⁹.

O risco resulta de exposição a ameaças ou perigos, associados a vulnerabilidades e a condições de resiliência. Dessa maneira, explicações tradicionais sobre desastres e suas causas são ainda insuficientes, e precisam ser aprofundadas e abordadas de forma inovadora por acadêmicos, organizações e instâncias governamentais⁶.

Maskrey et al.¹⁰ apresentaram o conceito de ‘risco sistêmico’, que diz respeito a fenômenos ocasionais, físicos, biológicos, socioambientais ou tecnológicos, que, além de perdas e danos diretos, impactam os diversos sistemas interconectados e interdependentes com efeitos sistêmicos em cascata, sequenciais, síncronos ou simultâneos, de curto, médio e longo prazos. O termo não diz respeito a múltiplos riscos desencadeantes de determinado evento, e sim ao desdobramento de seus efeitos associados a diversos outros fatores de risco, de exposição e de vulnerabilidade, independentemente do que os desencadeiam.

No contexto mundial, o papel preponderante dos cientistas sociais, ao estudar o tema, foi entender ‘desastres’ como resultado de relações sociais, e não como eventos predominantemente naturais. Ao longo do tempo, diferentes campos e disciplinas têm analisado desastres, dando ênfase especial a dois temas: análise de risco e ameaças naturais¹¹.

A construção do conceito desastre resta controversa, não consensual e ainda em debate. É assunto heterogêneo e multi/inter/transdisciplinar, levando a ambivalências no campo das ciências sociais. Apesar da institucionalização do conhecimento do tema no âmbito das agendas governamentais e institucionais, tais como a Organização das Nações Unidas, e do avanço de sua abordagem por revistas especializadas, nos comitês e associações científicas, as controvérsias sobre a sua abordagem só vêm aumentando⁸.

Apesar das ciências sociais estudarem desastres desde a década de 1950, novos conhecimentos são necessários, notavelmente aqueles que busquem abordagens diversas daquelas elaboradas até agora, avançando para entender

e (re)elaborar práticas sustentáveis e novos conhecimentos sobre o tema².

No Brasil, percebe-se a necessidade de análise aprofundada, por meio das pesquisas das ciências sociais, tanto do conceito de ‘desastres’ quanto do de ‘vulnerabilidades’, que partam da realidade da ocorrência dos desastres nacionais¹¹. Tal ideia é clara e sistematicamente observada durante o enfrentamento de ameaças biológicas no País. Como exemplo recente, o enfrentamento da Covid-19 demonstrou dificuldades em termos de interoperabilidade entre os diferentes agentes, setores e instituições nas esferas de governo que não adotaram ações contundentes e efetivas para resposta emergencial em função de questões políticas ou ideológicas. Isso gerou maior grau de vulnerabilidade nas comunidades mais empobrecidas e mesmo de solapamento de ações de vigilância e atenção à saúde.

Nesses processos, a compreensão aprofundada e a apropriação de concepções e de teorias que desvelem os riscos (de emergências e desastres) têm potencial para embasar o desenvolvimento de políticas públicas e planos estratégicos, que possam fazer frente a tais situações.

Para contextualizar adequadamente e entender as situações epidêmicas/pandêmicas e outras tipologias de emergências e desastres, sob seus variados e complexos aspectos, é preciso demarcar territórios teóricos/filosóficos para utilização em perspectiva orientada para os problemas e as especificidades locais/nacionais¹².

Assim, a realidade brasileira não foi ainda contemplada por um mergulho epistemológico sobre os eventos que assolam o País, permitindo que algumas ciências interpretem cientificamente e divulguem suas impressões por vezes descontextualizadas, enviesadas, preconceituosas e até mesmo antidemocráticas. No mundo contemporâneo, é papel das ciências sociais contribuir criticamente para o fortalecimento dos movimentos sociais e das políticas públicas, colocando o Estado na dimensão da sua responsabilidade de transformação social e de protagonista das ações de gestão do risco³.

No contexto dos desastres, existem autores das ciências sociais que consideram o tema dentro da realidade social contemporânea, por meio da abordagem sociológica do conceito de ‘risco’ e da análise de seus desdobramentos sociais. No ponto de vista sociológico, pode-se tomar por referência três teóricos contemporâneos, com obras transpostas para o espanhol e para o português, podendo trazer potenciais contribuições sobre a discussão de risco para a realidade da América Latina: Anthony Giddens, nascido em 1938, cujas publicações sobre a modernidade e seus desdobramentos sociais se iniciaram em 1990; Ulrich Beck, nascido em 1944, que desenvolveu estudos sobre sociedade de risco e modernização a partir de 1986; e Niklas Luhmann, nascido em 1927, que, a partir de 1984, iniciou a publicação de estudos sobre a teoria dos sistemas sociais e, a partir de 1991, de estudos sobre a sociologia do risco.

O britânico Giddens discute risco a partir de particularidades singulares do que ele considera modernidade. Para o autor, a modernidade diz respeito ‘ao mundo industrializado’, que não é só fruto da industrialização, mas também das relações sociais inseridas no processo de produção, sendo essa uma das dimensões da modernidade¹³.

Desse modo, os riscos são oriundos da modernização. Esses riscos são novos e desconhecidos, e as premissas conhecidas não servem para enfrentá-los. Seu enfrentamento parte de premissas incertas e trabalha com a precaução, em que medidas protetivas são instituídas sem se saber ao certo se haverá ou não dano. A discussão de Giddens gira em torno das consequências da modernidade, que representa um tempo de descontinuidade no qual todos os setores da sociedade sofreram intervenções, que são sinalizadas pelo ritmo e pelo propósito das mudanças sociais, bem como pela natureza de suas instituições¹⁴, no entendimento de que a modernidade é um modo de viver que se tornou globalizado, a partir de seu surgimento na Europa, no século XVIII¹³.

Diante das condições da modernidade, o futuro é esboçado no presente por meio da reflexão ordenada dos campos de conhecimento. Giddens compreende a modernidade como uma ordem pós-tradicional, apontando a necessidade de não confundir com marco social, em que segurança e atitudes tradicionais foram substituídas pela certeza do conhecimento racional¹³.

De forma geral, ao mesmo tempo que traz uma nova parametrização dos riscos, diferentes ou desconhecidos em comparação às épocas anteriores, a modernidade tende a diminuir alguns riscos; sendo assim, ela é apocalíptica por introduzir riscos que eram desconhecidos de gerações anteriores. O autor usa o termo ‘alta modernidade’ para designar o mundo moderno tardio (modernidade tardia), em que os indivíduos são cada vez mais afetados por eventos distantes deles, principalmente pela influência dos meios de comunicação e dos efeitos da globalização¹³.

Na perspectiva de Giddens, a modernidade se caracteriza pela descontinuidade devido às mudanças sociais e características das instituições. Para a sua compreensão, é necessário romper com perspectivas sociológicas existentes, conseguir entender o caráter globalizante das instituições modernas e explicar como se deu a interrupção da relação com suas culturas tradicionais¹⁵.

Os contextos sociais locais são capazes de conectar o local e o global, como não imaginavam as sociedades mais convencionais. Assim, o que acontece em determinado local, ao se tornar global, pode afetar, a distância, a vida de milhões de pessoas¹⁵. O autor caracteriza a globalização como ‘desencaixe’ e, as influências globais na vida cotidiana ocorrem e têm origem em qualquer lugar, desde localizações pequenas e próximas a outras grandes e distantes, ou seja, para além do tempo e do espaço¹⁵.

O autor faz distinção de dois mecanismos de desencaixe. O primeiro ele chama de ‘ficha simbólica’, representado pelo dinheiro e suas mais diversas possibilidades de troca, assumindo valor de mercadoria. O segundo,

‘sistema perito’, refere-se a “[...] sistemas de excelência técnica ou competência profissional, que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje”¹⁵⁽³⁷⁾. Continuamente, peritos estão presentes influenciando tudo o que se faz. Quando se mora em um local de risco, existe o perito que projetou as sirenes para tocarem de acordo com um determinado volume de chuva e dentro de um determinado padrão de segurança. Além disso, tem-se ‘fé’ no que foi projetado, mesmo quando não se consegue personalizar o perito, a fim de que seja possível conferir o que foi projetado. Assim, os sistemas peritos, juntamente com as fichas simbólicas, são considerados ‘sistemas de desencaixe’ por retirarem do contexto social a proximidade das relações (inter)sociais. A fé diz respeito àquilo que se espera que um perito realize, acrescido das associações e das organizações que o controlam. Nesse sentido, “qualquer mecanismo de desencaixe está relacionado à confiança, na esperança de não haver motivos para dúvidas”¹⁵⁽⁴⁰⁾.

Para o autor, confiança e fé não são palavras sinônimas, ou seja, confiança não é a fé na credibilidade de alguém, ela é justamente derivada da fé, ela é “a crença na credibilidade de uma pessoa no sistema”¹⁵⁽⁴⁴⁾. Ele refere ainda que perigo e risco estão intimamente relacionados, mas guardam distinções entre si. Perigo é circunstancial ao risco. Já o risco pressupõe o perigo sem que, no entanto, queira dizer que existe a consciência do perigo, pois, quando se arrisca, considera-se o perigo, sendo que perigo deve ser compreendido como uma ameaça ao resultado que se deseja. Comumente, os indivíduos não têm consciência do perigo que correm, estando inconscientes do quanto estão se arriscando. Existem situações em que risco e confiança se inter-relacionam, notadamente aquelas em que a confiança minimiza os perigos, como é o caso dos riscos institucionalizados em estruturas de confiança. Por seu turno, segurança configura-se na situação onde os perigos são mínimos ou foram neutralizados, é a relação equilibrada entre confiança e risco aceitável¹⁵.

O alemão Luhmann¹⁶ enxerga a segurança não como uma opção possível, uma vez que nem sempre, quando se opta por não correr risco, consegue-se estar fora de perigo. Sua abordagem está ancorada na teoria dos sistemas. O autor elabora o risco partindo do que ele denomina ‘sociologia do risco’, enfatizando que os sistemas vivos, sociais e psíquicos são autopoieticos, em especial, os sistemas sociais. Com isso, ele intenciona elaborar uma teoria geral da sociedade. Para ele, os sistemas sociais, além de autopoieticos, são também similares, e denominados autorreferenciais e fechados. Os sistemas autopoieticos são considerados por só se constituírem em si mesmos, utilizando seus próprios elementos e incapazes de se autoextinguir; assim, inseridos em um sistema operacionalmente fechado.

De acordo com Luhmann¹⁶, em relação ao risco, a sociologia crítica não se limita unicamente a descrever o que ocorre na sociedade, mas sim ampliar o conhecimento sobre o que já é conhecido, desvelando o que está latente. Desse modo, uma série de questões envolve os eventos improváveis e a maneira de explicá-los, abordá-los e evitá-los. Do ponto de vista sociológico, a comunicação pode dar explicações na medida em que o futuro depende das decisões tomadas no presente, e uma vez que as ações sejam desencadeadas, elas são irreversíveis. Enquanto a investigação do risco continua se esforçando para calculá-lo racionalmente, a realidade se mostra diferente. Por essa via, a noção de perigo atribuída a um fator externo e não controlável é substituída pelo conceito de risco, no qual os danos são oriundos da tomada de decisão. Ou seja, por mais que existam cálculos estatísticos e equações matemáticas confiáveis, o risco não pode ser afastado por não estar atrelado à falta de segurança, e sim às escolhas do presente.

Diante de uma mesma situação de risco, indivíduos estão ou não dispostos a correr riscos. Tudo depende do que se tem a perder, pois cálculos de risco não são consensuais. Sob o ponto de vista de futuro, o termo ‘risco’ determina uma forma de problematizar o tempo vindouro, ou seja, uma forma de lidar com o tempo¹⁶.

A análise social, nesse sentido, deve ater-se à comunicação, que é a base da produção e da reprodução autopoietica da sociedade como sistema social. Existe uma lacuna na comunicação, principalmente no que tange aos sistemas políticos, em que os excluídos do processo decisional sofrem as consequências das decisões tomadas por outrem, levando a relações assimétricas de poder, o que é algo bastante comum nas situações de emergências e desastres. Desloca-se o limiar do risco de um lado a outro, na dependência do indivíduo ser ou não tomador de decisão, ou se ele é ou não o afetado por ela¹⁶. A comunicação é que abre o sistema para que ocorram as irritações internas, promotoras da evolução dos sistemas. Apesar de hermeticamente fechados, os sistemas são cognitivamente abertos, permitindo que haja evolução à medida que há mudança dos elementos do sistema, sendo a comunicação a permeadora da autopoiese dos sistemas¹⁷.

Um aspecto que se agrega à percepção da avaliação e da aceitação do risco é o conceito de ‘seleção do risco’. Existem fatores sociais que guiam esses processos, e todo o esforço está voltado para o entendimento do que interfere nessa eleição do que é risco, e que parte de um ponto de vista individual, no qual os indivíduos tendem a subestimar mais o risco do que outros, principalmente nas situações cotidianas de risco¹⁶.

Luhmann¹⁶ pontua ainda que, se forem comparados risco com segurança e risco com perigo, é possível dizer que não existe conduta que não seja arriscada e, por conseguinte, livre de risco. Assim, não existe segurança absoluta. Riscos são inevitáveis quando se toma decisões, cabendo apontar que não decidir é também uma decisão arriscada. O fato de não existirem decisões isentas de risco não significa que, com mais estudos e conhecimentos, passaremos do risco para a segurança; ao contrário, quanto mais conhecimento, maior é a consciência que se tem do risco, e quanto mais se aprofunda na racionalidade do cálculo e na abrangência das questões envolvidas,

maior a percepção do risco que se tem; e, a reboque, vem mais incerteza quanto ao risco e, assim, mais risco.

No que diz respeito à prevenção, ela se interpõe entre decisão e risco de alguma forma que ainda precisa ser especificada, considerando que a prevenção é a preparação em relação a danos que possam ocorrer, buscando-se que, caso ocorram, sejam de pequena monta, ou que possam ter suas dimensões reduzidas¹⁶. Já no que diz respeito a riscos, a situação muda; a prevenção diz respeito à disposição ao risco e, assim, considera-se a ocorrência do dano, ou seja, o fato de o indivíduo se prevenir diante do risco já se configura como o preparo para o dano que pode ocorrer. Ademais, a avaliação do risco é diretamente dependente do contexto¹⁶.

Mesmo quando há prevenção para ambas as situações, é preciso saber se a questão diz respeito a dano ou a risco. Às vezes, interfere-se no dano, mesmo com a possibilidade do risco de ocorrência de determinado evento ser maior do que o dano que a intervenção proposta pode acarretar. Por exemplo, a evacuação de uma área de risco de deslizamentos quando ocorre um determinado volume excessivo de chuva. Intervir evacuando a área pode envolver danos que se opta por correr. A questão deve ser avaliada também sob o aspecto político da tomada de decisão, quando a possibilidade do dano pode ser maior do que a possibilidade que o risco traz¹⁶.

Ainda sobre potenciais distinções entre risco e perigo, o primeiro é produto da decisão quanto a eventuais danos que porventura possam vir a ocorrer. Não é a decisão tomada nem o dano que importam no campo das consequências prováveis-improváveis, uma vez que, geralmente, não se deixa de tomar um remédio ou vacina pela possibilidade dos seus efeitos colaterais e das suas reações adversas. As consequências incertas e desvantajosas, que se podem atribuir às decisões, são consideradas como risco da própria decisão¹⁶.

Na ideação desenvolvida por Luhmann¹⁶, a diferença entre risco e perigo nada mais é do que a forma do risco, bem como as várias

formas de solidariedade social que surgem conforme seja o futuro, de risco ou de perigo. O que é risco para determinado indivíduo pode ser perigo para outro. Fumar é risco para quem fuma e pode vir a ser um perigo para quem convive com quem fuma. Fumar pode deixar de ser risco ao parar de fumar, mas não deixa de ser um perigo futuro para quem convive com quem fuma. No caso do perigo, os danos futuros não são consequência de uma decisão/opção, mas sim consequência de uma ação/condição externa, ao contrário do que ocorre com o risco, que está atrelado às decisões/opção por possíveis danos futuros¹⁶. Pode-se deixar de correr risco, mas, em geral, não se pode optar por deixar de correr perigo.

A solidariedade social, no caso do perigo, aponta para a necessidade óbvia de proteção do indivíduo quanto ao dano que ele possa vir a sofrer por ação de um agente externo. No caso do risco, essa solidariedade social vai entender que o dano ocorreu dentro do campo da concepção das liberdades individuais, das opções pessoais. Em nenhum dos dois casos, as vantagens ou as desvantagens têm distribuição equânime, um mesmo dano leva a resultados diferentes: ricos têm mais a perder; e os pobres têm menos a perder – em contrapartida, sofrerão mais com a fome e a desassistência¹⁶.

Os riscos fazem parte da decisão, inclusive da decisão do decisor. São milhares de indivíduos decidindo ao mesmo tempo no mundo, mas nem todos participam efetivamente das decisões, por isso existem decisores e afetados. Ser afetado é o oposto de decidir. No campo das decisões e da condição de afetado, quem decide irá correr riscos que podem se constituir em perigos para aqueles que são afetados. Nesse sentido, toda decisão tem uma consequência, que são os danos futuros, que podem ser aceitos como risco caso não sejam registrados como custo. Sendo assim, o afetado sofre as ameaças de decisões que ele não pode controlar.

Há aqui o paradoxo de que riscos são perigos e que perigos são riscos. Por exemplo, uma indústria nuclear construída em uma

determinada cidade tem seus trabalhadores que correm o risco de lá trabalharem e tem os moradores da cidade que correm o perigo da ocorrência de algum evento na planta industrial. Ao mesmo tempo, os moradores da cidade, pelos benefícios indiretos que a indústria lhes trouxe, resolvem correr o risco de tê-la na vizinhança, assim, os trabalhadores da indústria passam a estar expostos aos perigos que a indústria nuclear traz. Nem sempre são os decisores quem se aproveitam das decisões. Do mesmo modo que nem sempre é possível saber quem será afetado. Afinal, daqui a alguns anos, quem será afetado pelos efeitos das mudanças climáticas? A única segurança, em suma, é que ninguém pode oferecer algum tipo de segurança¹⁶.

Com relação à ideia de confiança, a opinião pública se voltou contra a questão da perda de confiança, e assim surge a esperança de comunicação, diálogo e desejo de chegar a um acordo. Desse modo, o tema da comunicação de risco chega ao campo da ciência¹⁶.

Para Luhmann¹⁶, a confiança deve ser interligada ao risco para ser entendida, já que resultados inesperados podem ser consequências das decisões individuais ao invés de resultarem de ações da natureza ou sobrenaturais. Confiar significa estar consciente dos riscos, é saber que as decepções acompanham as expectativas. Quem não avalia mais alternativas e tenta calcular os riscos apenas acredita que nada vai acontecer, permanecendo em uma situação de crença, e não de confiança. Destarte, só se confia quando se avalia a situação e se consideram os riscos¹⁵.

Quanto à noção de ‘contingência’, no sentido de algo que pode acontecer ou não, a atenção dada mostra que a contingência funciona como o inverso de qualquer busca de necessidade. A questão é: o que ela proporciona ao não permitir a organização ou o seu uso para conduzir a evolução da sociedade a outras direções? Para o autor, essa é uma especificidade da sociedade moderna, que penetra suas estruturas sociais dentro do que chama de ‘lógica modal’, ou seja, dentro das modalidades de possibilidade

e necessidade, contingência pode ser compreendida como tudo que não é necessário nem impossível. Assim, conceitua-se contingência a partir da negação da necessidade e da impossibilidade¹⁶. As possibilidades podem ser diferentes daquelas esperadas a partir da contingência. A sociedade é, então, dependente de suas próprias decisões, não havendo futuro seguro nem livre de adversidades¹⁸. Dessa maneira, a contingência refere-se à imprevisibilidade e às possibilidades no campo dos acontecimentos, e não é incomum confundir contingência com acaso e imprevisto e, por conseguinte, elaborar planos de contingência para resposta a qualquer vicissitude¹⁹.

Outro teórico, o alemão Beck, trabalha risco sob o aspecto da ‘sociedade de risco’, associando-o à modernidade tardia. Os riscos transpõem fronteiras e classes, eles mudam de alvo, de caráter, à medida que se globalizam. Com isso, vai-se perdendo a possibilidade de calculá-los com apuro. Não há como determinar suas causas, como o início da modernidade permitia; assim, não se tem como aquilatar o valor da seguridade como compensação¹⁴.

Beck traz a questão da sociedade de risco a partir do acidente nuclear de Chernobyl. Ele pondera que, antes, violência, miséria e sofrimento aconteciam com os outros, com pobres, negros, judeus, mulheres e dissidentes. Havia campos, cercas, paredes, fronteiras. Após Chernobyl, apesar das fronteiras ainda existirem, ao mesmo tempo não existem mais, não existem mais os outros, não há mais aquilo que tanto se cultivou com relação ao distanciamento, não se distancia dos perigos nucleares; uma vez que a sociedade se desamparou diante do perigo, ela se transformou na sociedade industrial de risco²⁰. As usinas nucleares se transformaram em “símbolos de uma moderna Idade Média do perigo”²⁰⁽⁸⁾. O perigo vem com o consumo, vai e vem com o vento e com a água, vai a todo lugar e está em todo o lugar, espalha-se atravessando todas as barreiras. Ao contrário da natureza socializada absorvida pelo sistema industrial, o que se tem hoje são os danos socializados da natureza, que se

transformam em ameaças sociais, econômicas e políticas²⁰.

A produção do risco ofusca o poder tecnológico e econômico acumulado; a produção do risco domina a produção de riqueza, enquanto as sociedades desenvolvidas dão origem ao impacto da indústria sobre a degradação ambiental e todos os seus efeitos sobre a sociedade, sem que, no entanto, exista um pensamento social, nem mesmo por parte dos sociólogos²⁰. Para o autor:

[...] nas definições de risco, quebra-se o monopólio de racionalidade das ciências. [...] Constatações de risco baseiam-se em possibilidades matemáticas e interesses sociais, mesmo e justamente quando se revestem de certeza técnica. Ao ocuparem-se com riscos civilizacionais, as ciências sempre acabaram por abandonar sua base de lógica experimental, contraindo um casamento polígamo com a economia, a política e a ética - ou mais precisamente: elas convivem numa espécie de 'concubinato não declarado'²⁰⁽³⁵⁾.

Os riscos fazem parte da atualidade. Na medida em que estão intimamente relacionados com o futuro e com o que ainda está por vir, eles antecipam o que há de vir. Eles são realidade ao mesmo tempo que não são, já que a força argumentativa sobre os riscos está naquilo que ainda está para acontecer. A distribuição de risco é diferente da distribuição da riqueza, reforçando o sistema de classes, em que a riqueza se acumula no topo, e os riscos, na base - assim também ocorre com as possibilidades de lidar com o risco, já que os ricos têm mais possibilidades do que os pobres. Ao mesmo tempo, à medida que os riscos se multiplicam, esses mecanismos individualistas de proteção e a possibilidade de contorná-los vão diminuindo²⁰.

Assim, ao se reduzir a fórmula: "a miséria é hierárquica, o smog democrático". [...], relativizam-se as diferenças e fronteiras sociais"²⁰⁽⁴³⁾. Nesse sentido, dentro da dinâmica social, os riscos perdem a generalização de distribuição

por classes e se transformam em classes, não de afetados e não afetados, mas sim em classes de afetados e de ainda não afetados. As causas do risco são proporcionais à velocidade do progresso e do lucro e se relacionam às ameaças e à preparação²⁰. A sociedade de risco tem por base a segurança, em que a sociedade desigual da sociedade de classes é ocupada pela sociedade insegura da sociedade de risco²⁰.

A uniformização da ameaça não significa que não existem mais desigualdades sociais no que diz respeito a ser ou não suscetível ao risco. Os países com a mão de obra mais barata recebem as indústrias de risco, assim, a "pobreza extrema atrai riscos extremos"²⁰⁽⁴⁹⁾, e "[...] o diabo da fome é combatido com o belzebu da potenciação do risco"²⁰⁽⁵¹⁾.

Há, todavia, o efeito bumerangue: os países ricos que se sentiam livres da ameaça das indústrias de risco, transferindo-as a outros países, passam a sofrer com os efeitos da importação da produção dos países pobres e, com ela, os pesticidas de volta²⁰. A carência apenas embaça a percepção do risco, não afasta o risco, são justamente os riscos não percebidos que se concretizam de forma mais competente e rápida²⁰.

Os riscos prováveis, contudo, vão sendo apontados, e aqueles que os apontam são ditos produtores de risco, de desmedidos e exagerados. A ciência é criticada, sendo chamada de irracional, e o risco é minimizado como consequência do progresso e considerado altamente improvável devido a toda a tecnologia de segurança empregada. Essas atitudes produzem mais perigo à sociedade de risco, atenuam o risco aumentando o perigo²⁰. Tal situação foi emblematicamente observada no enfrentamento da pandemia da Covid-19, em que foi experienciado o surgimento de um perigo global, com o risco ultrapassando todas as fronteiras, deixando o perigo à espreita. Segundo o autor:

[...] é precisamente com o avanço da sociedade de risco que se desenvolvem, como decorrência, as oposições entre aqueles que são afetados pelos riscos e aqueles que lucram com eles. Da

mesma forma, aumenta a importância social e política do conhecimento, e conseqüentemente do acesso aos meios de forjar o conhecimento (ciência e pesquisa) e disseminá-lo (meios de comunicação de massa). A sociedade do risco é, nesse sentido, também a sociedade da ciência da mídia e da informação, nela escancaram-se, assim, novas oposições entre aqueles que produzem definições de risco e aqueles que as consomem²⁰⁽⁵⁶⁾.

Esse movimento de risco e não risco vai até o limite em que a ameaça se concretiza; e as vantagens possíveis de correr determinado risco, que não se concretizará, dão lugar à organização de entidades públicas e privadas para conter o avanço das ameaças. Portanto, as sociedades de risco contêm em si:

[...] uma dinâmica evolutiva de base democrática que ultrapassa fronteiras, através da qual a humanidade é forçada a se congregar na situação unitária das auto ameaças civilizacionais. [...] O potencial de auto ameaça civilizacional desenvolvido no processo de modernização faz, assim, com que também a utopia de uma sociedade global se torne um pouco mais real, ou ao menos mais premente²⁰⁽⁵⁷⁾.

Todo esse arcabouço social, no entanto, não faz com que haja, como produto, medidas de prevenção que possam mitigar o risco, surgindo um vácuo político/institucional em que o que pode ser manejado politicamente não está *pari passu* com as demandas por ações institucionais²⁰. O autor diz ainda que:

[...] ao sujeito político da sociedade de classe, o proletariado corresponde, de nossa sociedade de risco, à mera susceptibilidade de todos em razão de imensos perigos mais ou menos palpáveis, algo assim sempre pode ser facilmente reprimido. Competentes para tanto são todos e ninguém²⁰⁽⁵⁹⁾.

Ao buscar potenciais interlocuções entre os pontos de vista desses três autores, existem

alguns aspectos em comum e outros antagônicos a serem considerados.

Para Giddens, existe o risco provocado, que está relacionado com o impacto das inovações tecnológicas sobre o meio, e o risco exterior, desencadeado pelas forças da natureza. Em função da intervenção humana no meio ambiente, na família e nas instituições, o risco provocado passa a ser o de maior protagonismo social²¹. Porém, por outro lado, existem também os riscos que são inerentes aos indivíduos, quer eles queiram, quer não, como é o caso da guerra nuclear, em que não se pode decidir se vai ou não correr riscos¹⁵.

Ao trabalhar no contexto da era nuclear, Beck²⁰ pondera que a questão dos danos é o meio do caminho entre segurança e destruição; quem constrói o presente é o futuro, e não o passado, uma vez que, no contexto nuclear, ele perde o poder de determinar o presente. Ele aponta também para a impossibilidade de evitar danos, já que são os próprios sistemas que promovem a transformação da humanidade, no sentido de construir forças extremamente destrutivas.

Para Luhmann¹⁶, não existe a possibilidade de estar em segurança, o futuro é um lugar de incertezas que podem ser alteradas, e não necessariamente o serão, na direção da segurança; não existem decisões seguras, já que não se conhecem seus desdobramentos.

Giddens tem um olhar social coletivo e individualizado quando insere os indivíduos na decisão dos riscos que querem correr ou evitar, coletivizando o risco somente na possibilidade de uma guerra nuclear. Já Beck coletiviza o risco e a impossibilidade coletiva de evitar danos ao trabalhar no contexto da era nuclear e da modernidade reflexiva, que produz seus riscos. Luhmann, por sua vez, coletiviza o risco dentro do contexto da sociedade de risco, mas o individualiza ao cindir decisores e afetados e ao trabalhar os contrapontos entre risco, perigo e segurança^{15,16,20-22}.

Dentro do contexto dos desastres, na realidade social contemporânea, por meio da discussão do risco como um construto social e dos

desastres como fenômeno social, Mattedi⁴⁽²⁶³⁾ refere que alguns eixos temáticos ainda são controversos, como aqueles relacionados com: “agentes do desastre, unidades sociais impactadas e padrões de resposta”. Considera ainda que existem três paradoxos a serem considerados ao elaborar disciplinarmente a questão dos desastres:

(1) Paradoxo da informação: desastres são produzidos socialmente, mas são pouco conhecidos pela sociedade; (2) Paradoxo da intensificação: quanto maior o número de pesquisadores, menos produtiva a área de estudo; (3) Paradoxo da gestão: quanto mais sofisticados os dispositivos de gestão, mais destrutivos os desastres⁸⁽²⁶³⁾.

Para dar conta desses paradoxos, faz-se necessário entender o papel que a ciência e a tecnologia têm nesse contexto, a fim de ser buscado novo norte científico/tecnológico para a abordagem dos desastres. Assim, para além do risco, e contextualizando desastre no âmbito das ciências sociais, Quarantelli²⁽³²⁹⁾ traz que:

Em nosso ver, preocupações práticas nunca foram os ‘motores principais’ dos avanços científicos em nenhuma área. [...] Precisamos de mais teoria e pensamento abstrato e menos rodeios em torno de questões práticas e detalhes concretos. O cerne de qualquer atividade científica é o conhecimento básico e a curiosidade dirigida, sem preocupação com resultados imediatos ou produtos finais. [tradução nossa].

Se o risco é uma construção social, a gestão do risco é um processo também social, no qual a sociedade pode intervir para sua redução, controle ou previsão²³. A gestão do risco de emergências e desastres, como constructo social, é um processo que vincula o controle dos fatores de risco e está “integrado ao alcance de diretrizes de desenvolvimento humano, econômico, ambiental e territorial sustentável”⁴⁽³³⁾.

Ademais, “a gestão do risco não pode prescindir da participação dos protagonistas do risco em seu dimensionamento e nas decisões sobre sua redução e controle”²⁴⁽³⁶⁾. Outrossim, como processo, e não como um produto, não deve ser fragmentada nem sofrer sobreposição de atribuições e ações das organizações envolvidas²³.

Por último, mas não por fim, a compreensão holística do risco de emergências e desastres na sua natureza de origem social leva a uma abordagem distinta, por cunho na compreensão da existência de um ‘*continuum* de risco’ que, por essa característica, necessita de respostas, de avaliação contínua, ordenada e evolutiva. Assim, torna a gestão do risco como oposição à redução de risco ao considerar valores outros do contexto da ética, moralidade e equidade – além da necessidade de governança do risco sistêmico e seus efeitos a montante, sobretudo sobre os sistemas sociais, econômicos e ambientais^{4,10}.

Considerações finais

Neste estudo, foram abordados aspectos teóricos voltados a ESP, desastres e risco na perspectiva das ciências sociais.

As emergências e desastres, enquanto fenômenos sociais, têm efeitos sobre as estruturas societárias na mesma medida em que estas colaboram para a sua ocorrência. As questões das desigualdades sociais e da alteridade dos espaços de poder e decisão tendem a influenciar diretamente a forma com que a sociedade, seus agentes e espaços sociais diferenciados vão responder às emergências e desastres.

Os desdobramentos das emergências e desastres sobre a sociedade são assimétricos e se decompõem em mais desigualdades e vulnerabilidades. É essa assimetria que gera o jogo social entre afetados e não afetados. Os efeitos são distintos, de acordo com as vulnerabilidades e suas diversas expressões sociais, econômicas e ambientais. É o que Luhmann desmembra em decisores e afetados

pelas decisões. Por outro lado, nas abordagens de Giddens e Beck, essa assimetria sucumbe na era das possíveis emergências nucleares.

Há que se perpetrar outras interpretações, transformações e inovações sociais que interfiram nas vulnerabilidades, que sejam baseadas no entendimento das forças que constroem socialmente os riscos e que tragam para o debate os afetados, lidando, assim, com o que Mattedi chama de ‘paradoxo dos desastres’, em que a sociedade (produtora dos desastres) pouco conhece sobre o processo de produção.

Por derradeiro, há ainda a necessidade de um mergulho epistemológico a partir de proposições teóricas de autores do Sul, na análise desses fenômenos de emergências e desastres, em uma perspectiva mais abrangente e contextualizada, que possibilite desenvolver uma crítica própria latino-americana. Não existindo consenso do que é risco, ou do que seja desastre, além da origem social deste último, nem um conceito que dê conta de atender aos anseios sociais e científicos, desafios existem a serem transpostos.

No campo das ciências sociais e das outras ciências, há que se operacionalizar ideias que viabilizem pesquisas e estudos com abordagens teóricas e metodológicas inéditas, plausíveis e consensuais entre todas as ciências, que possam funcionar como referenciais teóricos potentes no campo das ESP e dos desastres, em perspectiva inter/transdisciplinar, o que poderá instruir a construção de políticas públicas mais efetivas e autônomas. Esse é o desafio que está lançado.

Colaboradores

Silveira LTC (0000-0002-3272-3911)* contribuiu para concepção e projeto do estudo, busca, classificação, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada. Oliveira AB (0000-0003-4611-1200)* contribuiu para concepção e projeto do estudo, revisão crítica do conteúdo intelectual e da aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Carmo EH. Emergências de saúde pública: breve histórico, conceitos e aplicações. *Saúde debate*. 2020; 44(2):9-19.
2. Quarantelli EL. A social science research agenda for the disasters of the 21st century: theoretical, methodological and empirical issues and their professional implementation. In: Perry RW, Quarantelli EL, organizadores. *What is a disaster? new answers to old questions*. Philadelphia: Xlibris; 2005. p. 325-396.
3. Valencio N, Carmo R, organizadores. *Segurança humana no contexto dos desastres*. São Carlos: RiMa; 2014. [acesso em 2022 abr 12]. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/livros/segurancahumana/segurancahumana.pdf>.
4. Narváez L, Ortega GP, Lavell A. *La Gestión del Riesgo*.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- go de Desastres: un enfoque basado en procesos. La Paz: CEBEM; 2009. [acesso em 2022 jul 23]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/des-17733>.
5. Almeida LS, Cota ALS, Rodrigues DF. Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: impactos na saúde urbana. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(10):3857-3868.
 6. Valencio N, Valencio A, Baptista MS. The interface of disasters, sanitation, and poverty in Brazil: a sociological perspective. *Front Sustain Cities*. 2023 [acesso em 2023 mar 3]; (5):1-7. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/frsc.2023.1184532/full>.
 7. Valencio N. Desastres, ordem social e planejamento em defesa civil: o contexto brasileiro. *Saúde soc*. 2010; 19(4):748-62.
 8. Mattedi M. Dilemas e perspectivas da abordagem sociológica dos desastres naturais. *Tempo Soc*. 2017; 29(3):261.
 9. Oliver-Smith A, Alcántara-Ayala I, Burton I, et al. A construção social do risco de desastres: em busca das causas básicas. In: Marchezini V, Wisner B, Londe LR, et al., organizadores. *Redução de vulnerabilidade a desastres do conhecimento à ação*. São Carlos: RiMa; 2017. p. 97-114.
 10. Maskrey A, Allan Lavell, Jain G. The social construction of systemic risk: towards an actionable framework for risk governance. Washington, DC: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2022. 1-28. [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: <https://www.undrr.org/publication/social-construction-systemic-risk-towards-actionable-framework-risk-governance-0>.
 11. Marchezini V. As ciências sociais nos desastres: um campo de pesquisa em construção. *BIB*. 2018; 83(1):43-72.
 12. Almeida Filho ND. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estud. Av*. 2020; 34(99):97-118.
 13. Giddens A. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1999.
 14. David ML. Sobre os conceitos de risco em Luhmann e Giddens. Em Tese. 2011; 8(1):30-45.
 15. Giddens A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Ed. UNESP; 1991. [acesso em 2023 fev 6]. Disponível em: <http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/autores/Giddens,%20Anthony/ANTHONY%20GIDDENS%20-%20As%20Consequencias%20da%20Modernidade.pdf>.
 16. Luhmann N. *Sociología del riesgo*. Guadalajara: Universidad Iberoamericana. Universidad de Guadalajara, Dirección de Publicaciones; 1992. [acesso em 2023 fev 3]. Disponível em: <https://analisisinstitucionaluba.files.wordpress.com/2013/08/sociologia-del-riesgo-niklas-luhmann.pdf>.
 17. Moraes EPF, Ferreira GA. Risco e contingência: a evolução dos sistemas da teoria de Niklas Luhmann. *RVMD*. 2018; 12(2):198-217.
 18. Costa JR ES. Constituição, contingência e abertura para o futuro: considerações acerca da relação entre tempo, sociedade e direito à luz da Teoria dos Sistemas de Niklas Luhmann. *Publica direito*. 2021 [acesso em 2021 nov 10]. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=18a4e1366eb78af2>.
 19. Brüseke FJ. Risco e contingência. *Rev bras Ci Soc*. 2007; 22(63):69-80.
 20. Beck U. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. 2. ed. São Paulo: Editora 34; 2011.
 21. Ferreira FB. O risco nas teorias sociológicas contemporâneas: Beck, Giddens e Luhmann. *Raízes Juríd*. 2011; 7(2):135-44.

22. Mendes JM. Sociologia do risco: uma breve introdução e algumas lições. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2015. [acesso em 2022 ago 9]. Disponível em: <https://ucdigitalis.uc.pt/pombalina/item/54535>.
23. Silva EL, Gurgel H, Freitas CM. Saúde e desastres no Brasil: uma reflexão sobre os aspectos envolvidos em eventos hidrológicos e rompimento de barragens. *Confins*. 2019 [acesso em 2022 ago 5]; (42):1-20. Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/23114>.
24. Lavell A, organizador. La gestión local del riesgo: Nociones y precisiones en torno al concepto y la práctica. Panamá: CEPREDENAC; PNUD; 2003. [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: https://www.preventionweb.net/files/8039_8093gestionlocal1.pdf.

Recebido em 01/04/2023

Aprovado em 28/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Organização da Atenção Primária à Saúde em Municípios Rurais Remotos do Oeste do Pará

Organization of Primary Health Care in Remote Rural Municipalities in West Pará

Juliana Gagno Lima¹, Ligia Giovanella², Márcia Cristina Rodrigues Fausto², Maria Helena Magalhães de Mendonça²

DOI: 10.1590/0103-1104202313910

RESUMO O artigo objetiva identificar especificidades e estratégias da organização da Atenção Primária à Saúde (APS) em Municípios Rurais Remotos (MRR) do Oeste do Pará frente às singularidades do contexto amazônico. Realizou-se estudo de casos múltiplos em cinco municípios por meio de entrevistas com gestores municipais, enfermeiros e médicos de Equipes de Saúde da Família. As dimensões de análise foram a territorialização, escopo de práticas e organização da agenda, colaboração interprofissional, iniciativas de atração e fixação profissional e uso de tecnologias de informação e comunicação. O trabalho da APS nos MRR, principalmente no interior, organiza-se prioritariamente em atendimentos, procedimentos individuais e imunização. Enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do interior possuem escopo de ações ampliado, muitas vezes, por ausência de médicos. Além do impacto positivo do Programa Mais Médicos, destacam-se estratégias locais de atendimentos itinerantes e sobreaviso para urgência. A territorialização, central na discussão de territórios sustentáveis e saudáveis, deve ser dinâmica e exige arranjos diferenciados, com adequação do número de famílias por ACS e por equipes. Estratégias específicas para organizar uma APS integral e integrada à Rede de Atenção à Saúde, financiamento federal suficiente e diferenciado e formação profissional direcionada ao rural são necessárias para garantir acesso e qualidade dos serviços a todos os cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da população rural. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde. Estratégias de saúde.

ABSTRACT *The article aims to identify specificities and strategies for the organization of Primary Health Care (PHC) in Remote Rural Municipalities (MRR) in western Pará in the face of singularities in the Amazonian. Multiple case study in five municipalities, with interviews: municipal managers, nurses and physicians from the Family Health Teams. The analysis dimensions were: territorialization, scope of practices and agenda organization, interprofessional collaboration, professional attraction and retention initiatives and use of information and communication technologies. The work of the PHC in the MRR, mainly in the countryside, is organized primarily around care, individual procedures and immunization. Nurses, nursing technicians and Community Health Agents (CHA) from the countryside have an expanded scope of action, often due to the absence of physicians. In addition to the positive impact of the Mais Médicos Program, local strategies for itinerant care and on-call for emergencies stand out. Territorialization, central to the discussion of sustainable and healthy territories, must be dynamic and require different arrangements, adjusting the number of families per CHA/teams. Specific strategies to organize a comprehensive PHC integrated into the Health Care Network, sufficient and differentiated federal funding and professional training aimed at rural areas, are necessary to guarantee access and quality of services to all citizens.*

KEYWORDS *Rural health. Primary Health Care. Health services. Health strategies.*

¹Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), Instituto de Saúde Coletiva (Isco) – Santarém (PA), Brasil.
julianagagno@yahoo.com.br

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

Introdução

Desigualdades nas condições de vida, utilização e acesso aos serviços de saúde são frequentes em territórios rurais brasileiros e mais acentuadas quando comparadas ao contexto urbano^{1,2}. A falta de acesso à habitação de qualidade e saneamento, baixa renda, dificuldades de transporte e comunicação, maior exposição a riscos laborais e agravos em saúde, associados a desafios estruturais e políticos, se intensificam no território amazônico, marcado por grandes distâncias, dispersão populacional e insuficiência de políticas públicas específicas^{3,4}.

Nas últimas décadas, ocorreram importantes avanços na universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e capilaridade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil em municípios rurais, embora as maiores coberturas sejam encontradas na sede, em detrimento de suas zonas rurais⁵. A oferta de serviços de APS para populações rurais é insuficiente, porque o escopo de ações é limitado e o financiamento das políticas nacionais é padronizado, apesar de demandar estratégias diferenciadas de organização para garantia de acesso^{3,6}.

A saúde remota, termo utilizado na literatura internacional, pode ser marcada por características de isolamento profissional e social, forte abordagem multidisciplinar com mudanças e sobreposição de papéis dos membros da equipe, exigência profissional de habilidades clínicas ampliadas, de emergência e saúde pública⁷. A organização da atenção precisa se adequar a populações pequenas e dispersas com necessidades de saúde impactadas por fatores climáticos⁷, como também observado no contexto amazônico.

Este artigo reivindica a perspectiva da APS integral no SUS na Rede de Atenção à Saúde, com centralidade da APS no sistema nacional de saúde, integrando ações de prevenção, promoção, cura, reabilitação, e processos mais amplos de participação comunitária e articulação com outros setores para o enfrentamento aos determinantes sociais da saúde⁸.

O artigo tem como objetivo identificar especificidades e estratégias da organização da APS em Municípios Rurais Remotos (MRR) do Oeste do Pará frente às singularidades do contexto amazônico. As perguntas orientadoras são: quais modelos de organização favorecem a implantação de uma atenção primária integral no SUS em contextos rurais remotos amazônicos? Que tipo de organização da APS é necessária para contribuir para territórios sustentáveis e saudáveis? A compreensão dos formatos de organização da APS contribui para equacionar obstáculos ao acesso em territórios rurais remotos para adequá-los às especificidades locais e garantir a equidade e o direito universal à saúde de suas populações.

Metodologia

Estudo qualitativo com dados da pesquisa 'Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil', realizada em municípios brasileiros com classificação 'rural remoto' conforme tipologia rural-urbano do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{9,10}.

Trata-se de estudo de casos múltiplos que tem como unidades de análise MMR, selecionados intencionalmente. Os casos são analisados a partir de questões comuns de pesquisa e emprega diferentes fontes de informação e atores. A seleção abarcou cinco MRR do Oeste do Pará com diferentes características socioeconômicas e geográficas¹¹ – Prainha, Aveiro, Curuá, Rurópolis e Jacareacanga.

O trabalho de campo ocorreu entre maio e agosto de 2019 por meio de entrevistas presenciais gravadas a partir de instrumento semiestruturado e visitas a Unidades Básicas de Saúde (UBS). Analisaram-se 30 entrevistas com dez gestores municipais, onze enfermeiros, nove médicos de uma equipe UBS na sede e uma, no interior, nos cinco municípios.

As fontes utilizaram dados secundários de acesso aberto para o contexto de caracterização da APS; registros de diários de campo em forma de relatórios municipais; síntese

elaborada pelos entrevistadores de campo, que conformaram um banco de dados qualitativo e quantitativo; e transcrições das entrevistas com gestores municipais, médicos e enfermeiros.

A categorização temática ocorreu por processo reiterativo de interpretação dos resultados, sendo identificadas dimensões com categorias emergentes das análises identificadas, *a posteriori*: territorialização da APS; escopo de práticas e organização da agenda; colaboração interprofissional; iniciativas de atração ou fixação profissional; e tecnologias de informação e comunicação. A inspiração teórica para essa categorização foi baseada em Almeida¹² e Franco¹³.

Para a análise, os dados foram organizados por caso, a partir de seus contextos e estratégias, tendo por base categorias em comum e especificidades. A análise cruzada dos temas, contrastando os casos, contribuiu para uma compreensão geral do conjunto das estratégias. As diferentes perspectivas dos atores entrevistados foram trianguladas para interpretação de cada caso e posterior confrontação entre os casos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/Ensp/Fiocruz, CAAE 92280918.3.0000.5240 e parecer nº 2.832.559, com anuência dos municípios, entrevista autorizada pelos participantes e preservação de anonimato nas análises.

Resultados

Os cinco MRR analisados do estado do Pará são de pequeno porte, onde a maioria da população é residente em território rural e possui baixa densidade demográfica e diversidade socioambiental¹¹. Rurópolis está

localizado no entroncamento entre as rodovias federais Transamazônica e Santarém-Cuiabá; Jacareacanga possui expressiva população indígena e atividades como garimpo e hidrelétricas; Aveiro têm populações ribeirinhas e área de reserva ambiental nas duas margens do rio; Curuá possui acesso por rio e estrada, muito influenciado pela sazonalidade; Prainha também possui população nas duas margens do rio. Estas duas têm quase a totalidade da população beneficiárias pelo Programa Bolsa Família (*tabela 1*).

Os municípios apresentam majoritariamente serviços de APS, com cobertura ESF (Estratégia Saúde da Família) entre 48,8% e 100%. Todos contam com um ou mais médicos do Programa Mais Médicos (PMM) e importante quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes, mas com baixo percentual da população cadastrada e vinculada às equipes de APS (entre 29,0% e 67,8%). Possuem uma a duas equipes de saúde bucal, equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com exceção de Aveiro, e nenhuma Equipe de Saúde da Família (EqSF) fluvial. EqSF ribeirinhas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) estão presentes em Rurópolis e Curuá. Somente Rurópolis conta também com apoio do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) (*tabela 1*).

A rede de serviços de saúde nos cinco municípios é exclusivamente provida pelo SUS, com exceção de um laboratório de análises clínicas em Prainha e uma farmácia privada em Aveiro. Todos os MRR possuem um estabelecimento público de saúde na sede para atendimento de urgências, parto e alguns procedimentos, compostos por pequenos hospitais (Jacareacanga e Rurópolis), Unidade Mista 24h (Prainha) ou Centro de Saúde 24h (Aveiro e Curuá). Todos dispõem de infraestrutura insuficiente e precária, à exceção de Rurópolis (*tabela 1*).

Tabela 1. Indicadores de APS e demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Estimativa da População total (2020) ¹	51.500	41.487*	16.404	14.587	29.846
% da População rural ¹	62,0%	65,0%	80,0%	53,0%	69,0%
Densidade demográfica (hab/km ²) ¹	7,33	0,78	0,96	10,20	2,02
Características sociodemográficas, econômicas e populacionais ²	Localizado no entroncamento entre as rodovias Transamazônica e Santarém-Cuiabá; criado por projeto de assentamento rural, com migração de diversos estados	PIB per capita elevado, royalties de hidrelétricas; mais de 50% de população indígena; áreas de garimpo e intensos conflitos de terra e ambientais	Acesso exclusivo por via fluvial; predominância de população ribeirinha; maior parte do município em reserva florestal: RESEX Tapajós-Arapiuns margem esquerda; FLONA margem direita	Acesso geográfico com importante variação sazonal - via fluvial ou via terrestre; município de fundação recente (1997)	Acesso predominante por via fluvial; população nas duas margens do rio; totalidade da população beneficiária de Bolsa Família (93,5%); pesca como importante fonte de renda: 'Prainha, capital do Piracuí'
Atenção Primária à Saúde (2019)					
% Cobertura por ESF ³	48,8%	77,5%	100%	100%	69,3%
n e % de população cadastrada e vinculada às equipes de APS ⁴	20.777 (41,1%)	4.096 (29,0%)	5.069 (30,9%)	9.757 (67,8%)	19.688 (65,9%)
Total de UBS e postos de saúde ⁵	8	7	7	7	12
Número de UBS sede ⁵	4	1	1	3	1
Número de UBS rurais ⁵	2	1	3	2	5
Número de postos de saúde rurais	2	5	3	2	6
Número de EqESF ⁶	6	2	6	4	6
Número de EqESF Fluvial ⁶	0	0	0	0	0
Número de EqESF Ribeirinha ⁶	1	0	0	1	0
Número de Eq Saúde bucal ⁶	2	2	1	1	2
Número de EqNASF ⁶	1	0	0	1	0
Número de EqEACS ⁶	7	2	0	1	3
Número de ACS (EqEACS + EqESF) ⁶	125 (66+59)	21 (11+10)	54 (0+54)	27 (9+18)	85 (34+51)
Número de médicos PMM (nov/2018) ⁶	4	1	6	4	5
Demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde no município					
Hospital Municipal ⁷	1	1	0	0	0
Unidade Mista ⁷	0	0	0	0	1
Nº de Leitos ⁷	47	24	0	0	31
Centro de Saúde 24h ⁷	0	0	1	1	0
Nº total de médicos contratados no município ⁸	9	14	6	5	9
Unidade Odontológica Móvel ⁸	0	1	1	1	1
Unidade móvel de suporte básico (Samu) ⁸	0	0	0	0	0
Unidades de Atenção à Saúde Indígena ⁸	0	17	0	0	0
Unidade de Vigilância em saúde ⁸	2	1	0	1	0

Tabela 1. Indicadores de APS e demais equipamentos da Rede de Atenção à Saúde dos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ⁸	1	0	0	0	0
Academia da saúde ⁸	0	1	0	0	1
Laboratório de Saúde pública ⁸	0	1	0	0	0
Total de estabelecimentos de saúde privados ²	0	0	1	0	1
% pessoas cobertas por planos de saúde suplementar (2017) ⁹	0,3	0,8	0,5	0,3	0,2

Fonte: elaboração própria a partir dos sites:

1: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/>. 2: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/categoria/biblioteca/literatura-selecionada/nossas-publicacoes/page/3/>. 3: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. 4: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>. 5: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> e **verificação durante a visita**. 6: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equip.esp. 7: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=15. 8: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp. 9: <http://www.atlasbrasil.org.br/consulta/planilha>.

UBS = Unidade Básica de Saúde; PS = Postos de Saúde; EqESF = Equipes de Estratégia Saúde da Família; EqEACS = Equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; EqNASF = Núcleo Ampliado de Saúde da Família; ACS = Agentes Comunitários de Saúde.

Territorialização da APS

A distribuição dos serviços de APS no território é variada. Jacareacanga, Aveiro e Prainha possuem uma UBS na sede e a maior parte distribuída pelos interiores, enquanto Rurópolis e Curuá apresentavam certo equilíbrio entre número de UBS na sede e nas zonas rurais. Observou-se importante diferença entre o tipo de estabelecimento cadastrado – UBS/Unidade de Saúde da Família – USF/Postos de saúde – no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e a realidade de organização das equipes nas UBS observada no campo, resultado de mudanças frequentes na disponibilidade de profissionais. Para manter equipes completas e garantir continuidade do financiamento federal, havia remanejamento entre os profissionais das equipes. Observaram-se estabelecimentos no do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) classificados como posto de saúde, mas que funcionavam como UBS com equipes ESF completas; e outros no CNES classificados como UBS que não contavam com equipe ESF completa.

Neste estudo, considerou-se como UBS o estabelecimento com equipes ESF completas.

Posto de saúde é todo aquele que não possuía médicos na equipe: a) EACS; b) equipe com enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS; c) equipe somente técnico de enfermagem; d) equipe com enfermeiro e ACS; e) equipe com microscopista, técnico de enfermagem e ACS (*quadro 1*).

Em Aveiro e Curuá, há médicos vinculados à UBS do interior que atendem a maior parte da semana na sede. Essa organização foi justificada pela ausência de energia elétrica nas UBS de origem, o que reduz o escopo possível de ações.

Atendimento do tipo itinerante em áreas do interior foi observado em todos os municípios com formatos variados. Rurópolis e Aveiro realizam atendimento itinerante de forma regular ou periódica. Mensalmente ou semanalmente, médicos da sede ou demais profissionais da ESF se deslocam para comunidades do interior sem cobertura ou sem energia elétrica e se agregam a equipes incompletas do interior para atendimento. Jacareacanga, Curuá e Prainha fazem atendimento no formato ‘mutirão’, com equipes da sede se deslocando, sem periodicidade definida, para comunidades do interior. Em Jacareacanga, esse atendimento ocorre em

UBS rurais – uma UBS por mês, ou seja, no período de aproximadamente quatro a seis meses, uma UBS recebe a equipe itinerante; Curuá e Prainha priorizam atendimento em territórios rurais descobertos, em comunidades mais distantes sem cobertura. Ambos os tipos de atendimento itinerante, regular ou mutirão, têm foco em consultas e atualização de calendário vacinal. Os altos custos com transporte para esses atendimentos itinerantes sempre são informados como desafios para os gestores.

Quanto à ampliação de acesso e cuidado às comunidades ribeirinhas, Jacareacanga e Curuá estavam em fase de implantação de UBS fluvial no momento da visita e Rurópolis e Curuá possuem equipes ribeirinhas. Os demais municípios atendem à população ribeirinha, embora sem possuir ESF ribeirinhas credenciadas, principalmente devido a dificuldades de fixação de profissionais.

Ainda que haja um importante deslocamento ou circulação das equipes entre sede e interior, a adscrição formal da população às UBS seguiu o padrão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ou seja, por equipe

urbana ou rural, conforme residência do usuário. Todos os MRR possuem áreas descobertas em razão da dispersão da população nos territórios rurais e dificuldades de fixação de profissionais nas equipes. O número de ACS por equipe variou de dois a 22, conforme ESF ou EACS, e área de atuação na sede ou no interior; cada ACS acompanha de 120 a 700 pessoas. Os ACS de áreas rurais designados para realizar visitas necessitam deslocar-se e percorrer maiores distâncias no cotidiano, acompanhando, portanto, menor número de famílias.

A sazonalidade impacta a territorialização. Em quase todos os MRR, há comunidades isoladas em épocas de chuva ou seca, com exceção de Jacareacanga. Em Curuá e Prainha, há necessidade de cadastro duplicado de usuários em UBS da sede e do interior devido à migração sazonal de parte da população. O processo participativo na territorialização dos municípios mostrou-se frágil, seja referente à participação dos ACS ou do controle social, com destaque positivo para Rurópolis (*quadro 1*).

Quadro 1. Territorialização da atenção básica nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Distribuição dos serviços de APS no território					
Quantidade de UBS e postos de saúde no território	4 UBS na sede, 2 UBS e 2 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 1 UBS e 5 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 3 UBS e 3 postos de saúde no interior	3 UBS na sede, 2 UBS e 2 postos de saúde no interior	1 UBS na sede, 5 UBS e 6 postos de saúde no interior
Distribuição das UBS sede-interior	UBS distribuídas pela sede e pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores	UBS distribuídas pela sede e pelos interiores	UBS majoritariamente distribuídas pelos interiores
Presença de postos de saúde ou pontos de apoio para atuação das equipes em áreas do interior	Postos de saúde com 3 equipes EACS e uma equipe com enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS	Postos de saúde com microscopista, técnico de enfermagem e ACS	2 postos de saúde com médico apenas 1x/semana	Escolas como ponto de apoio para atendimento de equipe ribeirinha: 1 escola para cada 3 comunidades	Postos de saúde com técnico de enfermagem e 1 UBS para referência
Presença de postos de saúde ou polos-base de saúde indígena no interior	Não	Sim (17)	Não	Não	Não

Quadro 1. Territorialização da atenção básica nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Equipes ESF em UBS da sede e do interior	Sim				
Equipes do interior são alocadas na UBS da sede	Não	Não	Sim, 2 médicos do interior atendem na sede 4x/semana e 1x/semana no interior	Sim, 1 médico atende UBS da sede e uma vez por mês em ESF ribeirinha	Não
Atendimento itinerante periódico ou regular, em áreas do interior	Profissionais da sede atendem mensalmente locais descobertos e se agregam às equipes incompletas no interior	Não mencionado	Semanalmente, médicos se deslocam para 2 UBS do interior sem energia elétrica para ações principais de consultas e vacinação	Não mencionado	Não mencionado
Atendimento do tipo 'mutirão', em áreas do interior	Não mencionado	Uma ou duas vezes por mês, uma equipe itinerante faz atendimentos nas UBS rurais, 1 mês para cada UBS. Aproximadamente entre 4 e 6 meses, 1 UBS recebe a equipe	Não mencionado	Equipe itinerante da sede para territórios rurais descobertos, principalmente para consultas e vacinação	Antes do PMM atendimento itinerante por um médico. Atualmente, todas as UBS fazem atendimento itinerante em comunidades mais distantes com foco em vacinação, consulta médica e coleta de preventivo
Processo de implantação de UBS Fluvial	Julgado como não necessário: comunidades com acesso fluvial 'estreito e raso', cuja UBS fluvial não alcançaria	UBS Fluvial aguardando previsão de inauguração	Não mencionado	Construção da UBS Fluvial em andamento, com previsão para inauguração no próximo ano	Não mencionado
Atende população ribeirinha	ESF ribeirinha sem sede fixa que atende diferentes comunidades a cada 15 dias.	Atendimento itinerante por equipe do interior, em posto com EACS	3 UBS rurais atuam em áreas ribeirinha, mas não credenciadas como ESF ribeirinha	ESF ribeirinha atende 13 comunidades, a partir de PS rural com EACS. Mensalmente, por 7 dias, equipe EACS é ampliada com médico, enfermeiros e técnicos	Parte das UBS do interior atendem áreas ribeirinhas que vivem à margem direita do rio Amazonas, oposto à sede do município
Adscrição e cadastro da população					
Delimitação das microáreas dos ACS	ACS participaram do mapeamento do território, com número de famílias dividido em quantidades iguais e local de moradia dos ACS	ACS participaram do mapeamento do território para distribuição das microáreas. ACS da sede também se responsabilizam por áreas de garimpo	ACS selecionados por microárea de moradia, com ampliação posterior cobrindo novas áreas	ACS alocados pela SMS em microáreas com maior população e maior necessidade, com ampliação posterior por afastamento de profissionais sem reposição	ACS alocados pela enfermagem conforme local de moradia. Algumas equipes conheceram o número de famílias após realizar os cadastros
Cadastramento da população nas ESF	Adscrição da população por ESF-EACS urbana ou rural, conforme residência				
Cadastro duplicado em UBS da sede e do interior	Não	Não	Não	Sim, devido à migração de população em época de seca por dificuldades com deslocamento	Sim, devido à migração de população do interior em época de chuvas por alagamentos

Quadro 1. Territorialização da atenção básica nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Presença de áreas descobertas pela ESF	Sim, principalmente no interior e áreas limítrofes	Sim, 3 regiões do município	Sim, 2 comunidades do interior	Sim, 9 comunidades – 3 na região de várzea da ESF ribeirinha; 4 na região de rios; 2 na região de terra firme	Sim, principalmente áreas no ‘planalto’
Presença de comunidades isoladas em decorrência de situações climáticas	Sim, em época de chuvas	Não. Há migrações decorrentes de atividades agrícolas por redução da produtividade do solo	Sim, comunidades inundadas nas cheias dos rios. Na seca, os barcos param no meio do rio e as pessoas precisam percorrer trechos a pé	Sim, épocas de seca é difícil o deslocamento fluvial, com único deslocamento possível a pé ou por pequenas embarcações denominadas bajaranas	Sim, em períodos de chuvas, há alagamento de casas de populações de várzea, que, por vezes, migram para a sede, levando rebanhos
Participação do controle social na territorialização	Sim, conselho municipal de saúde	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado

Fonte: elaboração própria.

Escopo de práticas e organização da agenda

As UBS de todos os municípios ofertam consultas de enfermagem. Há falta de médicos em várias UBS do interior, com descontinuidades ou intermitência na prestação de consultas médicas. A oferta de consultas odontológicas ocorre somente na sede dos MRR, inclusive para a população do interior que necessite de algum atendimento de urgência. Comuns foram os relatos de sobrecarga ou atendimentos odontológicos focados em extração, uma vez que uma equipe de saúde bucal é responsável pelo suporte para até três EqSF.

A maior parte das UBS oferta imunização de rotina, coleta de preventivo e acompanhamento dos programas de saúde. A exceção são as UBS sem energia elétrica regular presentes em Aveiro, Curuá e Prainha, cujo escopo de ações é reduzido. A dispensação regular de medicamentos, em geral, é descentralizada, pois há farmácia básica em todas as UBS; não está disponível em postos de saúde. Contudo, a logística para o transporte dos medicamentos até os municípios torna os medicamentos ainda mais onerosos, provocando atrasos no

abastecimento e insuficiência. Como paliativo, dois municípios repõem medicamentos por meio de emenda parlamentar (Rurópolis) ou de *royalties* de hidrelétricas (Jacareacanga).

Somente Rurópolis possui coleta de exames de sangue e urina nas UBS, sendo quatro vezes por semana na sede e uma vez por semana no interior. Em todos os demais, a coleta é realizada no pequeno hospital dos municípios ou no Centro de Saúde 24h ou na unidade mista da sede. Em Jacareacanga, Aveiro, Curuá e Prainha, os testes rápidos são realizados em poucas UBS e limitados às gestantes. Grupos de educação em saúde são incipientes em todos os municípios e, quando ocorrem, se limitam a campanhas temáticas como outubro rosa, hipertensão ou diabetes e pré-natal, sem periodicidade definida.

A organização da agenda dos MRR é feita por programas de saúde por turno via distribuição de fichas para atendimento predominantemente de demanda programada e reserva de algumas fichas para demanda espontânea, com relatos de insuficiência do número de vagas na sede.

Uma estratégia amplamente utilizada nas UBS rurais é o ‘sobreaviso’, um plantão de

atendimento nas UBS realizado por técnicos de enfermagem ou enfermeiros nos horários não comerciais de funcionamento da UBS: das 18h00 às 7h00 e nos fins de semana. Em caso de urgência, o profissional de sobreaviso é acionado em seu domicílio e se desloca até a UBS para o atendimento. Dependendo da gravidade, outros profissionais podem ser acionados ou o paciente é encaminhado de carro ou embarcação da Secretaria Municipal

da Saúde (SMS) para o hospital ou Centro de Saúde 24h/unidade mista da sede. Tal iniciativa é mais voltada a procedimentos ou estabilização para transporte do paciente, amenizando a carência de atendimentos de urgência no interior e o impacto dos grandes deslocamentos até a sede dos MRR para um primeiro atendimento. Rurópolis, Aveiro e Curuá disponibilizam ambulâncias em parte de suas UBS do interior (*quadro 2*).

Quadro 2. Escopo de práticas e organização da agenda nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Oferta de ações					
Consulta médica em todas as UBS	Sim, com intermitência por falta de médicos	Não, regularmente somente em 1 UBS da sede e 1 do interior	Sim, com intermitência por falta de médicos	Sim, com intermitência por falta de médicos	Sim, com intermitência por falta de médicos
Consulta de enfermagem em todas as UBS	Sim, com atribuições ampliadas na falta de médico na equipe				
Consultas odontológicas	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede	1 equipe de saúde bucal que atende na sede	1 equipe de saúde bucal que atende na sede	2 equipes de saúde bucal que atendem na sede
UBS ofertam imunização	De rotina em todas as UBS - sede e interior	De rotina nas UBS da sede. No interior, em campanhas, inclusive realizada nos domicílios	De rotina em UBS da sede e interior, com exceção de 2 postos de saúde do interior sem energia elétrica 24h		
UBS dispensam medicamentos	Sim, regularmente, com suporte financeiro de emendas parlamentares	Sim, regularmente, com suporte financeiro de royalties de hidrelétricas	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam.	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam	Sim, embora com constante insuficiência. Postos de saúde não disponibilizam
UBS realizam coleta de exame de sangue e urina	Sim, nas UBS da sede. No interior, há coleta uma vez por semana	Não. Coleta centralizada no hospital da sede	Não. Coleta centralizada no Centro de Saúde	Não. Coleta centralizada no Centro de Saúde	Não. Coleta centralizada na Unidade Mista da sede
UBS realiza testes rápidos para gestantes	Não, apenas no hospital	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS	Sim, em algumas UBS
UBS realiza grupos de educação em saúde	Não, apenas em campanhas temáticas esporádicas	Não, apenas em campanhas temáticas esporádicas	Sim, em algumas UBS, 'grupão' para hiperdia, mas sem periodicidade	Sim, em algumas UBS, 'grupão' para hiperdia e planejamento familiar, mas sem periodicidade	Sim, em algumas UBS, 'grupão' para hiperdia e pré-natal, mas sem periodicidade
Organização da agenda					
Agenda organizada por programas por turno	Sim, em geral um programa/turno				
Distribuição de fichas para atendimento de demanda programada	Sim, cerca de 15 fichas por turno /profissional	Sim, cerca de 20 fichas médico e 15 fichas enfermeiro	Sim, 10 a 12 fichas por turno/ profissional	Sim, 7 fichas por turno/ profissional	Sim, 10 a 14 por turno/ profissional

Quadro 2. Escopo de práticas e organização da agenda nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Atendimento de demanda espontânea na UBS	Sim. Com reserva de fichas por vezes insuficientes para a demanda na sede. UBS do interior sempre atende no mesmo dia	Sim, com reserva de fichas. UBS do interior priorizam demanda programada	Sim, com reserva de fichas: 5 fichas/turno	Sim, com reserva de fichas: 3 fichas/turno. Médicos PMM priorizam demanda espontânea	Sim, com reserva de fichas: 3 a 5 atendimentos médicos/turno. Médico interior com baixa demanda
Equipe da sede atende a usuários do interior com prioridade	Não. Há diversas UBS no interior	Sim, é priorizado atendimento no mesmo dia para os usuários residentes em áreas mais distantes	Sim, na sede é priorizada demanda espontânea do interior no turno da manhã, considerando-se as distâncias de deslocamento	Não mencionado	Não mencionado
Sobreaviso em UBS ou postos do interior	Sim, por técnicos de enfermagem ou enfermeiros das 18h00 às 7h00 e fins de semana	Sim, por técnicos de enfermagem, das 18h00 às 7h00	Sim, por técnicos de enfermagem ou enfermeiros. Das 18h00 às 7h00	Sim, por enfermeiros, das 18h00 às 7h00 e fins de semana	Sim, por técnicos de enfermagem e se necessário, enfermeiros, das 18h00 às 7h00
UBS rurais com ambulâncias ou transportes de doentes para urgência	Sim, em 3 UBS rurais	Não	Sim, 1 ambulância e 1 voadeira para urgências em áreas ribeirinhas	Sim, em 2 UBS rurais	Não

Fonte: elaboração própria.

Colaboração interprofissional

Na divisão de tarefas entre médicos e enfermeiros, a atividade do médico é centrada em assistência individual nas UBS, havendo raros relatos de visitas domiciliares e educação em saúde, enquanto os enfermeiros dividem suas atribuições entre assistência individual programática, supervisão mensal dos ACS, gerência da UBS, visitas domiciliares e menos frequentes, grupos. As consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos ocorre no acompanhamento de gestantes e pacientes com hipertensão e diabetes. Em geral, o diagnóstico e o atendimento de casos descompensados são de responsabilidade do médico, enquanto o acompanhamento e os casos controlados ficam a cargo da enfermeira.

Os enfermeiros e ACS de áreas rurais têm um escopo de ação ampliado. O trabalho

dos ACS envolve desde ações individuais e familiares até coletivas e administrativas, observando-se variação entre os municípios quanto aos procedimentos. ACS do interior em Jacareacanga têm responsabilidades no controle da malária; em Rurópolis, Curuá e Prainha, auxiliam no transporte de usuários; em Jacareacanga, Aveiro e Prainha, aferem pressão arterial (*quadro 3*).

Em Rurópolis, os enfermeiros atuam em conjunto com ACS e com profissionais do Nasf, com destaque para visitas domiciliares, estudos de caso e grupos com os usuários. Já em Curuá, as ações conjuntas ainda não haviam iniciado em razão de organização recente do Nasf. Jacareacanga e Aveiro ofertam ações em parceria com os Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI) tais como aquisição e distribuição de medicamentos.

Quadro 3. Colaboração interprofissional nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Divisão de tarefas e atribuições do enfermeiro	Assistência individual por programas: pré-natal, puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil, controle CCU), atividades de grupo, supervisão ACS, gerência UBS para imunização, agenda, insumos, contabilização da produção, visitas domiciliares				
Divisão de tarefas/atribuições do médico	Foco na assistência individual na UBS. Relatos raros de participação em visitas domiciliares e grupos de educação em saúde.				
Atribuições gerais dos ACS	Escopo de práticas abrangente: acompanhamento familiar para identificação de vulnerabilidades, acompanhamento de condicionalidades PBF (Programa Bolsa Família); cuidados e medidas preventivas individuais via busca ativa de faltosos, orientações e pequenos procedimentos; abordagem coletiva na mobilização para participação nos grupos, auxílio nas campanhas de vacinação; atividades administrativas de cadastros, aviso sobre marcação de consulta especializada e visitas domiciliares rotineiras com objetivos de cadastro, cuidado ou informação.				
Atribuições específicas dos ACS do interior	Uso de tablet para registros na sede e no interior e auxílio no transporte de usuários	Coleta de exame de malária, auxílio às ações do microscopista, aferição de pressão arterial e primeiros socorros	Aferição de pressão arterial	Auxílio no transporte de usuários	Auxílio no transporte de usuários e aferição de pressão arterial
Consultas intercaladas entre médico e enfermeiro	Sim, para acompanhamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e pré-natal	Sim, para acompanhamento de pré-natal	Sim, para acompanhamento de pré-natal e alguns casos de pacientes com HAS e DM	Sim, para acompanhamento de pré-natal	Sim, para acompanhamento de pré-natal e alguns casos de pacientes com HAS e DM
Compartilhamento de trabalho entre médico e enfermeira	Atendimento de casos descompensados com médico, casos controlados com enfermeira Diagnóstico com médico, acompanhamento com enfermeira				
Atuação conjunta da equipe AB (Atenção Básica) com Nasf	Enfermeiros e ACS: visitas domiciliares, estudos de caso e grupos com os usuários. Nasf composto por psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social e farmacêutico	Não há Nasf	Não há Nasf	Não, ações do Nasf ainda incipientes. Nasf composto por nutricionista, fisioterapeuta e farmacêutico	Não há Nasf
Parceria com os Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI) para abastecimentos	Não há área indígena	Sim, para medicamentos, vacinas e soros antiofídico e antiescorpiônico	Sim, especialmente medicamentos e materiais permanentes para UBS	Não há área indígena	Não há área indígena

Fonte: elaboração própria.

Iniciativas de atração ou fixação profissional

A maioria dos médicos e enfermeiros concentra-se na sede dos MRR, com ESF frequentemente incompletas no interior. O vínculo trabalhista dos profissionais, em geral, é por contrato temporário, com exceção dos médicos bolsistas do PMM e ACS concursados.

A disponibilidade de profissionais, especialmente de médicos, é um importante desafio

para os municípios, principalmente em áreas mais remotas. As exigências salariais são insustentáveis, por exemplo, de R\$40.000,00 para uma jornada de 15 dias no pequeno hospital ou divisão de carga horária entre municípios para duplicação de remuneração. O PMM melhorou radicalmente o provimento de médicos, qualificou o atendimento, a continuidade da assistência e reduziu a sobrecarga de atendimentos nos hospitais e Centros de Saúde 24h. Relatos revelaram que, com o Programa,

muitas comunidades tiveram acesso à assistência médica contínua na UBS pela primeira vez. Em contrapartida, o rompimento de contrato com os médicos cubanos PMM, retomou os vazios assistenciais, descontinuou o financiamento federal da ESF, sobrecarregou hospitais e reduziu o acesso, com tamanho impacto que, no momento da entrevista, em 2019, seis meses depois do rompimento, os municípios não haviam conseguido reposição de parte dos médicos.

Dentre as estratégias para atração e fixação de profissionais nos MRR, constatamos a prioridade de contratação de profissionais nascidos no município ou região, em Rurópolis e Jacareacanga; previsão de concurso público em Rurópolis para todas as categorias profissionais da saúde e para ACS em Jacareacanga, algo já ocorrido em Aveiro para enfermeiros e ACS; e gratificação profissional para os profissionais de sobreaviso em Rurópolis, Jacareacanga e Prainha, e para os atuantes em ações itinerantes em Jacareacanga.

Rurópolis e Curuá firmaram parcerias privadas para formação com desenvolvimento de curso técnico de enfermagem no município. Iniciativas de educação permanente para os profissionais de todos os municípios são incipientes.

O apoio municipal aos profissionais de saúde foi expresso por moradia, transporte e

melhorias de infraestrutura. A moradia é financiada para os médicos PMM em Rurópolis e Prainha. Há uma casa do município para os profissionais da equipe em uma comunidade no interior em Aveiro, assim como disponibilidade de quarto para enfermeiro de área rural em Curuá. Não é usual a disponibilidade de transporte da SMS para as equipes executarem ações rotineiras em seus territórios. Embora ressaltado como de grande relevância por todos os profissionais, transportes tais como caminhonete, carro ou lancha da SMS ou alugados são disponibilizados apenas mediante planejamento e agendamento. Demais subsídios de transporte foram direcionados para médico em Rurópolis e Curuá e para ACS do interior em Prainha.

Melhorias da infraestrutura da UBS foram informadas em quase todos os municípios, com exceção de Jacareacanga, que estava com a construção em curso de uma UBS fluvial, inaugurada em 2021. O financiamento para melhoria da infraestrutura nos MRR envolveu recursos federais do Programa Requalifica UBS, havendo autorizações em 2013-2014 para Rurópolis, Aveiro e Curuá, recursos próprios dos municípios de Aveiro e aporte de emendas parlamentares para Rurópolis e Prainha (*quadro 4*).

Quadro 4. Iniciativas para atração ou fixação profissional nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Tipo de vínculo empregatício dos profissionais ESF	Médicos: bolsistas PMM ACS: concursados Enfermeiros e demais profissionais: contrato temporário				
Equipes com médicos PMM	Sim				
Prioridade de contratação de profissionais nascidos no município ou região	Sim, enfermeiros do município	Sim, enfermeiros da região	Não mencionado	Não mencionado	Não mencionado

Quadro 4. Iniciativas para atração ou fixação profissional nos municípios rurais remotos selecionados, Oeste do Pará, Brasil, 2019

	Rurópolis	Jacareacanga	Aveiro	Curuá	Prainha
Concurso público	Sim, para todas as categorias de profissionais de saúde da UBS, realizado no segundo semestre 2019	Sim, para reposição de ACS. O último ocorreu em 2013	Houve concurso em 2018 para enfermeiros e ACS	Não mencionado	Não mencionado
Algum tipo de gratificação profissional ou remuneração adicional	Gratificação para os enfermeiros do sobreaviso	Gratificação para os profissionais de sobreaviso; e diárias para enfermeiros para ações no interior	Não	Não	Gratificação para os enfermeiros do sobreaviso
Formação de técnico de enfermagem no município	Sim	Não mencionado	Não mencionado	Sim	Não mencionado
Moradia para profissionais, disponibilizada pela prefeitura	Sim, auxílio moradia de R\$3.000,00 para médicos PMM	Não mencionado	Sim, uma casa do município próxima a UBS em uma comunidade do interior	Sim, quarto para enfermeiro em uma comunidade do interior	Sim, auxílio moradia de R\$1.500,00 para médicos PMM
Apoio de transporte municipal para os profissionais	Sim, caminhonete com motorista para médica da sede atender em área rural	Não	Não	Sim, moto para 2 médicos que atuam na UBS do interior	Sim, para alguns ACS do interior foi disponibilizada moto e combustível para VD (Visita Domíliciar)
Disponibilidade de transporte para ações da equipe no território	Sim, caminhonetes com tração 4x4 da SMS com uso mediante agendamento	Sim, carro da SMS, caminhonete ou voadeira alugadas, conforme planejamento	Sim, lancha da SMS para UBS do interior, com uso mediante agendamento	Sim, carro da SMS disponibilizado para as ações de equipes da sede para área rural	Sim, nas áreas de ESF há um carro da SMS. Para áreas ribeirinhas, há aluguel de barco ou lancha, mediante planejamento
Melhorias da infraestrutura das UBS	Sim, UBS da sede e do interior com recursos do Requalifica UBS e emendas parlamentares	Não. Construção de UBS fluvial em curso	Sim, melhorias com recursos do Requalifica UBS e próprios do município	Sim, UBS da sede e do interior, com recursos do Requalifica UBS	Sim. Alguns equipamentos com recurso de emendas parlamentares

Fonte: elaboração própria.

Tecnologias de informação e comunicação

A estratégia e-SUS APS é utilizada por todos os municípios em formatos variados.

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) foi adotado em três municípios, de forma integral em Rurópolis e como UBS piloto em Prainha e Curuá. Nas demais UBS de Prainha e Curuá, assim como em Jacareacanga e Aveiro,

adotaram-se fichas de papel para Coleta de Dados Simplificada (CDS) com digitação dos dados feita na UBS e enviada via SMS. A experiência de adoção dos *tablets* para ACS registrarem seus cadastros e visitas, inclusive em comunidades vicinais, foi implantada em 2018 em Rurópolis, a partir de com importante investimento em tecnologia de comunicação e estruturação de equipe de informática. Em Prainha, o uso de *tablets* estava sendo testado em uma UBS da sede.

O telessaúde não é uma ferramenta utilizada pelas equipes, salvo em iniciativas individuais de profissionais para realizar cursos ou formação obrigatória dos médicos PMM. Não há telefone em nenhuma UBS, mas há internet disponível nas UBS da sede dos municípios e em parte das UBS do interior, embora com conexão inconstante. O WhatsApp é a ferramenta mais utilizada para comunicação entre os profissionais do interior e a sede e da sede com o município de referência. Em Prainha, é comum o envio de bilhetes pelo ônibus ou embarcação para comunicação da equipe com usuários.

Discussão

Uma atenção primária que garanta a integralidade do cuidado precisa ser planejada de forma integrada aos demais níveis de atenção do sistema e articulada com outras políticas públicas, associando acesso oportuno e resolutividade às ações de prevenção e promoção da saúde. Ao mesmo tempo que a APS se constitui como porta de entrada, impulsiona necessidades de cuidados que exigem continuidade da atenção e coordenação dos cuidados na rede de atenção¹⁴.

O contexto amazônico, marcado por injustiças ambientais, disputas territoriais e modelos de desenvolvimento que impactam diretamente o modo de vida das populações¹⁵, demanda organização dos serviços de saúde capazes de responder a intenso movimento migratório, maiores riscos laborais e até

situações de violência. Numa perspectiva mais abrangente, serviços que consigam atuar de forma articulada para impactar a redução de vulnerabilidades a que estão submetidas as populações. O exemplo mais explícito dentre os casos estudados foi o município de Jacareacanga. A forte atividade de garimpo ilegal em um município onde mais de 80% do território está inserido em terras indígenas ou unidades de conservação e a extração de ouro é proibida, atrela-se a crimes ambientais tais como desmatamento, queimadas, contaminação e assoreamento das águas, além de questões sociais gritantes tais como violências de gênero, prostituição e disputas de terra, inclusive de territórios indígenas.

A definição de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (TSS) tem relação direta com a promoção da saúde e a forma como o serviço de saúde articula-se no território:

TSS são espaços relacionais e de pertencimento onde a vida saudável é viabilizada, por meio de ações comunitárias e de políticas públicas, que interagem entre si e se materializam, ao longo do tempo, em resultados que visam a atingir o desenvolvimento global, regional e local, em suas dimensões ambientais, culturais, econômicas, políticas e sociais¹⁶.

Logo, a territorialização de equipes e UBS exige arranjos diferenciados. Os resultados permitem identificar padrões de distribuição das UBS nos territórios, cujas especificidades estão relacionadas à presença de áreas de proteção ambiental e indígenas, às formas de territorialização adotadas pelos municípios, aos modos de concentração da população em localidades do interior e dispersão de famílias em territórios isolados. Tal realidade gera uma distribuição das UBS no interior dos MRR que não consegue abarcar todo o território.

A distribuição atual das UBS está condicionada aos contextos sociais, políticos, geográficos e demográficos. Não é possível, portanto, que incentivos federais estabeleçam um padrão uniforme de distribuição das UBS para todos

os territórios. Devem se orientar por planejamento local com participação social. Rurópolis é um exemplo de como o empenho municipal associado a iniciativas de participação social consegue produzir melhor territorialização. Prainha, por outro lado, mostra as imensas dificuldades geográficas nessa territorialização, em razão da população presente nas duas margens do rio Amazonas.

A delimitação da área de atuação dos ACS, em especial do interior, envolve uma territorialização mais fluida, por vezes com áreas não contíguas, demandando menor número de famílias por ACS, a depender da concentração da população no território. É essencial o apoio da SMS de transporte para deslocamentos, como observado em algumas localidades, via uso de moto ou pequena embarcação¹⁷.

Os esforços de territorialização das gestões municipais, contudo, podem, isoladamente, não ser suficientes para que a população adscrita procure o serviço definido. Sabe-se que dimensões tais como acessibilidade, disponibilidade do serviço e escopo de ações, organização dos processos de trabalho, longitudinalidade e vínculo influenciam a procura e a satisfação dos usuários em relação aos serviços de APS¹⁸⁻²⁰.

Na ausência de oferta cotidiana de serviços pelos interiores, os gestores municipais de todos os municípios desenvolvem estratégias itinerantes de assistência, quer periódicas e regulares ou em ‘mutirão’ sem periodicidade. Embora os atendimentos móveis, muitas vezes, sejam a única forma de oferta de assistência às comunidades mais remotas, o formato mutirão, com uma prática focada na lógica campanhista, não garante nem acesso nem continuidade do cuidado.

As modalidades de atenção da PNAB específicas para essas áreas, ESF ribeirinha e UBS fluvial estiveram pouco presentes nos casos estudados. Estudos sobre essas modalidades mostram indiscutíveis avanços de acessibilidade e cobertura da AB^{11,21}, embora, ainda que se proponham a oferta de cuidados rotineiros, predominam características de itinerância.

Apresentam desafios tais como curtos tempos de permanência em cada comunidade associados ao volume de comunidades a serem atendidas, envolvimento limitado do ACS e financiamento insuficiente para grandes deslocamentos e para manutenção de equipes²². Há problemas de sustentabilidade dessas equipes por custeio federal, em especial a UBS Fluvial, o que condiciona o funcionamento à contrapartida do município.

Modelos itinerantes ou serviços de visitas periódicas são frequentes em comunidades rurais remotas em diferentes países, com distintas conformações, visando a melhores resultados em saúde, maior continuidade e menores custos na assistência. Contudo, em geral, estão associados a outros modelos de intervenção com atendimentos contínuos²³. Exemplos de experiências internacionais são o Programa Mobile Integrated Community Health (MICH) nos EUA, que combina visitas domiciliares com telefonemas periódicos de acompanhamento e telessaúde, conforme a necessidade²⁴; ou o *Fly-in Fly-out* e *Drive-in Drive-out* no Canadá, que abarca diferentes formatos de deslocamentos ou viagens das equipes para as comunidades rurais por mais ou menos tempo, preferencialmente com um mesmo grupo de profissionais atendendo à mesma comunidade²⁵. Na realidade dos MRR estudados, embora o atendimento itinerante seja necessário, é necessário que se traduza não somente em ações esporádicas, mas em visitas periódicas e com maior resolutividade.

O escopo de ações no interior de todos os municípios é limitado ou seletivo, salvo algumas exceções de UBS. O atendimento médico é intermitente, atendimento de saúde bucal somente na sede, não há realização de exames nem testes rápidos e há insuficiência de medicamentos na sede e no interior. Identifica-se uma centralidade de ações nos centros de saúde e pequenos hospitais da sede dos municípios. A atividade mais contínua em todo o conjunto das UBS são as consultas de enfermagem e a imunização. Algumas UBS do interior de Rurópolis e Aveiro mostraram-se

bem equipadas para atendimentos de urgência.

O sobreaviso para atendimentos de urgência e as ações itinerantes para atendimento nas UBS do interior são destaque em todos os municípios. Há necessidade de qualificar essas iniciativas para garantia do cuidado contínuo por meio de financiamento específico que possibilite visitas periódicas tanto para remuneração de profissionais como para apoio de transporte para deslocamento de usuários e profissionais.

A disponibilidade contínua de profissionais de saúde representa um desafio em todo o mundo, cuja escassez de profissionais chega a ser mais que o dobro nas áreas rurais do que nas áreas urbanas²⁶. Dentre os fatores que dificultam a atração e fixação dos profissionais em áreas rurais estão os gastos elevados para manutenção de profissionais; carência em estrutura e insumos dos serviços; condições desfavoráveis de trabalho; qualificação profissional não voltada aos contextos rurais; e apoio insuficiente na Rede de Atenção à Saúde¹³.

Nos casos estudados, tal cenário impacta diretamente o modelo de equipes de atenção básica adotado pelos MRR e as estratégias de organização e oferta de serviços, convertendo ESF em EACS; ou equipes originalmente cadastradas em UBS do interior sendo alocadas na sede dos MRR e se deslocando para atendimento no interior.

Estudos internacionais classificam estratégias de atração e fixação profissional nos tipos educacionais, regulatórios e de suporte profissional e pessoal^{27,28}. A maior parte dos países da América do Sul mantém cooperação com Cuba para a provisão de médicos para a APS, além de investimentos em pós-graduações ou residências em medicina de família e comunidade²⁹ ou em estágio ou internatos de saúde rural na graduação de medicina. Estratégias regulatórias de atuação de recém-formados em áreas rurais e planos de carreiras, embora incomuns, são outros fatores de fixação profissional^{27,30}. Suporte profissional e pessoal é relativo à possibilidade de participação em treinamentos ou atualizações profissionais e

às necessidades familiares tais como moradia e educação para crianças²⁷.

Em cenários com importante insuficiência de profissionais, como no nosso cenário, a atuação colaborativa entre equipe multidisciplinar nas áreas rurais mostrou ser ainda mais importante para uma APS resolutive, demandando profissionais com escopo de atuação ampliado e com maior capacidade comunicativa e suporte clínico à distância.

Estudos australianos e norte-americanos exemplificam contribuição da telemedicina e telessaúde na ampliação do acesso e prestação de serviços, propiciando potencial economia de viagens, menor necessidade de atenção hospitalar, acompanhamento domiciliar regular mais eficiente e maior satisfação dos pacientes^{31,32}. No contexto deste estudo, tais estratégias ainda não foram incorporadas aos modelos de organização de serviços da APS em áreas rurais, salvo iniciativa pontual de uso de *tablet* por alguns ACS.

O estudo de casos múltiplos permitiu observar a diversidade de contextos e necessidade de organização da APS para atender às especificidades em MMR.

O município de Rurópolis traz um exemplo positivo de gestão municipal de saúde, com continuidade administrativa; empreendedorismo e engajamento das gestoras com formação em saúde coletiva; e identidade regional e cultural estimulada na contratação de profissionais. Suas iniciativas vêm resultando em melhorias na infraestrutura das UBS, ampliação da cobertura, oferta e qualidade do cuidado, incluindo implantação de Nasf e maior periodicidade de atendimento itinerante nos interiores.

O município de Jacareacanga possui forte atividade de garimpo ilegal e predomínio de terras indígenas, exigindo articulação da SMS com o DSEI para garantia de atenção dos diferentes grupos populacionais. O aporte dos *royalties* de hidrelétricas trouxe alguns benefícios de estrutura assistencial tais como laboratório de entomologia e malária e abastecimento mais regular de medicamentos.

Contudo, é impactado por conflitos intensos de disputa pela terra e ambientais.

Aveiro, Prainha e Curuá, por possuir acesso predominantemente fluvial, poderiam ser mais beneficiados com a ampliação e qualificação de modalidades diferenciadas de ESF na PNAB, UBS fluviais e ESF ribeirinhas. Curuá vem apresentando maiores avanços na implantação de ambas as iniciativas e é um exemplo de que a acessibilidade, mesmo na sede do município, é altamente variável conforme a sazonalidade, sendo ora acessível por via terrestre ora acessível por via fluvial. Para esses três municípios, especialmente Aveiro e Prainha, que têm população nas duas margens do rio, maior apoio financeiro dos entes federativos para logística de deslocamento fluvial é condição imprescindível para melhor acesso e cuidado em razão dos altos custos.

A organização de uma APS integral em áreas rurais remotas envolve forte articulação profissional, foco não apenas em médicos generalistas, gestão competente e adequada governança, abordagem holística com escopo ampliado de práticas, infraestrutura adequada, participação popular e enfrentamento dos determinantes sociais²³. As intervenções em saúde no contexto estudado precisam ser intersetoriais, visto a carência de infraestrutura em geral⁶.

Considerações finais

Quanto mais se contextualiza e se compreende o território rural amazônico, maior a capacidade de proposições adequadas para territórios saudáveis e sustentáveis e para uma APS integral e integrada às necessidades rurais. Os casos estudados mostram desafios para um planejamento que responda à diversidade desses contextos permeados por conflitos.

Modelos de organização que favoreçam a implantação de uma atenção primária integral em contextos rurais remotos podem abarcar recomendações como:

- Territorialização da APS dinâmica, orientada por contextos locais e participação social;
- Menor número de famílias sob responsabilidade dos ACS e equipes rurais, visto a necessidade de longos deslocamentos e a intenção de ampliar a capacidade de acompanhamento das famílias;
- Atendimentos itinerantes com visitas regulares ou periódicas, preferencialmente realizadas pela mesma equipe, enfatizando a longitudinalidade e continuidade do cuidado;
- Financiamento federal suficiente que contemple vulnerabilidades, distâncias, necessidades de transporte fluvial e terrestre, além das diversas modalidades itinerantes de equipes de atenção básica nas áreas remotas;
- Fortalecimento de políticas efetivas de provimento de profissionais de saúde em áreas rurais, a exemplo da experiência exitosa do PMM;
- Desenvolvimento de estruturas assistenciais na sede municipal para atendimento às urgências, parto de risco habitual, exames diagnósticos básicos clínicos e de imagem e internação nas clínicas básicas;
- Formação profissional adequada para estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde, abarcando teoria e práticas rurais desde a graduação, a exemplo dos internatos e estágios rurais e de residências em APS com ênfase em contextos rurais;
- Apoio técnico das secretarias estaduais de saúde e educação permanente para gestores e profissionais de saúde, com ênfase nas necessidades locais relacionadas à saúde rural;
- Incentivos financeiros e iniciativas de valorização da identidade cultural e regional rural;

- Investimentos em infraestrutura, insumos e equipamentos adequados, além de tecnologias de informação e comunicação com qualidade e constância que envolva a atenção especializada e possível suporte de telessaúde para atendimentos;
- Atuação das equipes ESF em conjunto com a vigilância em saúde para reconhecimento dos riscos laborais e ambientais e necessidades dos territórios, a exemplo de áreas endêmicas de malária ou de regiões de maior exposição;
- Processos de avaliação e qualificação específicos.

As diferenças entre contextos urbanos e rurais não podem ser justificativas para menor acesso e inferior qualidade na prestação de serviços. As políticas nacionais precisam incorporar flexibilidade de implementação e operar muito articuladas com os contextos e planejamento local, com participação social. É necessário um compromisso nacional, compatível com os princípios do SUS, de garantir que todos recebam um nível de serviço de qualidade e acessível, independentemente de onde vivam.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os gestores, profissionais da atenção básica e usuários entrevistados, ao grupo da pesquisa 'Atenção Primária à Saúde em territórios rurais e remotos no Brasil', aos professores e alunos do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará que ajudaram na coleta de dados.

Colaboradoras

Lima JG (0000-0002-5576-0002)* e Giovanella L (0000-0002-6522-545X)* contribuíram para concepção e desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Fausto MCR (0000-0003-0746-3684)*, contribuiu para coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo e sua revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. Mendonça MHM (0000-0002-3917-9103)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; revisão crítica; aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural.* 2005; 43(1):29-44.
2. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34(6):e00213816.
3. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(4):1225-34.
4. Confalonieri UEC. Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para a análise de paisagens e doenças. *Estud. av.* 2005; 19(53):221-36.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):81-99.
6. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(4):1605-18.
7. Wakerman J. Defining Remote health. *Aust. j. rural health*. 2004; 12(5).
8. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(supl1):7-27.
9. Fausto MCR, Fonseca HMS, Penzin VM, coordenadores. *Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Ensp; 2020. [acesso em 2022 dez 12]. Disponível em: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/categoria/biblioteca/literatura-selecionada/nossas-publicacoes/page/3/>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil – Uma primeira aproximação – 2017*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
11. Lima RTS, Fernandes TG, Martins PJ, et al. Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2021; 26(6):2053-64.
12. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, et al. Contexto e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos, Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(11):e00255020.
13. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção Primária à Saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(7):e00310520.
14. Almeida PF, Górvas J, Freire JM, et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate*. 2013; 37(98):400-15.
15. Porto MF, Pacheco T, Leroy JP, organizadoras. *Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o mapa de conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
16. Machado JMH, Martins WJ, Souza MSS, et al. Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Comun. Ciênc. Saúde*. 2017 [acesso em 2023 out 4]; 28(2):243-9. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/territorio_%20saudaveis_%20sustentaveis.pdf.
17. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Amb. soc*. 2014; 17(2):53-70.
18. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
19. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis (Rio J)*. 2014; 24(01):127-6.
20. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):13-33.
21. El Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, et al. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180613.
22. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*. 2020; 19(54).
23. Wakerman J, Humphreys JS, Wells R, et al. Primary health care delivery models in rural and remote Aus-

- tralia – a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8:276.
24. Centro de Informações de Saúde Rural. RHIHub: Queen Anne's County Mobile Integrated Community Health (MICH) Program. [Sem local]: Rural Health Information Hub; 2021.
25. Carey TA, Sirett D, Wakerman J, et al. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *Aust J Rural Health.* 2018; 26(3):146-56.
26. Scheil-Adlung X. International Labour Office (ILO). Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. ESS document n 47. Geneva: ILO; 2015.
27. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015; 6:CD005314.
28. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: WHO; 2010.
29. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(supl2):e00118816.
30. Working Party on Rural Practice. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(supl1):15-24.
31. Meade B, Dunbar J. A virtual clinic: telemetric assessment and monitoring for rural and remote areas. *Rural Remot. Healt.* 2004; 4(3):296.
32. Totten AM, Womack DM, Eden KB, et al. *Telehealth: Mapping the Evidence for Patient Outcomes from Systematic Reviews.* AHRQ Publication. 2016; 16:EHC034-EF.

Recebido em 16/06/2023

Aprovado em 08/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde e Fundação de Amparo à Fiocruz pelo financiamento da pesquisa. Lima JG, foi bolsista de doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Código de financiamento 001. Giovanella L, é bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). 311762/2015-8

Trabalho e riscos de adoecimento na Atenção Psicossocial Territorial: implicações para a gestão do cuidado em saúde mental

Work and illness risks in Territorial Psychosocial Care: implications for mental health care management

Israel Coutinho Sampaio Lima¹, José Jackson Coelho Sampaio¹, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313911

RESUMO O estudo busca analisar a precarização do trabalho por meio das condições laborais que influenciam a gestão do cuidado em saúde mental e a saúde do trabalhador. Trata-se de estudo de caso único, com abordagem mista, realizado em seis Centros de Atenção Psicossocial (Caps) de Área Descentralizada de Saúde. Aplicou-se o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento em amostra intencional total de 35 trabalhadores, dos quais, 15 participaram da entrevista projetiva. Os dados foram tratados no SPSS 26.0.0.0, expressos como medidas de tendência central e dispersão. As entrevistas foram categorizadas a partir dos eixos de avaliação propostos pelo inventário, contextualizadas e problematizadas a partir do pensamento complexo de Edgar Morin. O resultado é crítico para a maioria dos preditores que avaliaram o contexto, o custo humano, o prazer, o sofrimento e os danos relacionados ao trabalho nos Caps. Dados ilustrados pelas narrativas dos trabalhadores descrevem as condições do trabalho precário. Princípios produtivistas do neoliberalismo foram incorporados rapidamente pelos gestores locais do Sistema Único de Saúde, tornando a precarização do trabalho uma constante real. É preciso rever os processos de gestão do cuidado em saúde mental, financiamento e condições ocupacionais e contratuais legais, para que se alinhem com a Atenção Psicossocial Territorial (APT).

PALAVRAS-CHAVE Condições de trabalho. Saúde ocupacional. Serviços de saúde mental.

ABSTRACT *The study aims to analyze precarious work due to working conditions that influence the management of mental health care and occupational health. This single case mixed study was conducted in six Psychosocial Care Centers (CAPS) in a Decentralized Health Sector. The Work and Illness Risks Inventory was applied to a total purposeful sample of 35 workers, 15 of whom participated in the projective interview. Data were processed in SPSS 26.0.0.0 as measures of central tendency and dispersion. The interviews were categorized based on the evaluation axes proposed by the inventory, contextualized, and discussed from Edgar Morin's Complex Thought. The result is critical for most predictors that evaluated the context, human cost, pleasure, distress, and harm related to work in the CAPS. Data illustrated by the workers' narratives describe the precarious work conditions. Local Unified Health System managers quickly incorporated neoliberalism's productivist principles, perpetuating substandard work conditions. Mental health care management processes, funding, and legal occupational and contractual conditions must be reviewed to align with Territorial Psychosocial Care (APT).*

KEYWORDS *Working conditions. Occupational health. Mental health services.*

¹Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
isracoutinho@hotmail.com



Introdução

A propalada modernização dos direitos trabalhistas, hoje praticada em muitos países, inclusive no Brasil, traz consigo um conjunto de elementos que caracterizam a precarização do trabalho, diante da perda dos direitos e da seguridade social, em um processo de sucateamento dos serviços, baixos salários, regras e formatos fluidos de contratação e da não garantia da segurança ocupacional¹, processo que vem sendo implementado na Atenção Psicossocial Territorial (APT), contra a lógica da construção do que se pretendia enquanto um novo paradigma para a atenção à saúde mental, proposto pelo Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP).

Hoje, a modernização da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) não tem alinhamento com o desenvolvimento de uma política de Estado em saúde mental, que possa ofertar serviço psicossocial voltado para o sujeito-família-cuidador-comunidade, em sua plenitude², sendo essa a base fundamental para o desenvolvimento do trabalho na APT, pela qual busca construir o cuidado por meio da política de humanização da atenção, da valorização do trabalhador e da produção do trabalho interdisciplinar, coletivo e criativo, essencial para o campo da saúde mental, individual e coletiva². Com isso, a saúde do trabalhador vem sendo fragilizada diante da insegurança sobre as condições laborais, principalmente frente aos possíveis riscos psicossociais das práticas desenvolvidas nos serviços realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Se nada for feito, a própria gestão do cuidado em saúde mental, enquanto conjunto de teorias e práticas organizacionais, em meio à produção do trabalho colaborativo e interdisciplinar, não hierarquizado³, tenderá à fragmentação permanente do cuidado, da comunicação e das relações humanas. Estas tendem a afetar os trabalhadores e toda a cadeia produtiva necessária para a concretização da APT, que é a interrelação entre os núcleos usuários-familiares-cuidadores-comunidades-profissionais. Tende-se, então, às

condições-limite que promovem o adoecimento do corpo, da mente e da alma humana, em decorrência das condições do trabalho⁴.

Para tanto, é preciso problematizar o fenômeno, o qual está em permanente dinâmica em seus acordos e desacordos, para que os elementos da precarização do trabalho na APT possam ser enfrentados no mundo real. Logo, a complexidade mista e misturada das partes e do todo constituinte precisa ser compreendida em suas convergências, divergências e contradições⁵⁻⁷. Dessa forma, o estudo busca analisar a precarização do trabalho por meio das condições laborais que influenciam a gestão do cuidado em saúde mental e a saúde do trabalhador.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso único⁸ sobre a influência da precarização do trabalho na gestão do cuidado em saúde mental e na saúde do trabalhador na APT. Estudo ancorado na triangulação metodológica, pelo uso de técnicas quantitativas e qualitativas, caracterizando-se como do tipo exploratório, crítico e analítico⁹, ao considerar seu caráter complexo, comum e longitudinal.

Teve como cenário seis Caps, da Área Descentralizada de Saúde (ADS) de Crateús, Ceará, Brasil, composta por 11 municípios, dos quais cinco possuíam Caps: Crateús, Novo Oriente, Nova Russas, Monsenhor Tabosa e Tamboril. As demais cidades – Ararendá, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Poranga e Quiterianópolis – apresentam sua demanda de usuários atendidos pelos serviços das cidades circunvizinhas, conforme acordos intermunicipais, e/ou pelos serviços da Atenção Primária à Saúde local.

A ADS é um conjunto de municípios agrupados por características regionais, socioeconômicas e culturais, que formam uma Região de Saúde (RS). A ADS de Crateús faz parte, portanto, da RS Norte, com porte populacional para o ano de 2022 de 300.372 habitantes¹⁰.

O estudo foi dividido em duas etapas, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: profissionais de nível técnico e superior, que atuavam há pelo menos seis meses nos Caps, participando ativamente dos processos de atenção à saúde mental desses serviços. Os critérios de exclusão se deram por férias, licença médica ou conflitos de interesse.

Assim, na primeira etapa, foi aplicado o Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (Itra); e, na segunda etapa, foram realizadas entrevistas do tipo projetivas. Na primeira etapa do estudo, foram distribuídos 51 questionários, perfazendo a ‘amostra total de trabalhadores dos Caps’, dentro dos critérios de inclusão, com (n=35) respostas (31% de perda). Esses profissionais possuíam os seguintes tipos de vínculo de trabalho: concursados (12), contrato temporário (12), cooperados (seis), residentes (três), contrato por CLT (dois). Trata-se, portanto, de uma ‘amostra intencional’ total, organizada em dois grupos:

- Grupo I – Coordenadores (oito participantes): cinco enfermeiros, dois assistentes sociais, um psicólogo.

- Grupo II – Trabalhadores da Atenção (27 participantes): cinco enfermeiros, nove psicólogos, cinco assistentes sociais, dois psiquiatras, dois terapeutas ocupacionais, um farmacêutico, um pedagogo, dois técnicos de enfermagem.

O Itra é composto por quatro escalas: Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), do tipo Likert, desenvolvido por Ferreira e Mendes em 2003¹¹, com reedições nos anos de 2007¹² e 2008¹³. O *quadro 1* descreve a organização das escalas do Itra.

Quadro 1. Quadro informativo das escalas do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento

Escala	Descrição	Valores	Resultados
Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT)	É composta por três fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais.	1 = nunca 2 = raramente 3 = às vezes 4 = frequentemente 5 = sempre	≥ 3,7 = grave 2,3 e 3,69 = crítico ≤ 2,29 = satisfatório
Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)	É composta por três fatores: custo físico, custo cognitivo e custo afetivo.	1 = nada exigido 2 = pouco exigido 3 = mais ou menos exigido 4 = bastante exigido 5 = totalmente exigido	≥ 3,7 = grave 2,3 e 3,69 = crítico ≤ 2,29 = satisfatório
Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)	É composta por quatro fatores: realização profissional, liberdade de expressão, falta de reconhecimento e falta de liberdade de expressão.	0 = nenhuma vez 1 = uma vez 2 = duas vezes 3 = três vezes 4 = quatro vezes 5 = cinco vezes 6 = seis ou mais vezes	a) Vivência de prazer: ≥ 4,0 = satisfatória 2,1 a 3,9 = crítica ≤ 2,0 = grave b) Vivência de sofrimento ≥ 2,0 = satisfatória 2,1 a 3,9 = crítica ≤ 4,0 = grave

Quadro 1. Quadro informativo das escalas do Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento

Escala	Descrição	Valores	Resultados
Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)	É composta por três fatores: danos físicos, danos psicológicos e danos sociais.	0 = nenhuma vez 1 = uma vez 3 = três vezes 4 = quatro vezes 5 = cinco vezes 6 = seis ou mais vezes	$\geq 4,1$ = presença de doenças ocupacionais 3,1 a 4,0 = grave 2,0 a 3,0 = crítico $\leq 1,9$ = suportável

Fonte: Mendes et al.¹² e Ferreira, Mendes¹³.

O inventário foi concebido diante das dimensões da interface vida e trabalho, e da subjetivação desses campos concretos, considerando o contexto, os efeitos e as causas que o trabalho implica na vida, sobretudo na saúde, repercutindo no modo de existir do trabalhador. Logo, o Itra busca investigar o trabalho e os riscos de adoecimento em sua decorrência pela descrição do contexto de trabalho, saúde e segurança ocupacional e psicossocial. Instrumento validado, conforme Mendes et al.¹².

Neste artigo, serão apresentadas as análises dos dados referentes à classificação das principais médias dos itens das escalas EACT, ECHT, EIPST e EADRT. Os fatores e o conjunto de preditores foram analisados da seguinte forma: satisfatório, crítico ou grave. Satisfatório indica resultado positivo, relacionado com a produção de prazer no trabalho. Crítico aponta resultado mediano, indicador de situação-limite, com custo negativo e sofrimento no trabalho, sinalizando condição de alerta, e requer providências imediatas em curto e médio prazo. Grave é um resultado negativo, que produz custo humano e sofrimento no trabalho, resulta em forte risco de adoecimento e requer providências imediatas nas causas, almejando dirimi-las¹². As análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS 26.0.0.0®, e os dados expressos como medidas de tendência central e dispersão.

Já na segunda etapa, a adesão dos participantes se reduziu devido a: sobrecarga de trabalho, ausência de tempo, ausência de local

restrito para a realização da entrevista, receio sobre o registro da entrevista, as quais seriam gravadas pelo Google Meet diante do conteúdo que seria abordado, o qual foi caracterizado por um dos entrevistados como ‘politicamente conflitante’ para a permanência dos profissionais no emprego. Dessa forma, essa fase teve a participação de 15 interlocutores, sendo:

- Grupo I – Coordenadores (cinco participantes): três enfermeiros e dois assistentes sociais.
- Grupo II – Trabalhadores da Atenção (dez participantes): sete psicólogos, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um assistente social.

A redução de participantes não trouxe prejuízo para a análise do fenômeno, uma vez que a saturação das informações foi alcançada, o que garantiu a qualidade e a confiabilidade das entrevistas produzidas.

A análise se deu por meio da organização e da sistematização das falas conforme as categorias pré-existentes no Itra, que se debruçam sobre a avaliação da organização do trabalho, condições de trabalho, relações socioprofissionais, saúde ocupacional, realização profissional, liberdade de expressão, falta de reconhecimento e a falta de liberdade de expressão.

Os dados da etapa inicial foram problematizados a partir da Teoria da Complexidade, de Edgard Morin⁵⁻⁷, diante da análise crítica

das falas e da literatura pertinente ao objeto investigado. É, portanto, proposta ativa e criativa que contextualiza o problema diante das reflexões sobre as incertezas, a incompletude e as dúvidas sobre a objetividade que se desponha inicialmente aos olhos do observador-pesquisador.

Esse pensamento propõe lutar contra a simplificação do fenômeno, o qual reduz os sentidos diante da multidimensionalidade do objeto, diante da não linearidade da causa-efeito proposta pelo círculo retroativo, pela repercussão que o produtor e produto apresentam um ao outro na perspectiva posta pelo círculo recursivo, em que se busca o rompimento da dualidade do fenômeno por meio do pensamento dialógico, o qual busca a promoção da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, diante do devir histórico, político e social do objeto⁵⁻⁷.

O estudo obteve parecer ético legal do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CAAE: 46699621.2.0000.5534, parecer nº 4.784.241). O anonimato dos participantes foi mantido pela utilização dos códigos, que correspondem a letra P = profissional, com a sigla CAPS e a ordem de entrevista, como no exemplo a seguir: (PCAPS1).

Resultados e discussão

Os resultados encontrados com a aplicação do Itra (n = 35) na EACT (*tabela 1*) apresentaram

classificação de risco de adoecimento crítico para os três fatores: organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho, indicando, portanto, situação-limite, com custo negativo e sofrimento derivado do trabalho na APT.

O risco crítico representado nos preditores que compõem os fatores organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho da EACT sugere haver fortes características e elementos que representam e constituem o trabalho precário concreto relacionado com o ritmo de trabalho excessivo, pressão para cumprimento de tarefas/metapas, cobrança por resultados e descontinuidade de ações, podendo existir divisão do trabalho³, pela hierarquia organizacional instituída pelas gestões locais sobre quem são os agentes que planejam e os que executam as ações. Isso contribui para possíveis entraves e disputas de forças, sendo, portanto, um conjunto de fatores que intensificam o trabalho, mas que não resulta na produção de APT.

Nesse âmbito, a organização do trabalho e as relações socioprofissionais na APT sofrem, ainda, com as próprias condições do trabalho nos Caps, pela deficiência de insumos e materiais, inadequação e irregularidade das instalações, da acústica e do mobiliário, os quais prejudicam o desenvolvimento da gestão em saúde mental nesses serviços, repercutindo, também, na saúde ocupacional dos trabalhadores desses serviços.

Tabela 1. Classificação da média dos itens da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho do Itra. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Escalas	Fatores	Itens	Média	Desvio- Padrão	Classificação
Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT)	Organização do Trabalho	O ritmo de trabalho é excessivo	3,26	0,95	crítico
		As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	2,86	1,22	crítico
		Existe forte cobrança por resultados	2,97	1,2	crítico
	Organização do Trabalho	As normas para execução das tarefas são rígidas	2,66	1,14	crítico
		Existe fiscalização do desempenho	2,74	1,24	crítico
		Os resultados esperados estão fora da realidade	2,43	1,14	crítico
		As tarefas são repetitivas	3,23	1,21	crítico
		As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,86	1,33	crítico
	Relações Socio-profissionais	Existe divisão entre quem planeja e quem executa	2,89	1,35	crítico
		Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,4	1,58	crítico
		A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,46	1,29	crítico
		As tarefas não estão claramente definidas	2,37	1,35	crítico
	Condições de Trabalho	O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	2,91	1,31	crítico
		Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,89	1,39	crítico
		As condições de trabalho são precárias	2,63	1,24	crítico
		O ambiente físico é desconfortável	2,43	1,22	crítico
		Existe muito barulho no ambiente de trabalho	2,51	1,09	crítico
		O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	2,6	1,31	crítico
		Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	2,94	1,06	crítico
		Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	2,43	1,24	crítico
		O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,4	1,22	crítico
O material de consumo é insuficiente		2,57	1,12	crítico	

Fonte: elaboração própria.

Outros estudos com trabalhadores da saúde mental trazem resultados que se assemelham com os dados encontrados nesta pesquisa. Os principais problemas estão associados à fragilidade da gestão pública dos serviços, que repercute intensamente na organização do trabalho, nas relações socioprofissionais e condições precárias dos serviços¹⁴⁻¹⁶.

Os relatos de PCAPS2, PCAPS3, PCAPS5 e PCAPS11 trazem, enquanto informações, a ilustração da materialização dos preditores (*tabela 1*) referentes à organização do trabalho e às relações socioprofissionais vivenciadas *in loco* nos Caps.

Fui para uma reunião na promotoria, e a promotora olhava para você trabalhador do Caps e dizia assim: O que o Caps vai fazer? Como assim? Ela tinha acabado de participar de uma audiência com a família e os outros serviços. É como se o Caps tivesse que resolver essa situação só. Estava lá todo mundo, vamos resolver em rede, vamos dar as mãos, serviços, família, assistência social e justiça. Não, eles não veem assim. (PCAPS2).

O gestor não quer saber se você está sendo esmagado, se está adoecendo, ele quer que você faça. Porém, existia outro psicólogo contratado. Dividimos as demandas, estávamos começando os grupos. De repente, ele foi tirado, então o projeto que a gente fez parou, eu não tinha como fazer sozinha [...] a demanda dele voltou para mim. É bem complicado o trabalho intermitente, mexe no andamento do serviço. (PCAPS3).

As pessoas não entendem a saúde mental e querem que os pacientes saiam curados do Caps. Os familiares querem que a gente dê um jeito, o gestor quer que a gente dê um jeito. O Secretário de Saúde não entende os processos, quer que a gente trabalhe como se fosse uma unidade da Estratégia Saúde da Família ou hospital [...] tem cobranças exageradas a respeito de resultados. (PCAPS5).

A Residência pede para fazer atendimento compartilhado, já a gestão e a coordenação dizem não. Te coloca um ponto 'dedo' para atender, eles dizem

que o investimento do Caps é produção, e se não produzir o Caps vai perder verba. A prefeitura não terá condições de bancar o Caps sozinha. É isso que dificulta a saída dos profissionais do Caps para o campo. (PCAPS11).

Os relatos supracitados vão ao encontro da afirmativa de Fidelis et al.¹⁴, diante de estudo com profissionais dos Caps I, Caps álcool e outras drogas, Caps infantil e Caps III de um município do interior de São Paulo. As condições que deveriam ser favoráveis para a problematização, o planejamento e o desenvolvimento do trabalho na perspectiva da APT são subvertidas pela hegemonia neoliberal¹⁴ e biomédica assistencialista², que tende a causar instabilidade no SUS, diante da produção não relacionada com os princípios da equidade e integralidade da atenção e humanização exigidas pelo modelo de APT.

Nesse contexto, as condições de trabalho sinalizam para inadequação do número de profissionais para atender à demanda, o que tende a provocar intensificação do trabalho diante do contingenciamento dos atendimentos, em meio à insuficiência ou inexistência de materiais para o desenvolvimento do trabalho, além do desconforto, barulho e mobiliário inadequado (*tabela 1*), problematizado por PCAPS1, PCAPS6, PCAPS9 e PCAPS12.

A estrutura do próprio prédio é velha, inclusive nesse período de inverno foi um transtorno gigantesco, porque chove, entra água pelo telhado, temos pouquíssimas salas. Destas salas, a maioria não é um espaço bom, porque geralmente o ar-condicionado não está funcionando [...] o espaço é pequeno, poucas cadeiras. A terapeuta ocupacional precisa de materiais para desempenhar o serviço dela, e uma sala adaptada não tem. O Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (Same) possui muitos prontuários, precisa de um espaço maior para ficar conforme tem que ser. Só temos um computador na unidade, para todos os funcionários, para sistemas, laudos e tudo. (PCAPS1).

[...] acústica é ruim. Algo que poderia melhorar é a questão do barulho [...] é prejudicial à nossa saúde [...] isso interfere no meu trabalho, tenho que me esforçar mais para me manter atenta, e isso é uma energia que eu poderia poupar. Aqui vem pacientes que tem uma sensibilidade enorme a barulho e fobias. (PCAPS6).

O profissional psiquiatra tem o horário reduzido. Enquanto eu e outros colegas trabalhamos oito horas por dia [...], o psiquiatra trabalha três turnos na semana. Então muitos pacientes ficam esperando, primeiro vão para uma lista de espera [...] ele vai trabalhar com a demanda reprimida de vários dias que não está sendo atendida. Acaba que ele nem faz parte da equipe, ele vem para atender: diagnosticar, dar atestados, receitas, encaminhamentos. (PCAPS9).

Os contratos frágeis de trabalho implicam na mudança dos profissionais, acaba quebrando o vínculo com o paciente. Essa relação de troca de profissionais não é legal, o paciente se sente abandonado. Eu já recebi pacientes que se sentiam abandonados, porque o profissional foi embora. O paciente não entende que o profissional foi embora por questões contratuais. (PCAPS12).

As falas demonstram, de modo recursivo⁷, haver fragilidades na gestão pública dos Caps. Essas, por sua vez, influenciam uma série de efeitos prejudiciais para o desenvolvimento da gestão do cuidado em saúde mental, tais como: vínculos de trabalho frágeis, que levam a descontinuidade do trabalho, especialização e centralização das práticas de atenção à saúde mental restrita aos Caps; má compreensão sobre o fazer da APT, que corrobora a insuficiência da educação permanente para gestores e demais profissionais do território e de educação em saúde para os familiares/cuidadores dos usuários desses serviços; má gestão dos recursos financeiros e/ou deficiência, para a adequação de estrutura, mobiliário, insumos dos Caps, além da instabilidade e da dualidade⁷, que são os diversos e precários tipos de vínculo trabalhista.

Como seria possível desenvolver projeto terapêutico com vínculos frágeis de trabalho que podem durar menos de doze meses? Sabe-se que os processos terapêuticos consolidados pela APT almejam a reconstrução da autonomia e da cidadania dos usuários dos Caps, por meio de ações individuais e coletivas que promovam o reestabelecimento da saúde mental e física, em meio às condições socioeconômicas em que estão inseridos², em um percurso que busca projetar um novo devir consciente, autônomo, produtor de si.

Compreende-se que a causa central, sob o ponto de vista do círculo retroativo⁷, está na inserção dos princípios neoliberais, na flexibilidade dos contratos de trabalho, redução do financiamento dos serviços públicos do SUS, segundo as regras do mercado privado, que tende a exigir uma alta produção com o mínimo de recursos empenhados⁴. Nesse caminho, a intensificação dos processos de trabalho, para atender à meta de alta produção (consultas, receitas, encaminhamentos e atestados), vira uma constante, atribuindo valor de troca significativo com relação à baixa produção de saúde mental.

Ao analisar a ECHT, nota-se que ela teve classificação de risco crítico para os fatores custo afetivo, custo cognitivo e físico (*tabela 2*) e indica situação-limite, com custo negativo e sofrimento laboral. Tais resultados sinalizam alerta quando comparados com os dados da aplicação da ECHT em trabalhadores da enfermagem em hospital psiquiátrico de referência, em Teresina, Piauí¹⁷.

No estudo em questão, os custos afetivo e físico foram satisfatórios. Apenas o custo cognitivo foi considerado risco crítico, devido à complexidade do trabalho frente aos usuários em estado grave, em situação de cronificação ou que estão internados há muito tempo¹⁷. Alerta que se dá exatamente por tal serviço ser oriundo e estar mais alinhado aos modelos Asilar e Psiquiátrico Clássico²: o primeiro está voltado para exclusão e marginalização dos usuários sem tratamento; e o segundo coloca a doença mental como eixo central, diante

das práticas assistencialista e curativista biomédicas, as quais se opõem ao modelo de APT, considerado inovador e original por ter nascido a partir do coletivo que formou o

MBRP, o qual instituiu os Caps em suas diversas classificações, como modelo substitutivo do hospitalocêntrico/manicomial.

Tabela 2. Classificação da média dos itens da Escala do Custo Humano no Trabalho do Itra. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Escalas	Fatores	Itens	Média	Desvio- Padrão	Classificação
Escala do Custo Humano no Trabalho (ECHT)	Custo Afetivo	Ter controle das emoções	3,46	1,24	Crítico
		Ter que lidar com ordens contraditórias	2,37	1,21	Crítico
		Ter custos emocionais	2,8	1,28	Crítico
		Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	2,54	1,4	Crítico
		Disfarçar os sentimentos	2,8	1,45	Crítico
		Ser bonzinho com os outros	2,37	1,52	Crítico
	Custo Cognitivo	Ter que resolver problemas	3,46	1,4	Crítico
		Ser obrigado a lidar com imprevistos	3,17	1,2	Crítico
		Fazer previsão de acontecimentos	2,37	1,19	Crítico
		Usar a memória	3,4	1,35	Crítico
		Ter desafios intelectuais	3,03	1,38	Crítico
		Fazer esforço mental	3,2	1,51	Crítico
		Ter concentração mental	3,57	1,42	Crítico
	Custo Físico	Usar criatividade	3,74	1,15	Crítico
		Usar a visão de forma contínua	3,03	1,44	Crítico

Fonte: elaboração própria.

Os relatos de PCAPS4, PCAPS7 e PCAPS13 problematizam a implicação dos itens dos fatores custo afetivo, cognitivo e físico em suas vidas enquanto trabalhadores dos Caps.

O trabalho adoce, nos deixa triste para algumas situações que acontece. Eu estava trabalhando no acolhimento, uma paciente chegou atrás de medicamento. Ela me xingou, pela falta da medicação. Eu faço tanto pelo serviço, faço tanto por esse paciente, o paciente não reconhece, não vê. O problema da medicação é da gestão. (PCAPS7).

Muitas vezes a administração coloca para a equipe do Caps realizar atividades que não são para o Caps. Como dar suporte em outras campanhas

que o Caps poderia desenvolver, mas de outra forma. Tipo, a campanha do Outubro Rosa. Nos colocam na rua, na rádio, e fazemos tudo, mas isso acaba tirando o foco. Eu já falei, vamos trabalhar campanhas da saúde, não como apoio, mas, sim, trabalhar com nosso público. Nos vemos muitas vezes fazendo ações que não são do Caps, por solicitação da Secretaria de Saúde. Gera um stress moral e ético. Gera sentido que enquanto estou fazendo isso, não estou fazendo um grupo terapêutico, atendendo uma família, evoluindo um paciente. Não priorizar o que eu sei que deve ser priorizado. (PCAPS13).

Eu atualmente estou mais com o trabalho infantil [...] apesar da falta de material [...], eu levo o

material, e isso me deixa estressada, irritada [...] eu vi que não adiantava, eu iria adoecer e ficaria louca. Não iria resolver o problema. Agora, levo o material para fazer um trabalho de qualidade. (PCAPS4).

Diante das falas, é possível deduzir que, mesmo com a implantação de uma rede de APT, a partir do zero, nessa ADS de Crateús, Ceará, Brasil, onde nunca existiram hospitais psiquiátricos, a implementação da APT, por meio dos Caps, vem encontrando barreiras, as quais não favorecem substancialmente a aceitação política e social sobre os modos ideais para a gestão do cuidado em saúde mental, capazes de produzir impactos reais e positivos para a APT.

É notório existir uma sobreposição de ações que se repelem, mas convivem de maneira predatória dentro de um mesmo sistema, diante da luta travada pela APT frente à hegemonia dos modelos antigos, como o Asilar e o Psiquiátrico

Clássico. Fator esse também relatado no estudo de Feitosa et al.¹⁸ sobre os modelos e paradigmas orientadores do trabalho multiprofissional em Caps em um município brasileiro, os quais estão fortemente associados com a compreensão de saúde pública, curativista, medicamentosa, que marginaliza e causa dependência¹⁹ dos usuários por tais serviços.

Já a EIPST teve classificação de risco satisfatória relacionada ao prazer no trabalho, sendo, portanto, um resultado positivo, provavelmente associado à produção dialogada do trabalho entre os membros das equipes dos Caps. Quanto ao fator valorização e reconhecimento, a classificação de risco de adoecimento foi crítica. Com relação aos fatores esgotamento profissional e falta de reconhecimento, ambos apresentaram risco crítico (*tabela 3*) e são caracterizados como situações-limite devido ao custo negativo e ao sofrimento no trabalho.

Tabela 3. Classificação da média dos itens da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho do Itra. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Escala	Fatores	Itens	Média	Desvio-		
				Padrão	Classificação	
Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)	Prazer no Trabalho	Liberdade	Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	4,26	1,85	Satisfatório
			Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	4,51	1,69	Satisfatório
			Solidariedade entre os colegas	4,89	1,39	Satisfatório
			Confiança entre os colegas	4,2	1,78	Satisfatório
			Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	4,69	1,32	Satisfatório
			Liberdade para usar a minha criatividade	5,09	1,15	Satisfatório
			Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	4,49	1,6	Satisfatório
			Cooperação entre os colegas	4,66	1,28	Satisfatório
	Realização Profissional		Satisfação	4,77	1,4	Satisfatório
			Motivação	4,37	1,63	Satisfatório
		Orgulho pelo que faço	5,34	1,21	Satisfatório	
		Bem-estar	4,4	1,58	Satisfatório	

Tabela 3. Classificação da média dos itens da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho do Itra. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Escala	Fatores	Itens	Média	Desvio-		
				Padrão	Classificação	
Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)		Realização profissional	4,74	1,34	Satisfatório	
		Valorização	3,69	1,83	Crítico	
		Reconhecimento	3,46	2,06	Crítico	
	Sofrimento no Trabalho	Esgotamento Profissional	Esgotamento emocional	3,49	2,13	Crítico
			Estresse	3,63	2,07	Crítico
			Insatisfação	2,37	1,88	Crítico
			Sobrecarga	3,4	2,19	Crítico
	Sofrimento no Trabalho	Esgotamento Profissional	Frustração	2,83	2,04	Crítico
			Insegurança	2,54	2,13	Crítico
			Medo	2,14	1,99	Crítico
		Falta de Reconhecimento	Falta de reconhecimento do meu esforço	2,31	2,15	Crítico
			Falta de reconhecimento do meu desempenho	2,17	2,04	Crítico
			Desvalorização	2,26	1,95	Crítico
		Indignação	2,29	1,9	Crítico	

Fonte: elaboração própria.

O prazer no trabalho relacionado com liberdade e realização profissional foi correlacionado, nos estudos de Fidelis et al.¹⁴ e Trevisan et al.¹⁵, principalmente, com a boa relação e integração entre os membros da equipe, os quais tendem a produzir de uma dada forma o trabalho coletivo, diante da sensibilidade dos profissionais para a compreensão dos problemas enfrentados por seus pares perante as necessidades e os problemas apresentados pelos usuários dos Caps.

Compreende-se, a partir do pensamento recursivo⁷, que essa forma de trabalho está próxima do que se almeja enquanto APT, por ela favorecer os processos de cogestão e interdisciplinaridade, como demonstrado por PCAPS10 e PCAPS14.

[...] com a coordenação atual existe muito diálogo, tem toda uma questão que é levada em conta para que você esteja bem. Ele tem esse olhar, é parceiro. Na medida que entra um coordenador

que conhece o Caps, conhece a estrutura da saúde, com uma cabeça moderna. Trata o usuário como ser de direito. Realmente deixa a gente mais à vontade. (PCAPS10).

O trabalho interdisciplinar em grupo é positivo, flui melhor, a gente interage mais em relação aos pacientes, e, também, sempre que a gente necessita diante de um atendimento individual, os colegas são muito colaborativos. Você chama, eles já vêm, estão disponíveis para trabalhar com você, dependendo da sua necessidade. A gente se sente mais seguro em tomar algumas decisões, até em relação ao serviço. (PCAPS14).

Já os itens valorização e reconhecimento tendem a ser insatisfatórios devido às afetações causadas pelos fatores esgotamento profissional e falta de reconhecimento, os quais geram sofrimento no trabalho em decorrência da sobrecarga laboral e da desvalorização da produção de saúde mental desenvolvida

pelos trabalhadores nos Caps. Esses efeitos foram relatados nos estudos de Fidelis et al.¹⁴ e Trevisan et al.¹⁵, com profissionais de Caps, e podem ser melhor ilustrados diante dos relatos de PCAPS11 e PCAPS15.

[...] médico não bate o ponto no Caps, e a gente tem que bater. Se ele ganha dez vezes mais que eu, como que a gente se sente? Não tem coordenador que cobre horário de médico, por que o meu tem que ser cobrado? Por que que um pode e o outro não pode nada? Apesar disso, a equipe do Caps tem uma relação boa, profissionais e coordenação, não tem fofocas, de um querer derrubar um ao outro. O que nos adoce é a sobrecarga de trabalho, a desvalorização e a falta de reconhecimento. (PCAPS8).

Por conta das cobranças, me senti muito angustiada, as pessoas cobrando atendimento, porque temos uma demanda enorme, a população cobrando, porque o filho é autista... A gente se vê de mãos atadas para uma demanda dessa, a cobrança da população em cima da gente. Tentamos dar o melhor para atender todo mundo, mas nos vemos em situação de desespero. (PCAPS15).

A ausência ou deficiência sobre ações que buscam valorizar, reconhecer o trabalhador pelo empenho e dedicação ao serviço prestado na atenção à saúde mental também foram relatadas nos estudos de Fidelis et al. (2021)¹⁴; Trevisan, Haas e Castro (2019)¹⁵; Sousa et al., (2018)¹⁷; e Feitosa et al., (2022)¹⁸, ao considerarem a densidade e a complexidade do tipo de ocupação. As condições laborais tendem a aumentar o esgotamento emocional, o estresse, a insatisfação, a sobrecarga, a frustração, o medo e a indignação diante de condutas contraditórias e antagônicas contra o modelo de APT, que deveria estar sendo implementado em sua plenitude pela gestão do SUS.

Por último, a análise da EADRT apresentou classificação de risco grave para o item dor de cabeça, sugestivo de risco de doença ocupacional, que requer providência imediata sobre as causas, almejando eliminar ou reduzir os efeitos. Para os demais itens dos fatores danos físicos, sociais e psicológicos, a classificação foi de risco crítico, o qual resulta em custo negativo e sofrimento correlacionado ao trabalho realizado nos Caps (*tabela 4*).

Tabela 4. Classificação da média dos itens da Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho do Itra. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2023

Escalas	Fatores	Itens	Média	Desvio-Padrão	Classificação
Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)	Danos Físicos	Dores no corpo	2,66	2,07	crítico
		Dor de cabeça	3,17	2,16	grave
		Dores nas costas	3	2,01	crítico
		Alterações do sono	2,94	2,22	crítico
	Danos Sociais	Vontade de ficar sozinho	2	2,34	crítico
	Danos Psicológicos	Tristeza	2,11	2,05	crítico

Fonte: elaboração própria.

Como foi visto nos estudos de Trevisan et al.¹⁵ e Sousa et al.¹⁷, os problemas de saúde derivados do trabalho em serviços de saúde mental são frequentes, acarretando não só o adoecimento psicológico, representado por tristeza, embotamento, ansiedade, como,

também, pelos danos físicos, como dor de cabeça, dor muscular e articular, alterações do sono, os quais afetam a rotina social e familiar dos trabalhadores, pelo desejo que estes manifestam de ficar sozinhos e isolados.

A seguir, os relatos de PCAPS2, PCAPS3, PCAPS9 e PCAPS11 problematizam os danos físicos, sociais e psicológicos apresentados no (tabela 4), derivados do trabalho nos Caps.

Nunca pensei em fazer psicoterapia por conta do trabalho. Tive que tomar indutor do sono, minha mente estava trabalhando a mil por hora. É mental, mas mexe com o físico, sentia dor nos membros, na cabeça, nas costas, no pescoço. Vai consumindo você de um jeito que você não percebe [...] não tinha mais vida pessoal. (PCAPS2).

É aquela questão... vir trabalhar doente é o normal. Se eu adoço, eu tenho que vir adoecida, estou sobrecarregada com demandas de automutilação, tentativa de suicídio. Me sinto desgastada, na maioria dos dias, sem força para ouvir mais nada, pelo excesso de atendimentos. O ambiente de trabalho é pesado, e isso é adoecedor. (PCAPS3).

Trabalho atualmente e fingimos que está tudo bem. Está todo mundo fingindo que está tudo bem. Mas os profissionais estão adoecidos, com problemas físicos, sistema imunológico baixo, por conta do trabalho. A quantidade de trabalho que nós temos, pela baixa resolutividade, que gera sentimento de frustração, que não depende só de nós, depende mais de fatores da rede, dos gestores, implicações socioeconômicas. (PCAPS9).

O adoecimento vejo pela sobrecarga de trabalho, que se manifesta por via de atestados médico. É atestado médico de stress, hipertensão e glicemia altas, sendo somatizado por questões de trabalho me adoecendo. Tive que colocar atestado para descansar, me desligar. (PCAPS11).

Neste ponto da discussão, reintroduzindo todo o conhecimento no conhecimento em reflexão-ação problematizadora⁵⁻⁷, compreende-se que as condições precárias do trabalho na APT do cenário estudado vêm repercutindo não só no desenvolvimento dos processos produtivos de saúde mental dos Caps, mas estão possivelmente ocasionando danos à saúde ocupacional dos trabalhadores. E isso se deve exatamente

à ambiguidade e às contradições promovidas pelos princípios neoliberais produtivistas que precarizam o trabalho na APT. Antes de tudo, pela sobreposição de ações de modelos antigos, retrógrados sobre o novo progressista, diante do subfinanciamento e do sucateamento.

Conclusões

A implementação dos Caps, nesse contexto, não tem favorecido a concretização de processos de trabalho alinhados com o modelo de APT, em sua plenitude. Nele, os modos de gestão do cuidado em saúde mental são subvertidos pela não aceitação política e social, não adicta aos modelos antigos, que tendem a repercutir não só na fragmentação das ações desenvolvidas, mas, também, na deficiência da estrutura, na insuficiência de insumos/recursos humanos para os Caps e no adoecimento dos trabalhadores.

Observa-se que nos Caps dessa região o modelo tendeu ao amorfo mais do que ao híbrido, com vínculos trabalhistas diversos, entre concursados, contratados temporários ou cooperados, os quais seguem em seus núcleos isolados, sob os princípios produtivistas do neoliberalismo incorporados rapidamente pelos gestores locais do SUS, tornando a precarização do trabalho uma constante real, que se distancia dos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade da atenção. Além disso, a própria valorização do trabalhador foi esquecida.

É urgente, pois, a concretização da Política Nacional de Humanização enquanto estratégia inovadora que busca melhorar não somente as condições organizacionais e estruturais da rede SUS, mas o reconhecimento de sua força de trabalho e a revisão dos processos de gestão do cuidado em saúde mental, financiamento e condições ocupacionais e contratuais legais, para que se alinhem com a APT.

Este estudo tem como limitação o N amostral, porém, é importante considerar que todos os profissionais dos Caps dos municípios foram convidados a participar. As entrevistas

permitiram maior solidez para a interpretação, problematização e compreensão dos dados.

Colaboradores

Lima ICS (0000-0002-1929-6142)* contribuiu para elaboração, concepção e desenho da obra;

e aquisição, análise de informações para o trabalho. Sampaio JJC (0000-0003-4364-524X)* contribuiu para concepção do trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual importante e aprovação final da versão a ser publicada. Ferreira Júnior AR (0000-0002-1057-8688)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo intelectual importante. ■

Referências

1. Standing G. O precariado: a nova classe perigosa. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2019.
2. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Abreu LM. Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará. 2. ed. Fortaleza: EdUECE; 2019.
3. Guimarães JMX. Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. [tese]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.
4. Casulo AC, Silveira C, Alves G, et al. Precarização do trabalho e saúde mental: o Brasil da era neoliberal. Baurio: Canal 6; 2018.
5. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma e reformar o pensamento. 20. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
6. Morin E. Ciência com consciência. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
7. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
9. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2005. p. 71-103.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo estimado dos municípios Ararendá, Independência, Ipaoranga, Ipueiras, Poranga e Quiterianópolis, Crateús, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente, Nova Russas e Tamboiril, para o ano de 2022.
11. Ferreira MC, Mendes AM. Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social brasileira. Brasília, DF: Edições LPA/FENAFISP; 2003.
12. Mendes AM, Ferreira MC, Cruz RM. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM, editora. Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. p. 111-26.
13. Ferreira MC, Mendes AM. Contexto de Trabalho. In: Siqueira MMM, organizadora. Medidas de comportamento organizacional: ferramentas de diagnósticos e gestão. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 111-23.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

14. Fidelis FAM, Barbosa GC, Corrente JE, et al. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2021; 25(3):1-5.
15. Trevisan E, Haas VJ, Castro SS. Satisfaction and work overload at Psychosocial Care Centers – Alcohol and Drugs in the Minas Triangle region, Brazil. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2019; 17(4):511-20.
16. Leal RMAC, Bandeira MB, Azevedo KRN. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicol. Teor. prá. 2012; 14(1):15-25.*
17. Sousa KHJF, Lopes DP, Nogueira MLF, et al. Risco de adoecimento e custo humano em um hospital psiquiátrico. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2018; 22(2):1-9.
18. Feitosa JBA, Lima ICS, Santos SD, et al. Modelos e paradigmas orientadores do trabalho multiprofissional em Centros de Atenção Psicossocial em um município brasileiro. *Rev. port. enferm. saúde mental.* 2022; (28):8-27.
19. Viana GV, Cavalcante ASP, Marinho MNASB, et al. El ser autónomo y/o dependiente en la mirada de los usuarios de atención psicosocial frente al consumo de alcohol y drogas. *Enferm. Comunitaria.* 2022; 18(supl):e14066.

Recebido em 16/05/2023

Aprovado em 24/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Dimensão técnico-pedagógica na atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica

Technical-pedagogical dimension in the performance of Amplified Family Health Nucleus and Primary Care

Lielma Carla Chagas da Silva¹, Maria Socorro de Araújo Dias¹, José Reginaldo Feijão Parente¹, Maristela Inês Osawa Vasconcelos¹, Maria da Conceição Coelho Brito², Franklin Delano Soares Forte³

DOI: 10.1590/0103-1104202313912

RESUMO Este estudo tem como objetivo analisar a atuação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e da Atenção Básica (Nasf-AB) na perspectiva da dimensão técnico-pedagógica, a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress. Desenvolvido de 2016 a 2017, trata-se de estudo de casos múltiplos, realizado em três municípios pertencentes à macrorregião de saúde de Sobral, Ceará, Brasil. Teve como fontes de informação dados documentais (relatórios de planejamento de atividades e registros fotográficos), observação do processo de trabalho do Nasf, seguindo roteiro estruturado, e seis grupos focais com equipes de Saúde da Família (eSF) e Nasf. Verificou-se a necessidade de reorganização da gestão do trabalho das equipes, a fim de superar desafios como comunicação e reconhecimento dos seus papéis, de forma a melhorar a operacionalização das ações, objetivando fortalecer a integração e avançar na construção de políticas e serviços resolutivos e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Pessoal de saúde. Educação continuada. Capacitação de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *This study aim to analyze the performance of the Amplified Family Health Nucleus and Primary Care (Nasf-AB) from the perspective of the technical-pedagogical dimension, based on the contextual levels defined by Hind, Chaves and Cypress (1992). Conducted from 2016 to 2017, this is a multiple case study, carried out in three municipalities belonging to the health macro-region of Sobral, Ceará, Brazil. Information sources were documentary data (activity planning reports and photographic records), observation of the Nasf work process, following a structured script, and six focus groups with the Family Health (eSF) and Nasf teams. There was the need to reorganize the work management of teams, in order to overcome challenges such as communication and recognition of their roles, in order to improve the operationalization of actions, with the aim of strengthening integration and making progress in the construction of resolute and quality policies and services.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family health. Health personnel. Education, continuing. Health human resource training.*

¹Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil.
lielmacarla@gmail.com

²Faculdade Luciano Feijão (FLF) - Sobral (CE), Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.



Introdução

A reforma sanitária contribuiu para reflexão e crítica com vistas à superação do modelo biomédico, de atenção individual, descontextualizado do modo de viver a vida. O movimento visou à reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, de forma a valorizar os sujeitos em seus territórios e comunidades, o que implicou uma compreensão do processo saúde-doença-cuidado a partir dos determinantes sociais¹.

Passadas quase três décadas desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), é possível identificar avanços na organização dos serviços e melhorias dos indicadores em saúde^{2,3}. No entanto, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da responsividade das ações em saúde são reconhecidas como os principais desafios¹.

Na busca de superar as limitações desse modelo, algumas estratégias foram implantadas, a exemplo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), instituído em 2008, mediante Portaria GM nº 154, pelo Ministério da Saúde. O Nasf atua nas funções de articulação e apoio às equipes de Saúde da Família (eSF) nas ações no território e na ampliação da resolutividade da atenção em saúde, considerando a base referencial do apoio matricial como proposta metodológica de seu processo de trabalho, visando à integralidade e à resolutividade das ações⁴⁻⁶.

Constituído por uma equipe multiprofissional, o Nasf é uma política nacional que deve atuar em conjunto com os profissionais das eSF, apoiando as práticas em saúde. Em seus primeiros dois anos, já contava com quase 1.000 equipes, passando a 4.462 no ano de 2016. Isso significou ampliação da oferta de serviços na atenção primária à saúde, visando à integralidade e à resolutividade do cuidado nos territórios e na comunidade, a partir do apoio do Nasf às eSF e nas práticas compartilhadas^{7,8}.

Em 2017, passados nove anos desde a sua instituição, a revisão da Política Nacional da Atenção (PNAB) trouxe, em seu texto, uma

redesignação do Nasf e um reforço de seu papel. Desse modo, em seu nome, foi excluída a função 'apoio', passando a ser denominada Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com o objetivo de apoiar, do ponto de vista da assistência à saúde, e oferecer suporte técnico-pedagógico às eSF^{9,10}.

O Nasf, enquanto política pública, propõe repensar, transformar e apoiar a mudança da prática em saúde na ESF, apresentando, em seu arcabouço teórico, diretrizes e ferramentas tecnológicas, a exemplo do apoio matricial, o qual se refere à dimensão técnico-pedagógica, que ordena a construção e a operacionalização do seu processo de trabalho^{6,8}.

Entretanto, com a PNAB 2017 e o desfinanciamento a partir do Previde Brasil, não há mais obrigatoriedade da manutenção das equipes Nasf para os repasses dos recursos federais, e a situação desses núcleos ampliados permanece incerta^{11,12}.

Concomitantemente à implantação dos Nasf, em 2008, o estado do Ceará, especificamente, o município de Sobral, começou sua trajetória, sendo um dos primeiros municípios do País a implantá-los. Iniciou com seis equipes Nasf, compostas para atuar no apoio a oito eSF distribuídas pelos municípios da sede e do distrito¹³.

Dito isso, percebeu-se a existência de lacunas de conhecimento sobre o processo de trabalho do Nasf frente à análise de sua práxis, orientada pelos conceitos que o fundamentam, haja vista a inexistência de estudos brasileiros que tomem como objeto a atuação do Nasf em sua dimensão técnico-pedagógica.

Como referencial de análise deste estudo, adotou-se a Técnica de Análise Contextual proposta por Hinds, Chaves e Cypress¹⁴, a qual busca compreender o fenômeno a partir dos níveis contextuais definidos em quatro camadas interativas, distintas entre si: o Contexto Imediato, o Contexto Específico, o contexto geral e o metacontexto. Esclarece-se que essas camadas diferem entre si pelo modo como compartilham o significado, indo

do individual ao universal, possibilitando a análise dos aspectos conceituais por meio da interpretação dos resultados.

Dessa forma, o estudo se debruça sobre a dimensão técnico-pedagógica na produção cotidiana das políticas de saúde, procurando compreender os conflitos, os distanciamentos e as aproximações que coexistem nesse processo. O estudo foi orientado pela seguinte questão: 'Como as eSF e eNasf compreendem a dimensão técnico-pedagógica do processo de trabalho do Nasf?'. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a atuação dos Nasf pela perspectiva da sua dimensão técnico-pedagógica, a partir dos níveis contextuais definidos por Hinds, Chaves e Cypress¹⁴.

Metodologia

Estudos de casos múltiplos possibilitam cobrir uma quantidade indeterminada de casos para, a partir deles, apresentar um conjunto único de conclusões dos seus cruzamentos¹⁵.

A pesquisa foi realizada no período de 2016 a 2017, por isso, optou-se pelo uso da terminologia Nasf neste artigo. Foi escolhido o estado do Ceará, que teve seu processo de regionalização ocorrido na década de 1990. Selecionou-se a macrorregião de Sobral, pelo fato de a cidade de Sobral ser considerada polo regional para os demais municípios, em virtude, ainda, de seu destaque no contexto histórico das políticas públicas no Brasil.

Desse modo, foi eleito como caso 1 o município de Sobral, por toda a representatividade histórica e por ser sede macrorregional, o que influenciou a escolha dos municípios de Crateús (caso 2) e Tianguá (caso 3), que são sedes de regiões de saúde e apresentam cobertura de Nasf de até 70%.

Optou-se por três tipos de evidências: as fontes documentais, a observação da realidade (processo/atividades de trabalho dos profissionais do Nasf) e a realização de grupo focal. Partindo do diálogo com as coordenações do Nasf de cada município, foram agendadas

visitas para a observação e a realização dos Grupos Focais (GF) com profissionais da eNasf e da eSF.

No momento de observação, foram identificados e acessados documentos, como relatórios de atividades, relatórios de reuniões e programação de ações. O uso dos documentos teve por objetivo ampliar as evidências e, assim, proporcionar detalhes específicos dos casos estudados.

Foram necessários três dias de observações em cada município/caso, as quais foram orientadas por um roteiro dirigido, composto por 16 questões que objetivaram reconhecer elementos das diretrizes operacionais do Nasf-AB: territorialização e responsabilidade sanitária; produção de autonomia; integralidade do cuidado e trabalho em equipe. Destaca-se que o roteiro foi adaptado a partir do instrumento de avaliação externa para os Nasf-AB do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – 2º Ciclo, ano 2015¹⁶. O PMAQ foi proposto com intuito de fortalecer a AB, visando à ampliação do seu acesso e à melhoria da qualidade, com apoio das três esferas de governo e de usuários¹⁷. Após as observações, realizaram-se os GF, tendo em vista que permitem compreender processos de construção de realidade por determinados grupos sociais pequenos e homogêneos¹⁸.

Foram realizados seis GF, dois por município, sendo um deles com eNasf e o outro com uma eSF que tivesse aquela eNasf como referência de apoio, de modo a garantir e preservar todas as informações obtidas pela técnica. Participaram, no total, 19 profissionais do Nasf, entre psicólogos, nutricionista, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudiólogo; e 16 profissionais da eSF, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os GF ocorreram em ambiente silencioso, que permitisse a gravação, em dia e local escolhidos pelos participantes; foram audiogravados, mediados por um roteiro e tiveram duração média de 62 minutos.

Ressalta-se que, para a apresentação das falas, foram adotados os códigos: GFeSF ou GFNasf, seguidos pelo número do caso. Além disso, as transcrições foram lidas por três pesquisadores com experiência em pesquisa qualitativa na AB, os quais discutiram até chegarem às categorias conforme o referencial adotado. A pesquisadora fez registros no diário de campo, nas observações e no GF, os quais contribuíram para a reflexividade desse processo.

Ademais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer nº 1.633.555/2016, conforme Resolução nº 466/2012¹⁹, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Seguindo a perspectiva de Hinds, Chaves e Cypress¹⁴, apresenta-se o desenho das camadas contextuais, conforme identificadas. Os subtemas identificados, conformando as camadas contextuais, permitem uma compreensão do fenômeno do processo de trabalho colaborativo do Nasf como apoio técnico-pedagógico às eSF.

Contexto Imediato: visibilidade do Nasf como apoio pedagógico à equipe de Saúde da Família

A fim de promover o suporte do apoio técnico-pedagógico, foram identificadas atividades como: realização de Projeto Terapêutico Singular (PTS); reuniões de planejamento da criação e acompanhamento de grupos; atividades físicas e práticas corporais, com o intuito de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida dos usuários; atendimento compartilhado (quando dois profissionais colaboram e dialogam entre si) durante visita domiciliar, bem como discussão de temáticas identificadas a partir de necessidade previamente reconhecida pela eSF; e atendimentos clínico-assistenciais individuais, programados com maior frequência somente no município do caso 2.

Esses aspectos denotam como e quando o apoio pedagógico implicado pelo processo de trabalho do Nasf ocorre para e com a eSF, podendo contribuir para a integralidade e a resolutividade das ações, melhorando a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Os Nasf respondem conforme suas diretrizes, transpondo o que foi perceptível durante o seu processo de implantação, à medida que demonstram um processo de trabalho que visa à superação da fragmentação da produção do cuidado, colaborando para a construção de uma rede de atenção e cuidados, de forma corresponsabilizada, com a eSF. Esse movimento dos Nasf é sustentado pela ferramenta pedagógica do apoio matricial como um instrumento concreto e cotidiano que pressupõe esse grau de transformação necessário ao modo de organização e funcionamento das ações e dos serviços na ESF. Ademais, faz-se necessário, ainda, um realinhamento da compreensão do fazer do Nasf, de modo a superar os resquícios dessa histórica visão fragmentada da saúde, com base no atendimento pelas áreas temática e multiprofissional^{4,15,17,18}.

O processo de chegada das eNasf, no caso 1, foi marcado pela intensa demanda de atendimentos individuais especializados e pela dificuldade de instaurar as ações de apoio matricial. Dessa forma, percebeu-se a contramão da lógica de construção compartilhada, da qual o Apoio Matricial do Nasf é dependente para a efetivação dessa relação entre eSF e eNasf. As eSF não compreendiam, em sua totalidade, a importância e a dinâmica do processo de trabalho do Nasf, e, por outro lado, a demanda reprimida para a atuação dos núcleos profissionais do Nasf.

Percebeu-se nas falas que as eSF relataram incompreensões no apoio desenvolvido pela eNasf, ou seja, daquilo que lhes compete dentro da dimensão técnico-pedagógica.

[...] o processo de trabalho do Nasf é bom, em algumas categorias [profissionais que compõem a equipe Nasf]. Nem todas demonstram maior interesse nas consultas, mas eu os encaminho

[usuários] para algumas consultas [...], e a população gosta e pede para ser encaminhada, principalmente, para a nutricionista [...]. (GFeSF 1).

O que eu sei é o que tem na portaria, que eles têm que nos apoiar. O que que acontece aqui é que eles funcionam como uma clínica de reabilitação. Atendem lá mesmo (GFeSF 2).

Como a equipe é multiprofissional [Nasf, né?], e a gente trabalha na nossa comunidade com várias problemáticas, tanto que todas as horas a gente vê. Tem a questão psicológica, a questão da assistente social, todos vão prestar serviço para várias famílias. Então, a gente tendo o Nasf como ponto de referência, a gente encaminha [...]. (GFeSF 3).

Os desafios vividos quanto à efetivação de políticas e de boas práticas em saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), encontram, em sua raiz, uma ingerência ou incompreensão sobre o comportamento colaborativo. Campos e Domitti⁵ descreveram o apoio matricial em todas as suas dimensões e sua aplicação no processo de trabalho da ESF, em uma perspectiva de corresponsabilidade entre equipes, o que imputa transformação no modo de organização do trabalho. Isso indica a existência de dificuldades e obstáculos para a reorganização do trabalho em saúde, a partir das diretrizes do apoio matricial, dada a dependência de uma série de instrumentos operacionais necessários à gestão do processo de trabalho interprofissional na AB^{4,20}.

Do ponto de vista do planejamento e da cogestão, torna-se fundamental lançar um olhar investigativo sobre os processos de trabalho das equipes, voltando-se para questões interacionais e cotidianas que possam suscitar novos elementos para intervenções nessa área e na perspectiva da educação permanente, centrada na colaboração e no cuidado aos sujeitos e suas famílias, comunidade e território^{21,22}. Esse movimento exige abertura, disponibilidade e desejo para a colaboração, ou seja, o estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional^{23,24}.

Sobre a compreensão do papel das eNasf pelas eSF, verifica-se um entendimento mais voltado para a perspectiva da dimensão clínico-assistencial. Assim, nesse desafio, considerando-se as duas dimensões do processo de trabalho do Nasf, este tem buscado, aos poucos, provocar reflexões e adentrar a dimensão pedagógica. Ademais, as equipes também apontam a necessidade de conhecimento da sua atuação por parte da eSF.

[...] assim, em relação à equipe [eSF], quando a gente chega na unidade, ela se sente muito órfã de outras especialidades. Então, ela vê ali um nutricionista, ela vê o fisioterapeuta, lógico que ela vai querer que a gente fique muito na parte clínico-assistencial, então ela vai encaminhar para nutricionista, vai encaminhar. Então, assim, nosso trabalho é o tempo todo assim. Até, às vezes, a gente fica na clínico-assistencial, mas sempre vamos tentando voltar para técnico-pedagógico; a gente chama, 'vamos rever, olha o que a gente fez, vamos pensar juntos, o que a gente pode estar fazendo' [...]. (GFeNASF 1).

A inserção da gente é uma inserção mínima. Eu acho que a gente não tem tanto acesso, e eles, os profissionais da Estratégia Saúde da Família, também não têm tanto interesse de nos explorarmos como os profissionais para dar suporte às atividades deles, uma orientação pedagógica, um apoio, mesmo quando tem algum caso que a gente possa discutir e se autoajudar. Eu acho que o interesse é mínimo, segundo o que eu vejo aqui. O interesse maior é encaminhar para a gente atender. (GFeNASF 2).

O Nasf não deve ser visto como uma retaguarda composta de profissionais para onde a eSF pode encaminhar o usuário para um atendimento apenas. Mais do que isso, eles trabalham de modo a promover a autonomia dessa equipe, na compressão de interdependência^{4,5}, em que, a partir de uma necessidade apontada, a equipe possa dialogar para a construção de práticas colaborativas visando à cogestão dos processos e à atenção centrada nos usuários e suas famílias²⁴⁻²⁶.

Assim, a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o Nasf pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na colaboração de propostas de intervenção quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando necessário, de modo integrado e corresponsável. Além disso, o Nasf também pode (e, às vezes, precisa) auxiliar na organização do processo de trabalho das equipes apoiadas²⁵⁻²⁷.

Essa primeira aproximação com a camada contextual traz, na evolução das ações descritas, aquilo que está implicado no imediatismo do como e quando o apoio técnico-pedagógico do trabalho do Nasf acontece, destacando ações do ato imediato do apoio técnico-pedagógico, realizado pela eNasf em suporte à eSF, em que se percebe uma invisibilidade desse apoio pedagógico.

Hinds, Chaves e Cypress¹⁴ consideram o imediatismo a principal característica da primeira camada de contexto (Contexto Imediato), na qual estão implicadas aquelas ações relevantes ao estudo da compreensão do fenômeno. Elas estão focadas no presente, identificadas a partir da observação do ato imediato daquilo que é observado, permitindo, ainda, ao pesquisador facilidades na predição de como o fenômeno em questão se comporta.

Contexto Específico - Território: desafios e potencialidades para a operacionalização do processo de trabalho do Nasf

A busca da integralidade nos serviços de saúde deve ser um processo em construção, sendo a eSF um campo fértil para o fomento da atenção integral. Para além da integralidade, outros princípios e diretrizes orientam as ações desenvolvidas pelo Nasf, com reflexos no processo de trabalho das eSF, entre os quais, aponta-se o território⁸. O território é definido geograficamente, com suas características sociais, econômicas, culturais e suas dimensões

burocráticas para os serviços em geral e serviços de saúde; é cenário de produção de vida e suas (im)possibilidades e de (re)construção de mundos²⁷.

Percebe-se nessa camada que o território se traduz, na maioria das vezes, nas dimensões estruturais físicas das unidades de saúde, sem avançar muito naquilo a que se propõe enquanto diretriz do seu processo de trabalho, em uma compreensão de território para além dos muros das unidades.

Os espaços disponíveis aos profissionais da eNasf do caso 1, em particular, contam com salas compartilhadas com a eSF, quando há necessidade de atendimento individual, o que propicia um sistema de aproximação entre eNasf e eSF para a colaboração. No entanto, para os profissionais, isso se configura como um desafio, em virtude de constituir-se como fator dificultador para algumas ações que poderiam ser mais resolutivas.

[...] uma dificuldade que a gente tem é de realmente ter um espaço para desenvolver condutas mais resolutivas, sem precisar ficar desgastando o usuário de tanto vai e vem, troca de sala. (GFeNASF 1).

[...] às vezes, quando eu procuro eles [profissionais do Nasf], não estão na unidade. (GFeSF 1).

Já as eNasf dos casos 2 e 3 têm ambiente separado das instalações da eSF, o que dificulta a locomoção quando há realização de atividades colaborativas, a exemplo, das visitas domiciliares. Além disso, há o sentimento de pertencimento, o que tem influência direta nas ações colaborativas, no planejamento e na construção de estratégias de educação em saúde e no próprio apoio pedagógico.

Como nossas coisas ficam longe dos CSF que a gente apoia, dificulta um pouco [...], mas a gente vai. Às vezes, não tem transporte, então temos que mudar o dia, agendar para outro dia [...]. (GFeNASF 2).

Nós atendemos, realizamos atendimento no centro de reabilitação [...] fica distante das unidades [CSF] que a gente está como referência para apoio. (GFeNASF 3).

Outro desafio implicado no contexto do processo de trabalho do Nasf relaciona-se à compreensão do seu fazer pela eSF e também pelos usuários.

[...] o nosso processo enquanto equipe multiprofissional, dentro do contexto de saúde da família, que realmente é uma dificuldade que não entendem. Quem são aquelas pessoas que não têm uma sala definida? Quem são aqueles ali que não estão as 40 horas naquele centro de saúde? Quem são aquelas pessoas que andam em grupo 'todo mundo agregado', junto, trabalhando nesse contexto? (GFeNASF 1).

Para que ocorra a clara definição da responsabilidade sanitária e se ampliem as possibilidades de construção de vínculo, é fundamental valer-se da metodologia de adscrição de clientela à equipe de referência, a qual manterá uma relação longitudinal com esse conjunto de usuários – a partir da compreensão da perspectiva de Vigilância em Saúde, territorialização e construção coletiva permanente nesse território. Para isso, é fundamental que a inserção dos profissionais no serviço dê-se, primariamente, de modo horizontal, dialógico e participativo entre as equipes eSF e Nasf e entre equipes e comunidade⁵.

A normatização relativa à organização da AB refere-se, constantemente, à adscrição de clientela, espaço territorial e área de abrangência, termos que remetem à demarcação do território de atuação. Essa compreensão assume a perspectiva de um território vivo, com dois enfoques que se referem tanto à interação da população, visando à atenção centrada no usuário e em suas famílias, suas relações sociais e econômicas, que interferem no seu processo saúde-doença, como, também, à necessidade de criar as condições

para promover o controle, a regulamentação, o monitoramento e a organização do território (comunidade), de modo a intervir nos problemas e nas necessidades de saúde apresentadas pela população²⁹.

Isso reforça a ideia de que o trabalho voltado ao território ultrapassa a concepção de espaço como extensão geográfica e político-operativo do sistema de saúde. Algumas das premissas para os profissionais de saúde, que se inserem na ESF, são o conhecimento do território e a valorização das práticas locais, conectando a sua atuação às dinâmicas de vida da comunidade, à identificação do processo de saúde e adoecimento relacionado a fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, políticos, entre outros, valorizando a história da comunidade em uma concepção ampliada de saúde²⁷.

Contexto Geral – Processo de trabalho colaborativo do Nasf

O trabalho em saúde requer permanentemente um fazer/refazer de sua práxis. A complexidade envolvida exige uma equipe multiprofissional atuando em um mesmo campo e direcionada para os mesmos objetivos, a partir de uma prática colaborativa²⁴.

No campo da ciência, a categoria trabalho tem sido objeto de estudos há vários anos. Teorias defendem e comprovam que os processos de trabalho e seus modos de produção determinam relações de poder e subordinação, valores e comportamentos de uma sociedade e os modos de enfrentamento das situações consideradas adversas ao bem-estar do homem²⁹.

Um grande desafio no campo da saúde é a simultaneidade da produção do bem/produto/ação em saúde e do consumo em ato. Nesse campo, Mendes³⁰ tece algumas discussões e amplia a análise do processo de trabalho em saúde para o campo teórico-conceitual da intencionalidade, que cria e constrói novas ferramentas e estratégias e potencializa os recursos disponíveis.

O Nasf se constitui como um recurso para a mudança do modelo de prática, em um contexto que ainda guarda resquícios do modelo biomédico de atenção, por reforçar a necessidade da articulação do conhecimento entre as equipes de saúde, do aprimoramento da interação entre os integrantes das equipes, do desenvolvimento de novos conhecimentos e da prática de novos processos de trabalho^{6,23,24,31}.

O processo de trabalho em saúde, o reconhecimento dos sujeitos envolvidos e a própria definição do que se constitui como trabalho em equipe consistem em estratégias que tendem a possibilitar uma atuação em saúde mais resolutiva e contextualizada e com impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença^{6,23,24,31}.

As práticas interprofissionais pressupõem a possibilidade de um profissional (re)construir na prática do outro, sendo ambos transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos^{21,22}. Assim, a abordagem integral dos sujeitos/família é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes multi e interdisciplinares. Dessa maneira, pode-se obter um maior impacto sobre diferentes fatores que interferem no equilíbrio saúde-doença³².

Nesse sentido, percebem-se dificuldades de comunicação entre eSF e eNasf, o que talvez se deva ao desconhecimento de seus papéis, como já exposto anteriormente.

[...] a comunicação existe. Pouco, mas existe. Eu corro e bato na porta quando, por exemplo, uma gestante precisa de uma consulta. Às vezes, nem tão bem recebido, mas eu insisto nessas interconsultas, principalmente a parte nutricional [...]. (GFeSF 1).

[...] às vezes, eles dão informes, repassam cronograma, essas coisas [...]. Eu vejo a equipe do Nasf lá, só que eu nem sei quem é a minha equipe. Eu não sei se sou 1 ou se sou 2, só sei que é do Nasf do município. (GFeSF 2).

Para que a interprofissionalidade ocorra de fato e contribua para a integralidade e resolutividade do cuidado em saúde, é importante não somente facilitar a comunicação entre os membros das equipes, mas, também, pensar em um processo de trabalho que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pelas ações necessárias, visando a alcançar a centralidade do cuidado nos usuários. Nessa direção, faz-se importante o apoio da gestão da saúde, para prover condições e fomentar políticas de saúde para o desenvolvimento de estratégias que apoiem e facilitem o processo de trabalho do Nasf e da eSF, visando ao trabalho em equipe colaborativa^{24,32}.

Isso posto, essa camada de contexto se constitui como uma organização de eventos/comportamentos e significados associados, desenvolvidos com o tempo, podendo ser mutável. Verifica-se que ainda é desafiador o fazer em saúde de modo colaborativo.

Metacontexto – Rupturas paradigmáticas na saúde rumo à integralidade da atenção

Essa camada de contexto representa a fonte de saber socialmente construída, operando continuamente sob uma perspectiva social, geralmente compartilhada. Nela, residem a fonte de explicação e uma influência indireta sobre os comportamentos e eventos¹⁴.

No Brasil, o momento de crise paradigmática na saúde está presente, predominantemente, no Movimento da Reforma Sanitária e teve seu auge com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. De tal modo, a conferência foi importante para o movimento da Constituição Federativa Brasileira, promulgada em 1988, originando-se dela o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa direção, o SUS é ancorado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, regionalização e descentralização e participação social. Assim, a defesa e a luta são pela reversão da lógica histórica

de modelo de atenção à saúde no Brasil. A perspectiva do trabalho da ESF na APS é de novas práticas de atenção pautadas em modelos de promoção à saúde^{1,2}. Entretanto, o movimento de implantação pode apresentar instabilidade, posto que a precariedade de uma política é diretamente proporcional à discrepância de valores ideológicos entre os que a operam³³.

As situações de saúde em nosso país continental são díspares. Frente à globalização, algumas doenças emergem e reemergem, fazendo com que a população apresente uma pluralidade de agravos à saúde. Além disso, também são importantes os problemas de violência no contexto da saúde mental, de pobreza, de uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, de acidentes externos, entre outros^{1,2}.

Nesse contexto paradigmático de novas demandas exigidas do processo de organização do sistema de saúde, com base nas necessidades populacionais, insere-se o processo de trabalho do Nasf com suas ferramentas de apoio, contribuindo para a garantia dos papéis essenciais da APS.

Caminhando na perspectiva de ruptura paradigmática, cabe destacar que avanços ainda são necessários no que tange às relações de trabalho, de modo a torná-las, principalmente, uma prática colaborativa. Isso se deve a poucas iniciativas, como a inserção e a colaboração do Nasf-AB com as eSF, embora ainda incipientes e reforçadas por modelos majoritários de formação profissional que continuam sendo formados separadamente, para, no futuro, trabalharem juntos³².

Reconhece-se, perante essa tensa dinâmica, a necessidade urgente de adequação da formação em saúde, assim como do fortalecimento da educação permanente em saúde, como elemento do desenvolvimento humano fundamentado em pilares, como aprender não apenas conteúdos cognitivos, mas, também, habilidades e atitudes de ser, fazer e viver coletivamente, a partir do cotidiano dos serviços de saúde e das demandas de comunidades e territórios³⁴.

Considerações finais

Verificou-se a necessidade de reorganização, com vistas ao melhor entendimento do fazer do Nasf no que tange à dimensão pedagógica, uma vez que, para aqueles que são os receptores do apoio, percebe-se uma visão ainda focada no atendimento clínico.

Os profissionais da eNasf e da eSF reconhecem o apoio pedagógico como uma importante ferramenta nas ações em saúde. Entretanto, são visíveis algumas dificuldades para a sua operacionalização, entre as quais, o trabalho em equipe, considerando que eSF e eNasf devem operar colaborativamente. Infere-se, aqui, sob a perspectiva dos profissionais da eSF, a existência de um pensamento orientado por uma prática assistencial tradicional, descolada de uma dimensão pedagógica, a qual é objeto de destaque neste estudo.

Vê-se, ainda, a necessidade de diálogo entre os atores envolvidos (eSF e eNasf) para a construção de um projeto comum, de partilha de saberes e de cogestão dos processos de trabalho e compromissos, para, assim, efetivar-se a proposta implicada na produção do cuidado centrado nos sujeitos.

Ademais, alguns avanços percebidos pela equipe Nasf são evidentes na compreensão desse apoio, seja nos processos de trabalho, ao se observarem nuances da incorporação da dimensão pedagógica, seja nas ações de planejamento, execução e avaliação. No entanto, ainda existe a necessidade contínua de organização do processo de trabalho em saúde, com um olhar atento para a implementação da integralidade da atenção e para o trabalho colaborativo em equipe.

Reconhece-se como limitação que estudos como este, com proposta de análise dos contextos que permeiam a atuação profissional em equipes multiprofissionais, devem ser cautelosos, em função dos diversos fatores que podem influenciar, a exemplo das diferenças das realidades locorregionais, das formas singulares de organização do processo de trabalho, bem como do tempo e da atividade

observada durante a coleta. Assim, há a necessidade de estudos que possam analisar em profundidade, bem como ampliar a abrangência de territórios-casos para estudo.

Por fim, considera-se que se deve buscar fortalecer a integração entre os agentes envolvidos, de modo que o distanciamento existente seja desconstruído, a fim de que ambos, colaborativamente, possam, de fato, alcançar o proposto, que é a oferta de serviços de qualidade, com clareza de papéis e comunicação entre os pares, em tempo hábil e com capacidade resolutive na AB.

Colaboradores

Silva LCC (0000-0002-2688-9309)*, Dias MSA (0000-0002-7813-547X)*, Parente JRF (0000-0002-6739-0985)*, Vasconcelos MIO (0000-0002-1937-8850)*, Brito MCC (0000-0002-3484-9876)* e Forte FDS (0000-0003-4237-0184)* contribuíram igualmente para concepção e delineamento do trabalho e discussão dos resultados; redação do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 [acesso em 2020 jul 26]; 394. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/70528/2/THELANCET-D-18-06929R2.pdf>.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2020 jul 26]; 23(6):1903-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.
3. 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. Servi. Saúde*. 2018 [acesso em 2020 jul 27]; 27(3):e2017170. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>.
4. Castro CP, Nigro DS, Campos GWS. Núcleo de apoio à saúde da família e trabalho interprofissional: A experiência do município de campinas (SP). *Trab. Educ. Saúde*. 2018 [acesso em 2022 jul 5]; 16(3):1113-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00143>.
5. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [acesso em 2022 jul 6]; 23(2):399-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
6. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014 [acesso em 2022 jul 7]; 18(supl1):S983-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Melo A, Barbosa TM. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. *Tempus* (Brasília). 2018 [acesso em 2023 abr 29]; 11(2):25-39. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881293/2017-portugues.pdf>.
8. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc*. 2011 [acesso em 2022 jul 7]; 20(4):961-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
9. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*. 25 Jan 2008.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Dispõe sobre Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF: MS; 2020.
12. Morosini MVGC, Fonseca AF, 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* (online). 2020 [acesso em 2022 jul 5]; 36(9):e00040220. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>.
13. Sousa MF. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM. *Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos de espelho do futuro*. Campinas: Saberes Editora; 2014.
14. Hinds OS, Chaves DE, Cypress SM. Context as source of meaning and understanding. *Qual Health Res*. 1992 [acesso em 2017 mar 12]; 2(1):61-74. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/249674856_Context_as_a_Source_of_Meaning_and_Understanding.
15. Yin R. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Instrumento de avaliação externa para os núcleos de apoio à saúde da família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
17. Pinto HA, Sousa A, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2022 jul 7]; 38(esp):358-372. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014s027>.
18. Gatti BA. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília, DF: Liber Livro; 2005.
19. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 13 Jun 2013; Seção I:59.
20. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 [acesso em 2022 jul 7]; 21(5):1625-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>.
21. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst. Rev*. 2017 [acesso em 2020 jul 30]; 22(6):CD000072. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072>.
22. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of inter-professional practice. *J. Interprof. Care*. 2018 [acesso em 2020 jul 30]; 32(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.
23. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde

- de. Interface (Botucatu). 2018 [acesso em 2020 jul 30]; 22(supl2):1535-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>.
24. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020 [acesso em 2020 jul 30]; 18(supl1):e0024678. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18s1/1678-1007-tes-18-s1-e0024678.pdf>.
 25. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*. 2017 [acesso em 2020 jul 30]; 21(62):565-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>
 26. Vendruscolo C, Metelski FK, Maffisoni AL, et al. Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2020 [acesso em 2020 jul 31]; (54):e03554. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018033003554>.
 27. Panizzi M, Lacerda JT, Natal S, et al. Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2020 ago 2]; 41(112):155-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711213>.
 28. Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, et al. O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, et al., organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
 29. Vieira AM, Neto JM, Crepaldi TMS, et al. O trabalho em equipe no programa saúde da família: integração para a integralidade da assistência. In: Saito RXS, organizadora. *Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito*. São Paulo: Martinari, 2008.
 30. Mendes EV. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: Mendes EV, organizador. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec; 1998.
 31. Lima RSA, Nascimento JÁ, Ribeiro KSQS, et al. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2020 ago 2]; 27(1):25-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010454>.
 32. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso em 2020 ago 2]; 22(supl2):525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.
 33. Jogadores Tsebelis G. *Veto. Como funcionam as instituições políticas*. Princeton: Princeton University Press; 2002.
 34. Aciole GG. Rupturas paradigmáticas e novas interfaces entre educação e saúde. *Cad. Pesqui*. 2016 [acesso em 2021 nov 1]; 46(162):1172-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053143528>.

Recebido em 16/10/2022
Aprovado em 15/08/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Educação Interprofissional nos cursos da área da saúde de uma universidade pública

Interprofessional Education in health courses at a public university

Rebeca Benevides¹, Elaine Silva Miranda¹, Ana Lúcia Abrahão¹, Sílvia Pereira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313913

RESUMO Visto que a Educação Interprofissional tem sido apontada para a reorientação da formação e do trabalho em saúde, objetivou-se analisar sua inserção nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação em saúde de uma universidade pública. Trata-se de uma pesquisa pautada na análise documental, dividida em três etapas: leitura exploratória, pré-análise e análise dos documentos. Todos os documentos dos cursos analisados referem-se ao trabalho em equipe como competência importante para a formação, ainda que façam apenas algumas menções pontuais e específicas à interprofissionalidade. Os documentos não apresentam projetos para a implementação da Educação Interprofissional nos currículos regulares, apenas delegam a inserção da interprofissionalidade à extensão universitária. Assim, observou-se que os projetos pedagógicos inserem a Educação Interprofissional de forma restrita nos cursos da área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação Interprofissional. Sistema Único de Saúde. Capacitação de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *Since Interprofessional Education has been identified as a means of reorientation health training and work, the objective was to analyze its insertion in the pedagogical projects of undergraduate health courses at a public university. This research is based on document analysis, divided into three stages: exploratory reading, pre-analysis and document analysis. All documents of the analyzed courses refers to teamwork as an important skill for training, even though they only make a few punctual and specific mentions of interprofessionality. The documents do not present projects for the implementation of Interprofessional Education in regular curriculum, they just delegate the insertion of interprofessionality to university extension. Thus, it was observed that pedagogical projects include Interprofessional Education in a restricted way in health courses.*

KEYWORDS *Interprofessional Education. Unified Health System. Training of human resources in health.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil
rebecabenevides@id.uff.br



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade nos serviços e ações de saúde, substituindo o paradigma de atendimento curativo e prescritivo da doença pela promoção, prevenção e recuperação da saúde¹. Assim, o SUS move-se no sentido de reorientar a formação e o trabalho em saúde, considerando o contexto econômico e social do País, e a necessidade de integração entre serviço, educação e planejamento da formação de recursos humanos para a saúde². Nesse sentido, em 2001, foram instituídas as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos superiores da área de saúde no Plano Nacional de Educação (2001), objetivando a formação de profissionais direcionados para o cuidado e a assistência fundamentados nos princípios e diretrizes do SUS³.

Outrossim, a inserção da Educação Interprofissional (EIP) no âmbito da formação em saúde destaca-se como importante eixo para as mudanças requeridas. Como definido no marco para ação em EIP e prática colaborativa publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴, a EIP:

Ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde⁴⁽¹³⁾.

Reeves et al.⁵, evidenciam que, a fim de proporcionar facilitadores para a EIP, é importante o apoio do corpo docente na implementação de cursos e programas que a incluam. Além disso, as experiências interprofissionais devem ser incorporadas no contexto que reflete a prática atual ou futura dos estudantes, para uma aprendizagem eficaz⁵.

Estudos sobre EIP em saúde reforçam os impactos positivos no trabalho em equipe

com a introdução de métodos de ensino e práticas baseados em vivências e no desenvolvimento de competências interprofissionais, na graduação e na pós-graduação⁵⁻⁷. A perspectiva da constituição de equipes que atuem de modo interprofissional visa superar a situação atual de fragmentação do cuidado e a uniprofissionalidade, para a realização da atenção à saúde com foco na integralidade⁸. Desta forma, a atuação interprofissional é caracterizada como o processo pelo qual, a partir das interações, reflexões e do compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais, podem-se forjar equipes coesas, que trabalhem de forma colaborativa para o atendimento das necessidades em saúde^{2,9}.

Com base no referencial teórico do marco para ação em EIP e prática colaborativa da OMS, a EIP está sendo implementada nos cursos de diversos países, na perspectiva de aumentar a resolutividade e a equidade das ações em saúde, mediante um cuidado integral, e fazer do usuário o centro dos serviços e de suas necessidades¹⁰. No Brasil, programas foram instituídos pelos Ministérios da Saúde e da Educação com a finalidade de reorientar a formação em saúde, tais como: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde, 2007); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde, 2010), nas modalidades Vigilância em Saúde, Redes de Atenção à Saúde, GraduaSUS e Interprofissionalidade; o Programa de Vivências e Estágios do SUS (VER-SUS, 2004) e o Educação Permanente em Saúde (EPS, 2013)¹¹⁻¹⁴. Porém, nem todos os cursos de graduação na área da saúde aderem a tais iniciativas de extensão universitária e, em relação aos que aderem, uma ínfima parte dos estudantes participa. Além disso, muitos desses programas não são inseridos de forma permanente no currículo acadêmico¹⁵.

Para estimular essa inserção de forma permanente nos currículos dos cursos, houve a publicação da Resolução do

Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 569, de 2017, que aprova, como um dos pressupostos, princípios e diretrizes comuns para as DCNs na área da saúde, a formação de um profissional apto a atuar com o trabalho em equipe, em uma perspectiva colaborativa e interprofissional¹⁶. Ademais, as DCNs específicas das profissões na área da saúde preconizam que a formação dos profissionais deve contemplar as necessidades sociais, com ênfase no SUS, sendo indispensável aos cursos de graduação a busca por capacitar para a atuação nas redes de atenção à saúde, que são constituídas por equipes multiprofissionais¹⁷.

Nesse cenário, faz-se relevante a análise das DCNs e do Projeto Pedagógico do Curso (PPC), que é o documento normativo e orientador dos cursos de graduação e traduz as políticas acadêmicas institucionais, com base nas DCNs¹⁸. Ademais, realça-se a necessidade de avaliação dos processos relacionados à interprofissionalidade que contribuem para a formação de competências e habilidades dos estudantes e profissionais, visando ao trabalho e à promoção da saúde no campo das políticas públicas. Sendo assim, o presente estudo objetiva analisar a inserção da EIP nos PPCs de graduação em saúde, de uma universidade pública da Região Sudeste brasileira.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa documental que tem como fonte de dados os documentos dos cursos de graduação na área da saúde. Buscou-se analisar quais são as estratégias empregadas nas propostas para a inclusão do desenho da formação pautada na interprofissionalidade. A definição da universidade para o estudo de caso e a amostra de cursos de graduação que comporiam a análise documental partiu da observação do conjunto de universidades aprovadas para o Programa de Educação para o Trabalho

(PET), do Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Edital nº 10, de 23 de julho de 2018 – Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Interprofissionalidade – 2018/2019). Das universidades aprovadas, observaram-se o porte, a participação em editais anteriores vinculados aos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde, o número de projetos aprovados nos editais e a composição dos grupos tutoriais dos projetos.

Assim, foi selecionada a Universidade Federal Fluminense (UFF), por estar entre as aquelas de maior porte, com participação em todos os editais vinculados ao Programa PET-Saúde e por ter tido dois projetos aprovados para o PET-Saúde Interprofissionalidade. Foram analisados os PPCs de graduação em educação física, enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia. Realizou-se, também, leitura das DCNs de cada curso, publicadas pelo Ministério da Educação, e do Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da universidade, para subsidiar a análise dos PPCs.

A busca da documentação foi realizada por meio dos sítios eletrônicos www.portal.mec.gov.br, para as DCNs, e www.uff.br ou por solicitação às coordenações de graduação dos cursos, para o PDI e os PPCs.

Em um primeiro momento, realizou-se uma leitura exploratória das DCNs e dos PPCs com o objetivo de identificar termos e palavras relativos à EIP e suas dimensões, a partir do conceito apresentado pelo marco para ação em EIP e prática colaborativa⁴. Foram definidos como termos de busca para a leitura exploratória: interprofissional; educação interprofissional; práticas colaborativas; trabalho em equipe; integração ensino-serviço-comunidade; comunicação interprofissional; aprendizado colaborativo; e aprendizado compartilhado.

A análise dos documentos foi realizada nas seguintes etapas metodológicas:

pré-análise e análise dos documentos. A pré-análise objetivou identificar a natureza do texto, autores e data de publicação. Em seguida, após a primeira leitura completa dos PPCs, foi feita uma análise de conteúdo segundo Bardin¹⁹, aplicando-se a técnica de análise temática para a formação de categorias analíticas que refletissem os objetivos da pesquisa, sob a avaliação dos referenciais teóricos da EIP.

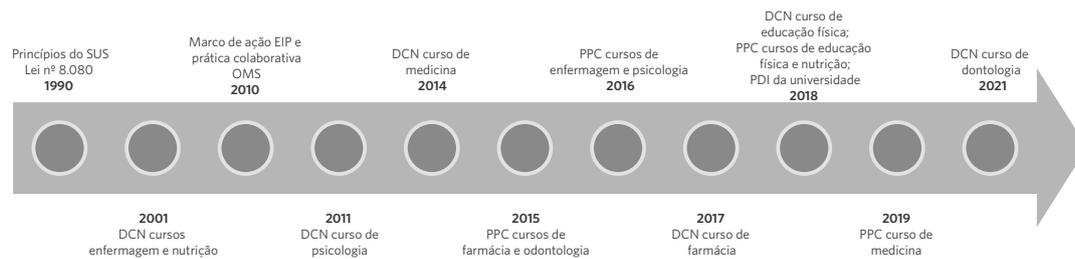
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, de acordo com a Resolução nº 466, de 2012, do CNS²⁰, sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 51647321.7.0000.5243 e número de parecer 5.004.895.

Resultados

Perfil dos Projetos Pedagógicos dos Cursos

A data de publicação das DCNs de um curso varia de acordo com o processo necessário para sua elaboração, redação e, finalmente, publicação. As DCNs dos cursos de enfermagem e nutrição foram publicadas no ano de 2001, enquanto as DCNs dos outros cursos foram publicadas após 2010, posteriores à publicação do marco para ação em EIP e prática colaborativa pela OMS, a saber: psicologia em 2011; medicina em 2014; farmácia em 2017; educação física em 2018; e odontologia em 2021 (*figura 1*).

Figura 1. Período, em anos, de publicação dos princípios do Sistema Único de Saúde, do marco da Organização Mundial da Saúde, das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos Projetos Pedagógicos dos Cursos analisados



Fonte: elaboração própria.

Outro documento necessário para a elaboração dos PPCs é o PDI. O PDI da universidade foi publicado no ano de 2018 e é um documento que estabelece a política pedagógica institucional e as estratégias para alcançar os objetivos e metas da instituição, no período de 2018 a 2022. Ele insere a interprofissionalidade junto à interdisciplinaridade nas políticas de extensão universitária, e ambas são citadas como pontos que devem estar presentes na atividade extensionista. Também descreve que a inserção da interprofissionalidade visa

superar a dicotomia entre visões holísticas e especialistas, no campo da prática em saúde.

Já os PPCs são documentos originais de domínio público da área da educação, e sua publicação é realizada pela Pró-Reitoria de Graduação e Coordenadoria de Apoio ao Ensino de Graduação (Prograd) da universidade, sendo sua autoria atribuída ao corpo docente da instituição de ensino, aos membros dos colegiados, núcleos docentes estruturantes e às coordenações respectivas a cada curso. Os documentos de todos os cursos foram

publicados após 2010, ano da publicação do marco para ação em EIP e prática colaborativa da OMS. Dos sete cursos, quatro PPCs foram publicados após a Resolução CNS nº 569, de 2017, que reafirma a prerrogativa constitucional do SUS, de ordenar a formação dos trabalhadores da área da saúde e aprova o Parecer Técnico nº 300/2017, que apresenta princípios gerais a serem incorporados às DCNs de todos os cursos de graduação da área da saúde.

Todos os cursos fazem referência, em suas DCNs, ao trabalho em equipe, porém, somente as diretrizes dos cursos de farmácia, medicina, psicologia e odontologia mencionam especificamente o trabalho interprofissional

e colaborativo. A diretriz do curso de farmácia recomenda a formação para práticas interprofissionais, garantindo a integração ensino-serviço. A diretriz do curso de medicina cita um cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho e o aprender interprofissional. Na formação em odontologia, é encontrado o estímulo à atuação interprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. A identificação dos cursos e termos relacionados à EIP encontrados na leitura exploratória são apresentados no *quadro 1*. Cada curso apresenta um perfil específico quanto à distribuição de disciplinas, atividades e da carga horária, como apresentado na *tabela 1*.

Quadro 1. Identificação de termos associados à Educação Interprofissional e práticas colaborativas nas Diretrizes Nacionais Curriculares e nos Projetos Pedagógicos dos Cursos da área de saúde, de uma universidade pública

Curso	Termos associados à Educação Interprofissional	
	Diretriz Curricular Nacional	Projeto Pedagógico de Curso
Educação Física	Integração ensino-serviço-comunidade	Nenhum
Enfermagem	Trabalho em equipe	De forma interprofissional e colaborativa; Cuidado interprofissional e colaborativo; Trabalho em equipe
Farmácia	Integração ensino-serviço-comunidade; Trabalho interprofissional e colaborativo; Equipe interprofissional de saúde	Trabalho em equipe; Integração ensino-serviço
Medicina	Trabalho interprofissional; Trabalho em equipe; Aprendizagem interprofissional; Formação flexível e interprofissional; Integração ensino-serviço	Atuação interprofissional
Nutrição	Trabalho em equipe	Trabalho em equipe
Odontologia	Trabalho em equipe interprofissional; Atuação em equipe, de forma interprofissional; Atuação interprofissional Perspectiva interprofissional	Colaboração interprofissional; Trabalho em equipe
Psicologia	Trabalho em equipe	Aprendizagem colaborativa; Trabalho em equipe

Fonte: elaboração própria.

Tabela 1. Carga horária, em horas, de disciplinas, estágios e atividades, e quantidade de disciplinas referentes aos cursos de graduação

Curso (Ano de publicação do PPC)	Total (h)	Disciplinas teóricas (h)	Estágio (horas, porcentagens referentes ao total)	Estágio no SUS (horas, porcentagens referentes ao estágio)	Disciplinas optativas (h)	Atividades complementares (h)	Disciplinas obrigatórias (n)	Disciplinas com referência ao SUS (nº, porcentagens referentes às obrigatórias)
Ed. Física (2018)	3.656	2.682	400 (11%)	Sem especificação	472	200	71	1 (1,4%)
Enfermagem (2016)	4.395	4.145	880 (20%)	440 (50%)	120	130	53	6 (11%)
Farmácia (2015)	4.577	2.693	918 (20%)	54 (6%)	230	76	75	1 (1,3%)
Medicina (2019)	9.135	5.755	3.150 (34%)	Sem especificação	120	110	53	5 (9,4%)
Nutrição (2018)	4.000	3.098	720 (18%)	480 (66%)	100	82	63	4 (6,3%)
Odontologia (2015)	4.215	4.035	880 (21%)	160 (18%)	80	100	58	5 (8,6%)
Psicologia (2016)	4.217	3.671	1.020 (24%)	Sem especificação	374	172	67	0 (0%)

Fonte: elaboração própria.

Após a primeira leitura completa dos PPCs, foram formadas as categorias analíticas de acordo com os preceitos de Bardin¹⁹, apresentadas no *quadro 2*.

Quadro 2. Categorias e detalhes analíticos provenientes da análise de conteúdo temática dos Projetos Pedagógicos de Curso

Categorias	Detalhamento
Referências à EIP	Referências explícitas ou implícitas à EIP e suas dimensões
Extensão universitária	Atividades extensionistas nas quais há inserção da EIP
Referenciais teóricos apontados nos PPCs	Análise do referencial teórico utilizado, sobre sua abrangência à EIP
Dimensões para alcançar a interprofissionalidade	Desenvolvimento de competências colaborativas e interprofissionais, atividades de aprendizagem compartilhada, metodologias de ensino aplicadas, atividades colaborativas entre diferentes profissões e integração ensino-serviço-comunidade como dimensões encontradas, que tornam possível a inserção da interprofissionalidade
Atividades Interdisciplinares, Multiprofissionais e Interprofissionais	Distinção, definição e uso dos termos nos contextos da interprofissionalidade

Fonte: elaboração própria.

Referências à educação interprofissional

O curso de educação física da instituição é de licenciatura, assim, em seu projeto pedagógico, não são encontradas referências diretas à atuação e à formação na área da saúde. Somente a apresentação de uma disciplina optativa intitulada ‘Trabalho multiprofissional em saúde’ e sua inclusão no projeto de extensão na modalidade PET-Saúde fazem referência à EIP.

O curso de farmácia apresenta como referência à EIP a inclusão no projeto de extensão na modalidade PET-Saúde e os estágios no âmbito do SUS, que buscam incentivar o trabalho em equipe.

O PPC de enfermagem apresenta referências ao trabalho em equipe multiprofissional e à interdisciplinaridade em seu histórico, no objetivo do curso, no perfil, nas competências e no estágio. Somente nos objetivos e na ementa da disciplina intitulada ‘Diversidades, equidade e cuidados em saúde’, ofertada como optativa, cita o trabalho interprofissional e colaborativo como parte do cuidado em saúde centrado ‘na pessoa’.

O curso de medicina, em seu objetivo geral de formação, coloca a atuação interprofissional e também descreve o incentivo ao trabalho em grupo e à formação de equipes interdisciplinares em seus princípios norteadores.

O PPC de nutrição não apresenta referências diretas à EIP, mas cita o trabalho em equipe e as habilidades interpessoais e de comunicação, para além das técnicas profissionais no subcapítulo referente ao perfil profissional, e apresenta duas disciplinas optativas com abordagem multiprofissional, intituladas ‘Abordagem multidisciplinar da obesidade’ e ‘Trabalho multiprofissional em saúde’.

O curso de odontologia cita o trabalho em equipe e a importância da vivência de colaboração interprofissional em seus princípios norteadores. Nas finalidades do estágio, insere a integração multiprofissional das diferentes áreas da saúde como forma de preparo para o trabalho em equipes de saúde.

O PPC de psicologia é o que apresenta mais referências à EIP. Em suas políticas para ensino, pesquisa e extensão, cita o incentivo a ações interdisciplinares e interprofissionais. A concepção do curso diz que um trabalho inter e transdisciplinar permite o desenvolvimento de capacidades de análise e de produção de conhecimentos mais abrangentes. As competências básicas e sua dinâmica curricular explicitam a atuação inter e multiprofissional. Além disso, cita e destaca o Programa PET-Saúde.

Extensão universitária

Os cursos de graduação de enfermagem, farmácia e psicologia citam diretamente a inserção do Programa PET-Saúde como um promotor do eixo ensino-serviço-comunidade, assim como das experiências de trabalho em equipe com diferentes profissionais da área da saúde. Com exceção dos cursos de educação física e medicina, observa-se, nos PPCs, que as práticas colaborativas e do aprendizado compartilhado entre profissões estão atribuídas à extensão universitária.

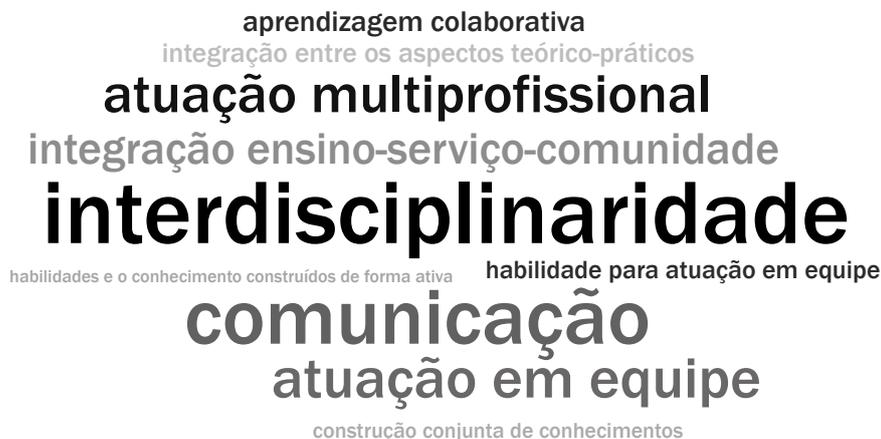
Referencial teórico apontado nos Projetos Pedagógicos dos Cursos

Os PPCs de graduação – exceto o de educação física – têm como referencial teórico as políticas do SUS e seus princípios. Os cursos de enfermagem e farmácia citam especificamente o Programa Pró-Saúde, lançado em 2005, a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação.

Dimensões para alcançar a interprofissionalidade

As dimensões encontradas nos projetos pedagógicos foram elencadas na *figura 2*, na qual as palavras a elas referentes foram ordenadas de modo que o seu tamanho refletisse uma maior ou menor citação. Observa-se que, nos PPCs, são encontrados os termos interdisciplinar, multiprofissional e suas variações sendo utilizados como promotores do trabalho em equipe e colaborativo.

Figura 2. Nuvem de palavras referentes às dimensões relacionadas à interprofissionalidade



Fonte: elaboração própria.

Discussão

A EIP tem como preceito o trabalho em equipe integrado entre profissionais de diferentes áreas, divergindo da lógica tecnicista, uniprofissional, e ultrapassando a ideia de que o trabalho em grupo significa sempre um trabalho colaborativo⁴. O trabalho em equipe interprofissional é estabelecido pelas ações articuladas entre as diversas áreas profissionais e a colaboração envolve tanto a equipe de trabalho como também a comunidade e usuários das redes de saúde⁹.

O Brasil preconiza o fortalecimento da EIP nas políticas de reorientação da formação em saúde e sua inserção nas DCNs, documentos estes que orientam a escrita dos PPCs²¹. Compreende-se que os PPCs são elaborados de forma coletiva e determinam o planejamento, os objetivos e a construção do processo educacional, sendo que a escrita de cada PPC é única e reflete os contextos e metas de cada instituição e de sua realidade local²².

As DCNs dos cursos de graduação analisados possuem referências pontuais e escassas sobre a EIP⁴ e, ainda que o PDI (2018) da universidade apresente a interprofissionalidade, os PPCs de educação física e nutrição

publicados durante ou após a conclusão do PDI, não a inserem. Em consonância com as DCNs, os PPCs também apresentam referencial teórico do SUS, entretanto, constitui-se um desafio promover o diálogo entre esses referenciais e os preceitos da EIP, para que tais temas sejam diariamente potencializados e concretizados no ensino²³.

A diretriz do curso de medicina, publicada em 2014, priorizou a formação para o SUS, incluindo a interprofissionalidade, e a diretriz do curso de nutrição está em processo de discussão e revisão desde 2015^{24,25}. A Comissão de Formação Profissional do Conselho Regional de Nutricionistas da 3ª Região (CRN-3) instituiu um grupo de trabalho para discutir a diretriz curricular do curso de nutrição durante o desenvolvimento do planejamento estratégico para gestão no período de 2017 a 2020. A atuação em equipes interprofissionais foi elencada pelo grupo de trabalho como uma das oito competências profissionais para a formação em nutrição²⁵.

Barr et al sinalizam que a colaboração dentro da EIP é mais do que cooperação, é uma ação planejada, intencional, coordenada e deve abranger a prática profissional em saúde²⁶. Sendo assim, para que os profissionais de saúde

e estudantes sejam capacitados a atuar interprofissionalmente, é necessário que tenham oportunidades de participar de ambientes de aprendizado compartilhado, com destaque para o campo da prática de trabalho⁴. Os documentos analisados neste trabalho vão de encontro à literatura que revela a incorporação da EIP na formação em saúde por meio de componentes curriculares optativos ou extracurriculares, distantes da articulação curricular institucional das universidades²⁷. Observa-se, também, que a extensão parece ter sido o pilar universitário eleito para isso, visto que o PDI e os PPCs de enfermagem, farmácia, odontologia e psicologia apontam esse caminho, com destaque para o Programa PET-Saúde^{13,28}, que possui a interprofissionalidade como ferramenta para a integralidade em saúde. No entanto, os programas de extensão constituem-se como componentes extracurriculares dos quais pouquíssimos estudantes, dentre todos os matriculados nos cursos, participam²⁸.

Ressalta-se que o presente estudo de análise dos PPCs foi realizado antes da obrigatoriedade da inclusão da extensão universitária como componente curricular nos cursos de graduação, conforme a Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018²⁹. Portanto, acredita-se que, a partir do estabelecimento da creditação da extensão, docentes e discentes possam experimentar mais atividades em que a interprofissionalidade seja um referencial de escolha ampliado a todos os discentes.

Embora todos os cursos em que os PPCs foram analisados fizessem parte do edital do PET-Saúde Interprofissionalidade da universidade, nem todos destacaram o Programa em seus PPCs, como na educação física, nutrição e medicina. Desse modo, observa-se que, apesar do Programa PET-Saúde ser uma forma de inserção da interprofissionalidade na formação, esta não é uma questão privilegiada nos PPCs, indicando os desafios institucionais para a gestão e a sustentabilidade do projeto de extensão, que requer investimentos em recursos, métodos pedagógicos e estratégias para a qualificação de docentes e preceptores³⁰.

Aponta-se como barreira para a inserção da EIP principalmente o predomínio do modelo biomédico, fragmentado e com articulação insuficiente entre o ensino teórico e a prática, nas estruturas curriculares do ensino superior dos cursos de saúde³¹. Outra dificuldade para a implementação da EIP está nas metodologias de ensino utilizadas, pois tal modelo requer métodos ativos de ensino, que proporcionem interação e atividades colaborativas entre os estudantes dos diversos cursos e entre estudantes e profissionais. No entanto, majoritariamente, configuram-se nos currículos de graduação em saúde métodos relacionados à educação bancária, com ênfase no conhecimento técnico específico das profissões^{32,33}.

Ademais, na maioria das vezes, os corpos docentes que compõem as universidades são formados sob uma perspectiva uniprofissional, e também as estruturas físicas das instituições geralmente são separadas, individualizadas e departamentalizadas por cursos e áreas de conhecimento, significando outros obstáculos para o desenvolvimento de ações de EIP entre os estudantes de diferentes áreas³². Também é preciso observar que o quantitativo de disciplinas teóricas com referência ao SUS variou de 0% a 11% em relação ao total de disciplinas, e que a quantidade de carga horária dos estágios não privilegia o SUS, em sua maioria, constituindo um fator limitante à oferta de espaços de prática para a inserção da interprofissionalidade. Estes achados estão em concordância com a análise feita por Silva e Santana³³, na qual encontraram inclinação do conteúdo curricular e da carga horária para o modelo tradicional de ensino em saúde, focado na técnica, em detrimento de conteúdos voltados para o SUS.

Nos resultados sobre dimensões para alcançar a interprofissionalidade, encontram-se documentos que realçam a interdisciplinaridade. De acordo com Peduzzi et al.³⁴, a interdisciplinaridade tem como objetivo superar a tendência à fragmentação dos conhecimentos por meio da integração de disciplinas em um mesmo campo profissional, contudo, existe uma prevalência

da abordagem interdisciplinar sem que seja promovida a construção da EIP.

Identificou-se que os documentos apresentam intercambialidade equivocada entre os termos interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e interprofissionalidade. Como apontado por Ceccim², é necessário estabelecer a diferença entre as definições dessas palavras, pois os conceitos e suas histórias ainda são pouco conhecidos. Segundo o autor, interdisciplinar é a capacidade de interseção entre disciplinas, sendo disciplina o recorte ou domínio de informação técnica ou científica, e profissão é a habilitação de exercício ocupacional. Assim, a multiprofissionalidade seria a diversidade de tipos de profissão, enquanto a interprofissionalidade seria a busca pela interação, interseção e colaboração entre as profissões, a fim de reorientar a formação em saúde.

Neste estudo, as dimensões consideradas são os fatores que podem atuar como facilitadores para o sucesso, na promoção da EIP. No documento do Ministério da Saúde intitulado 'Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil', as dimensões foram divididas em três níveis: nível macro (políticas governamentais indutoras); nível meso (possibilidades de adoção da EIP nos contextos das instituições de ensino superior brasileiras); e nível micro (o desenvolvimento de competências colaborativas). Os resultados mostram que, além da interdisciplinaridade, destacam-se, nos PPCs, a citação de possíveis dimensões relacionadas ao nível meso, como a integração ensino-serviço-comunidade, e ao nível micro, como a atuação em equipe, a atuação multiprofissional e a habilidade de comunicação. Todavia, essas dimensões são citadas de forma imprecisa e inespecífica para o desenvolvimento de habilidades que possibilitem a formação de profissionais que trabalhem em equipe colaborativamente e com o mesmo propósito, como preconizado no campo interprofissional³².

Assim, em estudos de Salvador e Sant'Anna³⁵, e de Lima et al.³⁶, os PPCs

analisados demonstram que, para alcançar as reorientações requeridas no perfil profissional, a fim de inserir a EIP e capacitar os profissionais à assistência integral à saúde, são necessárias mudanças curriculares, contudo, estas acontecem de forma gradativa, complexa e mediante o tensionamento dos recursos humanos e estruturais das universidades e da rede de atenção à saúde local^{35,36}.

Conclusões

Observou-se que os cursos de graduação em saúde analisados inserem a EIP em seus projetos pedagógicos com referências pontuais e escassas, delegando sua implementação aos projetos de extensão, com destaque para o Programa PET-Saúde como principal forma de inserção. Apesar de os documentos apresentarem objetivos de formação embasados nos princípios do SUS, em sua maioria, não alcançam o conceito de interprofissionalidade, além de haver confusões entre outros termos, como a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade.

Ressalta-se a necessidade de apoio institucional a ações de EIP, bem como à capacitação docente quanto aos temas e suas dimensões, para a inclusão não somente no âmbito da extensão, mas também na estrutura curricular do ensino e da pesquisa. O presente trabalho não contempla a análise da percepção dos atores envolvidos nos processos de escrita e desenvolvimento dos PPCs e currículos, assim, sugere-se a realização de estudos que contenham entrevistas com os participantes do processo de planejamento dos documentos, a fim de analisarem-se os desafios e as facilidades para a implementação das ações em EIP na área da saúde.

Colaboradoras

Benevides R (0000-0001-7342-7249)* contribuiu para a concepção e o desenho do artigo;

aquisição, análise e interpretação dos dados; esboço do trabalho; e revisão crítica do artigo submetido. Miranda ES (0000-0002-6204-5023)* contribuiu com substanciais subsídios para a interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; e aprovação da versão final para publicação. Abrahão AL

(0000-0002-0820-4329)* contribuiu para a construção do trabalho, revisando o material de forma crítica em relação ao conteúdo. Pereira S (0000-0003-1538-4097)* contribuiu para a concepção e o desenho do artigo; análise e interpretação dos dados; esboço do trabalho; e revisão crítica do artigo submetido.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
2. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. Interface (Botucatu). 2018 [acesso em 2023 mar 25]; 22(supl2):1739-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.
3. Brasil. Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 Jan 2001.
4. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genebra: WHO; 2010.
5. Reeves S, Fletcher S, Barr H, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME. Med Teach. 2016 [acesso em 2023 mar 25]; 38(7):656-68. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>.
6. Shakhman LM, Omari OAL, Arulappan J, et al. Interprofessional education and collaboration: Strategies for implementation. Oman Med J. 2020 [acesso em 2023 mar 25]; 35(3):514-19. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7430136/.
7. Herath C, Zhou Y, Gan Y, et al. A comparative study of interprofessional education in global health care: A systematic review. Medicine (Baltimore). 2017 [acesso em 2023 mar 25]; 96(38):1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5617683/>.
8. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. Educ. Saúde. 2020 [acesso em 2023 mar 25]; 18(1):1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
9. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. J Interprof Care. 2005 [acesso em 2023 mar 25]; (19):8-20.
10. Rossit RAS, Freitas MAO, Batista SHSS, et al. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. Interface (Botucatu). 2018 [acesso em 2023 mar 25]; (22):1399-410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-576220170184>.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília, DF; 2007.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- [acesso em 2023 mar 25]. Disponível em: http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 Mar 2010.
 13. Burille A, Matos IB, Morrudo Filho CAR, et al. Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. *Rev Electron Comun Inf Inov Saúde*. 2013 [acesso em 2023 mar 25]; 7(4):1-13. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/523>.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 19 Nov 2013.
 15. Santana RR, Santana CCAP, Neto SBC, et al. Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde. *Educ Real*. 2021 [acesso em 2023 mar 25]; 46(2):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-623698702>.
 16. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 26 Fev 2018.
 17. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso em 2023 mar 25]; 22(67):1183-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>.
 18. Seixas PS, Coelho-Lima F, Silva SG, et al. Projeto Pedagógico de Curso e formação do psicólogo: uma proposta de análise. *Psicol Esc Educ*. 2013 [acesso em 2023 mar 25]; 17(1):113-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572013000100012>.
 19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70; 2012.
 20. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 13 Jun 2013; Seção I:59.
 21. Freire JR, Silva CBG, Costa MV, et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2023 mar 25]; 43(esp1):86-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>.
 22. Gomes MQ. A construção de projetos pedagógicos na formação de profissionais da saúde. *Interdiscip. J. Health Educ*. 2016 [acesso em 2023 mar 25]; 1(1):13-22. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/35/4>.
 23. Toassi RFC. *Interprofissionalidade na formação em saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2017.
 24. Oliveira FP, Santos LMP, Shimizu HE. Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2019 [acesso em 2023 mar 25]; 17(1):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00184>.
 25. Congresso Brasileiro de Nutrição. *Anais do XXVI Congresso Brasileiro de Nutrição – CONBRAN 2020 – Nutrição no Ensino, na Pesquisa e na Extensão*. R. Assoc. bras. Nutr. 2020 [acesso 2023 mar 25]; 11(2):905-06. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/2203>.
 26. Barr H, Gray R, Helme M, et al. Steering the development of interprofessional education. *J Interprof Care*. 2016 [acesso em 2023 mar 15]; 30(5):549-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1217686>.
 27. Vendruscolo C, Tombini LHT, Fonseca GS, et al. “PET-Saúde” Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. *Saúde Redes*. 2020 [acesso em 2023 mar 15];

- 6(2):275-87. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2430>.
28. Brinco R, França T, Magnago C. PET-Saúde/Interprofissionalidade e o desenvolvimento de mudanças curriculares e práticas colaborativas. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 mar 15]; 46(esp6):55-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E606>.
29. Conselho Nacional de Educação (Brasil). Resolução nº 7, de 18 de dezembro de 2018. Estabelece as Diretrizes para a Extensão na Educação Superior Brasileira e regimenta o disposto na Meta 12.7 da Lei nº 13.005/2014, que aprova o Plano Nacional de Educação. *Diário Oficial da União*. 19 Dez 2018.
30. Medeiros TM, Grande MEG, Medeiros PM, et al. Facilidades e dificuldades para implementação da educação interprofissional na atenção primária à saúde: revisão integrativa. In: Soares D, Silva PF. *Saúde Coletiva: Avanços e desafios para a integralidade do cuidado*. São Paulo: Editora Científica Digital; 2021. p. 243-254. [acesso em 2023 set 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.37885/210303717>.
31. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016 [acesso em 2023 set 5]; 20(56):185-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2023 set 5]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/51901/1/ConstruindoCaminhosPossiveis_Costa_2018.pdf.
33. Silva VO, Santana PMMA. Conteúdos curriculares e o Sistema Único de Saúde (SUS): categorias analíticas, lacunas e desafios. *Interface (Botucatu)*. 2015 [acesso em 2023 set 5]; 19(52):121-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0017>.
34. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013 [acesso em 2023 set 5]; 47(4):977-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.
35. Salvador LDS, Sant'Anna PA. Projetos Pedagógicos de Cursos de Saúde e sua Articulação com as Políticas Públicas para a Formação em Saúde no Brasil. *Rev. Docência Ensino Super*. 2017 [acesso em 2023 set 5]; 7(1):185-202. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2017.2165>.
36. Lima RRT, Vilar RLA, Castro JL, et al. A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018 [acesso em 2023 set 5]; (22):1661-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.046>.

Recebido em 05/07/2023

Aprovado em 24/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Conformação da ‘moderna’ enfermagem brasileira e interfaces com os Saberes Psi: um estudo historiográfico – 1932-1988

Conformation of the ‘modern’ Brazilian nursing and interfaces with Psy Knowledge: a historiographical study – 1932-1988

Kely Cristina Garcia Vilena¹, Rodrigo Lopes Miranda¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313914

RESUMO Neste estudo, objetivou-se descrever e analisar a circulação de Saberes Psi – Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria – na ‘Revista Brasileira de Enfermagem’ entre 1932 e 1988. Metodologicamente, é uma pesquisa historiográfica cujas fontes primárias foram 59 textos da referida revista que abordaram o conhecimento mencionado. Os resultados indicaram que os Saberes Psi eram objetos de interesse daquele coletivo que passou a divulgá-los no periódico e a introduzi-los nos currículos das escolas de enfermagem. Foram apropriados para compor o processo de conformação da enfermeira moderna por, pelo menos, três mecanismos: 1) ensino de psicologia voltado para a formação moral e comportamental da enfermeira; 2) ensino de psicologia, para sua capacitação na assistência ao doente, além da saúde do corpo; e 3) ensino de psiquiatria, para capacitar a enfermeira no cuidado com o adoecimento mental. Notam-se, portanto, os Saberes Psi circulando no coletivo de pensamento dos autores que publicavam na revista e, concomitantemente, coadunando com o estilo de pensamento Nightingaleano de formação da enfermeira considerada ideal. Logo, tais Saberes aludiram à conformação daquilo que seria considerada a enfermagem ‘moderna’ brasileira.

PALAVRAS-CHAVE História da enfermagem. Psicologia (história). Escolas de enfermagem.

ABSTRACT *This study aims to describe and analyze the circulation of Psy Knowledge – Psychology, Psychoanalysis, and Psychiatry – in the journal ‘Revista Brasileira de Enfermagem’, between 1932 and 1988. Methodologically, it is a historiographical research whose primary sources were 59 texts from the aforementioned journal that addressed such Knowledge. The results indicated that the Psy Knowledge were subjects of interest to that collective that started to publicize it, in the journal, and to introduce it in the curricula of the Nursing Schools. They were appropriated to compose the process of conformation of the modern nurse by, at least, three mechanisms, namely: 1) teaching of Psychology toward the moral and behavioral training of nurses; 2) teaching of Psychology for the training in patient care, in addition to health of the body; and 3) Psychiatry teaching to train nurses in caring for mental illness. Therefore, Psy Knowledge circulated in the thought collective of those authors who published in the journal and, concomitantly, in line with the Nightingale style of thought for the ‘ideal’ training of nurses. Hence, such Knowledge alluded to the conformation of what would be considered the ‘modern’ Brazilian nursing.*

KEYWORDS *History of nursing. Psychology (history). Schools, nursing.*

¹Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) – Campo Grande (MT), Brasil.
kelyvilhena@yahoo.com.br

Introdução

A década de 1920 foi importante na conformação da enfermagem moderna no Brasil, no bojo da Reforma Sanitária, sob forte influência estadunidense¹⁻⁴. Essa Reforma ensejou a vinda de um grupo de enfermeiras dos Estados Unidos da América (EUA), conhecido como 'Missão Parsons', com o propósito de servir como agente à nova concepção de saúde pública. Essa concepção era capitaneada por Carlos Chagas (1879-1934), então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Recrutadas pela Fundação Rockefeller nos EUA, tais profissionais tiveram como missão no País, inicialmente, desenvolver um centro de treinamento para enfermeiras visitantes de saúde pública no estado do Rio de Janeiro.

Diante disso, no ano de 1923, conforme o Decreto nº 16.330/1923, foi criada uma escola de enfermagem, nos moldes do padrão estadunidense, vinculada ao DNSP, que, em 1926, passou a se chamar Escola Anna Nery e, posteriormente, Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), que serviu de modelo para equiparação e criação das demais escolas de enfermagem no Brasil. Permaneceu por 18 anos como mantenedora do papel hegemônico de referência nacional de formação, o que passou a ser atribuição da Diretoria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Saúde no ano de 1940, por meio da Lei nº 775/1949⁵.

Por um lado, para os sanitaristas ligados ao DNSP, a necessidade de um novo agente nas questões de saúde do País visava complementar o trabalho do médico e resolver os problemas mais imediatos de sua prática cotidiana por meio da formação de enfermeiras visitantes de saúde pública, com o objetivo de educação sanitária e controle das epidemias. Por outro, o propósito daquelas enfermeiras estadunidenses era sustentar o arquétipo da enfermeira moderna na sociedade brasileira e, assim, construir a imagem de uma enfermeira solidamente preparada.

Personagens do período sinalizam que, para a admissão das alunas no curso, na EEAN, foi estabelecido um processo de recrutamento com critérios de seleção das candidatas sob o ponto de vista físico, moral, intelectual e de aptidão profissional⁶. Assim, a formação da enfermeira 'moderna' era necessária como vetor de 'modernização' da saúde brasileira. Nesse ínterim, fez-se mister o ensino de psicologia e de psiquiatria na formação das enfermeiras⁶, o que, por sua vez, aparecia no bojo dos pilares do Sistema Nightingale, particularmente, o ensino sistemático teórico e prático. Dessa forma, a disciplina de psicologia foi incluída no currículo de enfermagem por meio da Lei nº 775/1949; e, em 1962, o Conselho Federal de Educação, por meio do Parecer nº 271/1962, estabeleceu o ensino de psicologia geral entre os fundamentos de enfermagem.

Esta pesquisa objetiva identificar e analisar como os Saberes Psi – Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise – apareciam nos debates sobre a formação brasileira em enfermagem. Apesar de a década de 1920 ser um período marcante na institucionalização dessa enfermagem moderna, foi apenas nos anos 1930 que houve condições para o estabelecimento de uma revista nacional específica para o campo, a 'Annaes de Enfermagem'. O periódico foi escolhido por ser o primeiro veículo oficial da enfermagem brasileira, criado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) para ser o meio oficial de divulgação das produções na área no Brasil, sobretudo, ser um canal de comunicação com as egressas e associadas e, assim, fomentar a profissão⁷. Dessa forma, em decorrência das fontes primárias eleitas para o estudo, optou-se pelo recorte temporal de 1932 a 1988, compreendendo o ano de circulação do primeiro fascículo, 1932, até 1988, ano de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Outrossim, esta análise compreende a conformação da enfermagem moderna no País à luz do modelo de saúde pública brasileiro ao longo desse período.

Material e métodos

Metodologicamente, esta investigação se insere no campo da história da saúde⁸, na interface entre a história da enfermagem⁹ e a história da psicologia¹⁰. A pesquisa apoiou-se, particularmente, nos conceitos de Coletivo de Pensamento e Estilo de Pensamento¹¹. O primeiro conceito designa “a unidade social da comunidade de cientistas de uma disciplina”, e o segundo, “os pressupostos de pensamento sobre os quais o coletivo constrói seu edifício do saber”¹¹⁽¹⁶⁾.

Definição do *corpus documental*

O periódico ‘Revista Brasileira de Enfermagem’ veiculou seu primeiro fascículo no ano de 1932, denominado ‘Annaes de Enfermagem’, veiculado de 1932 a 1942, o qual teve seu título modificado para ‘Anais de Enfermagem’ (1946-1954) e ‘Revista Brasileira de Enfermagem’ (de 1955 em diante). Entre 1932 e 1988, o periódico publicou um total de 209 fascículos e, nesse sentido, 2.805 entradas de variadas tipologias. As modalidades de entradas incluíam editoriais, comunicados, discursos e artigos, entre outros. Dentro desse conjunto, foram selecionados 59 textos que, no título, atenderam ao seguinte critério de inclusão: conter, em seu título, alguma palavra com o prefixo ‘Psi’, por exemplo, ‘Plano para melhorar o tratamento hospitalar dos psicopatas’, ‘Estudo de caso de Enfermagem Psiquiátrica’ e ‘Aspectos Psicológicos da Hospitalização Infantil’. As fontes foram analisadas de maneira mista. Quantitativamente, isso aconteceu por meio de uma estatística descritiva, isto é, a frequência de algumas ocorrências, a partir da tabulação no Microsoft Excel[®]. Qualitativamente, os textos foram lidos segundo as técnicas de leitura seletiva e leitura reflexiva¹² para auxiliarem na interpretação do contexto de produção dos documentos. Como a nomenclatura que perdurou por mais tempo – tanto no geral quanto em nossa análise – foi ‘Revista

Brasileira de Enfermagem’, optou-se por padronizar seu uso ao longo de todo o texto. Todavia, tem-se ciência de que as mudanças de nomes vieram associadas a outras potenciais alterações do próprio periódico.

Resultados e discussão

A análise das fontes destaca o ensino de psicologia e de psiquiatria, particularmente: 1) ensino de psicologia endereçado à formação moral e comportamental da enfermeira; 2) ensino de psicologia para a capacitação da enfermeira na assistência ao doente além da saúde do corpo, isto é, um cuidado social e psíquico; e 3) ensino de psiquiatria para capacitar a enfermeira no cuidado com o adoecimento mental. Vale ressaltar, de antemão, que não se identificou a palavra psicanálise nos títulos nem em discussões no corpo das fontes que a ela se referissem. Outrossim, novos estudos poderiam procurar correlações entre os autores e suas formações com o intuito de buscar padrões nas abordagens, entre elas, a psicanalítica.

A formação moral da enfermeira moderna

As publicações no campo Psi voltadas para a formação moral e comportamental da enfermeira se concentraram entre os anos de 1934 e 1946. O ensino de psicologia e de psiquiatria aplicadas para a capacitação da enfermeira no cuidado ao paciente ficou distribuído entre os anos de 1947 e 1987. Nessa vertente, depreende-se que o estilo de pensamento nas discussões no campo Psi relaciona-se com o momento histórico em que foram produzidas, nas quais, no primeiro período, buscava-se, por meio do discurso médico e da enfermagem, proclamar a identidade à nova profissão que aspirava o reconhecimento social. No segundo período, procurava-se crescimento, consolidação e aparelhamento profissional por meio do

ensino da especialidade e diferenciação da formação, da assistência prestada pela enfermeira dos demais, por exemplo, atendentes e auxiliares de enfermagem.

Nessa direção, com a instituição da enfermagem dita profissional no Brasil pela missão Parsons, um dos principais anseios por parte dos médicos sanitaristas ligados ao DNSP e à Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) era resolver questões despontadas pela Reforma Sanitária, especialmente a política de higiene mental, com a formação de enfermeiras visitadoras. Para isso, o desafio era recrutar e formar enfermeiras que atendessem às necessidades vigentes à época, tendo em vista o perfil de profissional que se desejava formar, por meio de um rigoroso aprendizado teórico e prático, nos moldes do ensino da medicina, porém realizados por uma enfermeira treinada, além de moldar traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira¹³. Nessa direção, Olinto¹⁴ indica:

Mais do que qualquer outra, a enfermeira de [higiene mental] precisa possuir dotes [físicos, morais e intelectuais]. Boa compleição, [fisionomia] agradável, gestos e maneiras delicadas são condições de apresentação que despertam a [simpatia] do doente e de seus assistentes, sejam parentes ou amigos, uns e outros tarados ou não. Todos os predicados [morais] são, por assim dizer, indispensáveis, pois a [higiene mental] é a própria moral¹⁴⁽¹⁶⁾.

Concomitantemente, Pullen¹⁵, enfermeira estadunidense integrante da missão Parsons, que foi diretora da EEAN em duas gestões (1928-1931 e 1934-1938), apresenta conclusões sobre algumas funções das enfermeiras diplomadas. Entre tais considerações, ela assevera:

Todas as enfermeiras diplomadas devem poder aplicar, em qualquer situação profissional, os princípios de higiene mental que proporcionam um melhor entendimento dos fatores psicológicos da doença. As enfermeiras ainda não

entraram no campo da Enfermagem psiquiátrica instituída, em qualquer número elevado, embora as necessidades de sua assistência sejam grandes¹⁵⁽⁸⁾.

Assim, nota-se que aspectos psicológicos eram parte indispensável do 'ser enfermeira', tais como seus 'dotes' e 'gestuais', aspectos esses que se vinculavam aos 'predicados morais indispensáveis' para o trabalho em higiene mental. Nesse campo, percebem-se duas leituras sobre a higiene mental: por um lado, sua vinculação à moral – fala de Olinto –; por outro, os fatores psicológicos associados ao adoecimento – discurso de Pullen.

Outro texto de Olinto¹⁶ auxilia na observação de narrativas sobre a relevância do campo Psi para a formação da enfermeira moderna. Na fonte, vê-se:

Diante do ansioso, do perseguido, do obsedado, do deprimido, do torturado que se debate no conflito de suas ideias delirantes, as vossas qualidades de bondade, de complacências de tolerância serão solicitadas a cada passo e é preciso possuir fonte inesgotável de tais virtudes, pois do contrário, a vossa missão não será exercida como todos nós esperamos de vós. Sais desta Escola, e vosso caráter deve ser plasmado nos exemplos de benevolência que nos legou JULIANO MOREIRA, entre os tesouros dos ensinamentos de sua herança que, a cada momento, encontramos em todos os recantos desta Casa¹⁶⁽²⁴⁾.

Chamam a atenção as características apontadas como qualidades desejáveis à enfermeira (tais como bondade, complacência de tolerância etc.) e como elas seriam mais próprias à mulher e condizentes com profissões consideradas femininas. Ainda nas palavras de Olinto¹⁴⁽⁶⁾,

Toda a dedicação da mulher se exterioriza na enfermeira e na professora. Toda a dedicação da enfermeira e toda a dedicação da professora devem convergir na dedicação da monitora de

[higiene] mental que é enfermeira e professora, que tem [sic] diante de si dores [físicas] e dores [morais] a mitigar.

Em face do exposto, observa-se que uma das formas de traçar o perfil da enfermeira moderna foi pelo ensino de conteúdos Psi, mediante uma abordagem sobre formação moral e comportamental da futura profissional. Essa característica também aparece em outras fontes analisadas, como exemplificam os textos de Desmarais, publicados no ano de 1946, nos quais comunicava a introdução da disciplina de psicologia no curso de graduação em enfermagem. Na fonte, lê-se:

Mas, como se sabe, há anjos bons e anjos maus. Conheci algumas enfermeiras, em minoria felizmente, que se serviam de seu prestígio para fins repreensíveis, como, por exemplo, para explorar financeiramente seus clientes ou utilizá-los para a satisfação de um amor culpável. Na verdade, seria um anjo mau a enfermeira que utilizasse seu prestígio para extorquir dinheiro de pobres indigentes, transformando assim sua bela profissão num odioso comércio. Anjo mau, também, a enfermeira que sentisse prazer em despertar amor naqueles de quem cuidasse. Sem pensar no verdadeiro amor, divertir-se-ia com seus triunfos efêmeros, experimentando uma alegria diabólica em acender nos olhos de seus doentes a chama de um desejo perverso! Bom anjo, também, aquela que se esforça por tornar menos dolorosos, menos sombrios, os dias, os longos dias e os intermináveis meses dos doentes incuráveis. Bom anjo, enfim, aquela que se dedica desinteressadamente a um doente em agonia, durante dias e dias privando-se mesmo de suas folgas a fim de facilitar-lhe a passagem e assisti-lo durante esses momentos difíceis¹⁷⁽⁹⁾.

Nessa direção, nota-se que a enfermeira moderna teria que ocupar um certo lugar, ou seja, abnegada do seu tempo para ser boa. Esse lugar vai ao encontro das ideias de cuidado e como tais cuidados mantinham relação direta

com o lugar das profissões femininas outrora aventadas por Olinto^{16,18}. Além disso, quando Desmarais compara a enfermeira com um ‘anjo mau’ e descreve o ‘acender nos olhos de seus doentes a chama de um desejo perverso’, parece indicar a sedução sexual e, portanto, que havia algo do campo moral que precisava ser pensado, sobretudo, sobre um foco específico de população que era de ‘pobres indigentes’.

O mesmo autor apontou que o curso de psicologia experimental ajudaria a enfermeira a adquirir uma bela alma que a tornaria senhora do seu corpo, fazendo com se conservasse psicologicamente sã e irradiasse saúde psicológica em torno de si¹⁷. Retornando às fontes: “A enfermeira que conhece psicologia, mais facilmente que as outras, pode ser e permanecer um anjo bom”¹⁷⁽¹⁰⁾. Nessa vertente, em outro artigo publicado no periódico no mesmo ano, o autor indica:

Uma vida moral limpa, vivida na generosidade vos fortalecerá, preparando-vos magnificamente e dando-vos ao mesmo tempo, um encanto sem par. Além de vos tornardes encantadoras por vossas virtudes, procurai tornar-vos também, de belas qualidades intelectuais. Formando o espírito, mobilizando-o com os conhecimentos da Enfermagem e de uma cultura geral, sabeis conversar sobre cousas sérias. Como sois diferentes daquelas moças, bonitinhas como bonecas, bem sarapintadas, mas de cabeça leviana, tão leviana, que só se ocupam de futilidades; aquelas senhoritas que não são capazes de formar duas frases com nexo, sobre um assunto sério, [...] Vós conheceis o valor das qualidades de espírito! Sérias, vós o sois, mas para ser ainda mais, será necessário o desinteresse pelas qualidades físicas? Não, senhora. Modéstia não é sinônimo de desleixo; séria não quer dizer feia e mal-arranjada. Não hesiteis, pois, em usar vestidos que estejam na moda, evitando a extravagância, vestidos muito bonitos, muito elegantes que cantem através dos salões a possibilidade de aliar-se a elegância à modéstia¹⁸⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Destarte, as propostas de Desmarais sobre o papel do campo Psi na formação das enfermeiras, particularmente da psicologia, passavam pelo desenvolvimento moral que permitiria seu autocontrole para performar 'o anjo bom'. Isso implicava padrões comportamentais específicos e, ainda, a forma como se apresentava. Tais elementos estiveram presentes, como se viu, em outras obras do período^{14,16}. Entretanto, as fontes primárias sugerem que havia um duplo lugar para o ensino dos Saberes Psi – particularmente da psicologia –, a saber: ora como formação moral, ora como compreensão do adoecimento mental e, adicionalmente, o lugar do 'psiquismo' na relação com a doença.

A formação da enfermeira moderna e a assistência ao doente

O ensino dos Saberes Psi também objetivava capacitar a enfermeira para o cuidado com o paciente além da saúde do corpo, por meio de um cuidado social e psíquico, que iria contribuir para a reabilitação do paciente. Nas palavras de Prado¹⁹⁽²¹⁾:

A Psicologia entra em todos os ramos da vida e age em todas as profissões. Em uma das nossas aulas sobre o assunto, lembra-me com precisão, ter o professor falado da grande, ou talvez, da maior necessidade, dentre os conhecimentos da enfermeira, o da Psicologia. É dentro da Enfermagem, que se nos deparam todas as qualidades de elementos, que podem compor uma coletividade. Observamos que esses indivíduos com os quais temos contato, são seres que estão num plano baixo, de vida fisiológica, seres que sofreram um desfalque no seu estado mental, porque a interdependência entre vida mental e vida orgânica é fato autêntico. Uma completa a outra. 'As moléstias contrariam as tendências [sic]' afirmou um psicólogo. E prosseguiu: 'Refletidos sobre o meio, os conflitos das tendências [sic] dificultam os ajustamentos e o indivíduo sente-se embaraçado pelas suas próprias adaptações'. Concordo. Para um trabalho eficiente é deveras imprescindível que a

enfermeira encare todas essas situações pondo no seu labor, muito do seu próprio ego, tendo o espírito bastante livre e a alma suficientemente elevada para colocar a verdade ao lado dessas considerações. O grau de percepção e de compreensão que possuímos é o fruto dos nossos esforços prolongados¹⁹⁽²¹⁾.

Similarmente, Desmarais²⁰ discute sobre a necessidade do conhecimento da enfermeira sobre a natureza das paixões. Entender tal definição faria com que ela olhasse para o doente como um conjunto de corpo e alma, uma combinação de matéria e espírito. Assim, ela entenderia que o paciente não seria apenas um corpo em que os medicamentos devem provocar, mecanicamente, reações químicas determinadas. O paciente também seria um ser etéreo, no qual se encontrariam quase exclusivamente fenômenos psíquicos: imagens, lembranças, ideias, decisões etc.

A partir da mirada apresentada por Desmarais²⁰, a enfermeira seria capaz de acelerar a cura do seu paciente se soubesse despertar nele paixões positivas. Em suas palavras:

Toda enfermeira, com um pouco de experiência [sic], sabe que não é indiferente estar o seu paciente sob o domínio desta ou daquela paixão. Ela sabe que existem paixões positivas capazes de acelerar a cura ou ao menos auxiliar a suportar uma moléstia incurável; são elas: o amor, o desejo, a alegria, a esperança, a audácia. Ela conhece também a existência das paixões negativas, que anulam, retardam o efeito dos melhores medicamentos, e são: o ódio, a aversão, a tristeza, o desespero, o temor [...] A enfermeira, desejosa de utilizar as paixões positivas como terapêutica complementar da terapêutica médica, vai, pois, envidar esforços, para criar condições psicológicas e fisiológicas capazes de fazer despontar e manter as paixões favoráveis²⁰⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Assim, vê-se que os Saberes Psi apareciam também na atuação cotidiana da enfermagem

considerada moderna, que não necessariamente estava vinculada à enfermagem psiquiátrica. Prado¹⁹⁽²¹⁾ dá ênfase a “um desfalque no seu estado mental”, que guardaria relação com o adoecimento mental. Enquanto isso, Desmarais²¹ põe em evidência o campo das paixões – eventos internos –, que poderiam ser evocados pela enfermeira para o comprometimento do paciente para sua terapêutica. Dessa maneira, infere-se que a enfermeira deveria ser alguém capaz de compreender a relação entre a vida mental e a vida física do paciente, ou seja, compreender que os ‘desajustamentos’ físicos e psíquicos estariam relacionados com mecanismos desadaptativos na relação com o mundo.

A circulação de publicações no campo Psi parecem ter relação direta com eventos e aspectos legais relacionados com o processo de institucionalização e conformação da enfermagem oficial no Brasil caso se olhe para, pelo menos, três contextos. Primeiro, a criação da escola oficial modelo e a implantação do Sistema Nighthingale como forma de consolidar a profissão moderna no País e torná-la uma carreira de prestígio. Em segundo lugar, a promulgação da Lei nº 775/1949, que regulou o ensino de enfermagem no Brasil e definiu dois níveis básicos para seu ensino, em que as escolas de enfermagem passaram a ser reconhecidas e não mais equiparadas à EEAN. Por fim, a promulgação da Lei nº 2.604/1955, que regulou o exercício da enfermagem profissional no País, porém, não definiu especificamente as atribuições das enfermeiras e auxiliares, sendo contempladas apenas em 1986, com a atual lei do exercício profissional, a Lei nº 7.498/1986.

Consequentemente, nota-se que os Saberes Psi como vetores de formação moral e comportamental da enfermeira se concentraram entre os anos de 1934 e 1946, indo ao encontro das necessidades de sua formação, da consolidação da profissão naquele período e da valorização de sua figura. O ensino daqueles Saberes objetivava modelar o comportamento das futuras enfermeiras, confluindo com o

perfil idealizado desde 1923, com a criação da EEAN. As temáticas Psi aplicadas para a capacitação da enfermeira no cuidado ao paciente ficaram distribuídas, por sua vez, entre os anos de 1947 e 1987. Isso pode dever-se a diferentes fatores, tais como: 1) a promulgação da Lei nº 775/1949; 2) as mudanças nos critérios de seleção de candidatas para as escolas de enfermagem; e 3) a criação do curso de auxiliar de enfermagem. Conjuntamente, isso exigiria mudanças nas discussões sobre o perfil da Enfermeira, isto é, os critérios comportamentais e morais deixavam de ser o centro das discussões e davam lugar para discussões sobre capacitação e conhecimento científico, na busca por legitimar um saber especializado para a enfermagem, por campo de atuação, o qual convergiu para discussões sobre o ensino e a pós-graduação na carreira. Além disso, faziam-se necessárias as discussões sobre o conhecimento e o papel da enfermeira em detrimento dos auxiliares de enfermagem e dos atendentes de enfermagem.

Nesse cenário, a partir do ano de 1947, encontram-se discussões sobre o ‘conceito psicossomático da Enfermagem’ e o ‘valor psicológico no cuidado integral’. Tais debates destacavam os avanços no conhecimento da medicina relacionados com tratamento, cura e prevenção de doenças, bem como as funções da enfermeira diante desses progressos, entre eles, a necessidade do entendimento do conceito psicossomático contribuindo para um cuidado integral. Por exemplo, uma paciente negligenciada pelo marido, com colite ulcerativa, poderia sofrer uma recaída cada vez que ele a visitasse; ou, ainda, um homem com úlcera péptica enfrentando uma segunda hemorragia provavelmente nunca se restabeleceria, exceto se suas dificuldades conjugais fossem removidas. Nas fontes, vê-se:

Para que se possa compreender a etiologia de tais condições e planejar uma terapia racional é necessário o estudo da personalidade do paciente e dos problemas emocionais contra os quais ele muitas vezes procura reagir, mas

falha. [...] Já é tempo para que nós enfermeiras substituamos o chamado 'senso comum' por uma observação científica e estudo do comportamento humano. [...] As enfermeiras devem, portanto, estar a par do dinamismo no desenvolvimento da personalidade, do papel que desempenha o meio nos ajustamentos humanos e das terapêuticas de suas prerrogativas e responsabilidades²¹⁽¹⁰⁸⁾.

Lê-se, ainda:

Compete-lhe [a enfermeira], não somente reconhecer sintomas físicos da doença, mas certas manifestações de desajustamento, tais como a ansiedade, conflitos e frustrações, manifestações que se acreditam ser resultantes de uma interação incompatível entre o homem e o meio²²⁽¹⁰²⁾.

Assim, os Saberes Psi apareciam como 'observação científica' e 'estudo do comportamento humano', que poderiam auxiliar na compreensão da 'personalidade' e nos 'ajustamentos humanos'. Isso, por sua vez, impactaria na adesão ao tratamento e, também, na compreensão do próprio adoecimento, por meio das características individuais dos pacientes. Os potenciais ganhos advindos do campo Psi apareciam, ainda, em outras esferas: 1) na assistência psicológica direcionada ao cuidado da criança e no cuidado com os pais²³⁻²⁵; 2) no cuidado com o paciente cirúrgico^{26,27}; e 3) ao portador de cardiopatias congênitas²⁸, entre outros^{29,30}.

A formação da enfermeira moderna e a enfermagem psiquiátrica

Os Saberes Psi apareciam, concomitantemente, contribuindo para o ensino de psiquiatria no cuidado com o adoecimento mental. Um dos primeiros textos publicados nessa seara, em 1946, foi uma tradução de um manuscrito estadunidense feita por Amália Correia de Carvalho (1918-2011), então aluna da Escola de Enfermagem de São Paulo. O texto elencava

problemas no tratamento hospitalar dos 'psicopatas' e, entre eles: 1) o número expressivo de pessoas hospitalizadas em instituições psiquiátricas nos EUA; 2) a falta de pessoal competente e de boas instalações nos hospitais destinados ao tratamento das doenças mentais; e 3) as medidas inadequadas para prevenir e tratar as doenças mentais confluindo com perdas para sociedade em função da diminuição da produtividade humana. No referido documento:

Aconselhamos fortemente, contudo, a cooperação entre os hospitais estaduais e essas escolas de Enfermagem, onde for possível, de sorte que as estudantes de Enfermagem possam fazer um bom estágio em psiquiatria e as enfermeiras do hospital recebam o forte estímulo de um ambiente educacional. Além disso, deveriam proporcionar-se cursos de orientação psiquiátrica ao corpo de Enfermagem³¹⁽³⁰⁾.

Posto isso, entre as várias discussões para tratamento dos doentes mentais, havia aquela sobre a necessidade de formação de enfermeiras com experiência no cuidado com o doente mental, especialmente com estágio em hospitais psiquiátricos, durante o período de formação nas escolas de enfermagem.

Os principais objetivos da enfermagem psiquiátrica, apontados pelas fontes, deveriam ser a conquista do bem-estar do paciente e seu restabelecimento. Nessa direção:

De maneira geral e sumária, são principalmente os seguintes [encargos da enfermeira psiquiátrica]: Executar as ordens do médico, manter a rotina do pavilhão, preparar o paciente para os tratamentos e auxiliá-los no que necessitar. Procurar dar ao paciente o maior conforto, dentro das possibilidades de seu estado mental, principalmente, do ponto de vista emocional. Conseguir a simpatia e procurar modificar a conduta e as atitudes anômalas do paciente. Promover um ambiente hospitalar sadio, calmo e harmonioso, com atividades práticas, facilitando em tudo o trabalho do médico. Para finalizar,

desejamos apenas lembrar que a Enfermagem psiquiátrica tem a sua característica especial: se uma pessoa que fratura um braço necessita receber cuidados eficientes de Enfermagem por uma enfermeira que compreenda a sua personalidade com todos os seus sentimentos de amor e ódio, muito mais ainda isto se torna necessário, quando se trata de um paciente mental³²⁽⁸⁷⁾.

No mesmo sentido, a enfermagem psiquiátrica, nas palavras de Barcellos³³⁽⁸⁹⁾, deveria ser

Uma arte através da qual a enfermeira auxilia seu paciente, por todos os meios possíveis, a se tornar socialmente ajustado. Ela não se limita a nenhum órgão específico ou aparelho do corpo humano pois trata do indivíduo como um todo. Em outras palavras, a enfermeira psiquiátrica é interessada no bem-estar físico de seus pacientes, em suas ideias sobre si mesmo, em suas reações com as pessoas que tentam o ajudar e no seu ajustamento às rotinas do hospital, aos outros pacientes, à sua família e amigos.

Nesse contexto, a autora especificou quais seriam, então, as funções da enfermeira psiquiátrica:

Antes de fazer qualquer tentativa para ajudar seu paciente, ela deverá observar e procurar descobrir o que o diferencia da média dos indivíduos bem ajustados. Em segundo lugar, deverá ter capacidade para compreender os sinais, sintomas e reações que observou; procurará compreender os problemas e conflitos dos pacientes e conhecer alguma coisa sobre o ambiente em que se desenvolveu sua moléstia e seu ajustamento à vida antes de se tornar um doente mental. Em terceiro lugar, ela deverá ter capacidade para anotar suas observações com tal precisão que outras pessoas possam se beneficiar com elas. Em quarto lugar, finalmente ela deverá fazer um plano de Enfermagem psiquiátrica, que siga os objetivos terapêuticos, para que cada paciente encontre neles aquilo que necessita individualmente³³⁽⁸⁹⁾.

Desse modo, ao tratar do perfil da enfermeira psiquiátrica, notam-se dois discursos em destaque: 1) o discurso médico, apontando para um comportamento esperado e estereotipado das enfermeiras, submisso ao médico e ao mesmo tempo produtivo; e 2) o discurso das enfermeiras, no qual a enfermeira psiquiátrica deveria ter preparo especializado no aspecto científico e psicológico, procurando dar visibilidade à profissão como essencial ao País, com impacto da sua imagem no cenário da saúde.

Nesse âmbito, notam-se discussões com ênfase no ensino teórico-prático das futuras enfermeiras e, particularmente, no campo da enfermagem psiquiátrica. Ungaretti³⁴ sinaliza que os estudantes chegavam em seu estágio com uma ‘base de psicologia’ estudada nos anos anteriores e, com isso, já teriam conhecimento sobre “o dinamismo do comportamento humano e higiene emocional, ipso facto capacitados a compreenderem a Enfermagem psiquiátrica”³⁴⁽²⁸⁵⁾. Assim, durante sua formação, a enfermeira moderna poderia observar “aquelas mesmas características das fases o desenvolvimento da personalidade [...] estudadas no indivíduo ‘normal’ [...] nos indivíduos anormais”. Similarmente, Fernandes³⁵ diz:

É imprescindível que as estudantes façam um estágio em Clínica Neurológica antes de iniciarem Enfermagem Psiquiátrica, dada a grande relação existente entre essas duas especialidades e para que tenham oportunidade de conhecer as perturbações psíquicas determinadas por afecções neurológicas, bem como as doenças neurológicas que, em um certo ponto de sua evolução, se tornam casos psiquiátricos³⁵⁽³⁸⁵⁾.

Com isso, nota-se que a formação da profissional moderna passaria, necessariamente, por vivências práticas no campo Psi. Por um lado, isso aparecia na maneira de operacionalizar as ‘paixões’ indispensáveis para a terapêutica daqueles adoecidos²⁰. Por outro, tais vivências auxiliariam na observação das distinções entre a ‘personalidade normal’ e a ‘anormal’ e, por conseguinte, as habilitaria ao trabalho na

enfermagem psiquiátrica. As fontes sugerem que havia uma premissa amparando tais reflexões: a correlação entre instâncias psíquicas e físicas nos processos de adoecimento.

Como pano de fundo de tais propostas, consideram-se as mudanças legais no ensino e no exercício da enfermagem no Brasil. Entre as décadas de 1940 e 1950, foram instauradas as Leis nº 775/1949 e nº 2.604/1955, que delimitavam atribuições à enfermeira. Em vista disso, infere-se que, de modo geral, a circulação de textos no periódico, a partir da década de 1950, procurou indicar, especialmente, três principais questões: 1) adequar os currículos das escolas de enfermagem como forma de aprimorar o ensino e, conseqüentemente, formar enfermeiras capazes de atender às demandas de suas atribuições; 2) fomentar o papel da enfermeira em diversos campos de atuação, para além daqueles descritos na referida Lei nº 2.604/1955, compreendidos na atual lei do exercício profissional, Lei nº 7.498/1986; e 3) legitimar o *status* da enfermeira e os vários locais que deveriam ser ocupados pelas 'diplomadas', ainda exercidos por atendentes ou enfermeiras 'não diplomadas'.

Considerações finais

Aos Saberes Psi, foram creditados, nas fontes pesquisadas, impactos na conformação da enfermeira moderna a partir do seu ensino. Inicialmente, a instrução de psicologia ensinando a formação moral e comportamental da enfermeira e, em seguida, objetivando a capacitação na assistência ao doente, além da saúde do corpo, isto é, um cuidado social e psíquico. Por fim, o ensino de psiquiatria contribuindo para o cuidado com o adoecimento mental.

Um exemplo do primeiro mecanismo são os textos que circularam sobre a aplicação da psicologia para a enfermagem no sentido de moldar um comportamento ideal de uma enfermeira, por exemplo, a comparação da enfermeira com um 'anjo bom' e outro 'mau'; a influência do aspecto 'psíquico' sobre o corpo

e a necessidade de a enfermeira possuir uma bela alma, senhora do seu corpo. No segundo caminho, há manuscritos destacando a necessidade de a enfermeira conhecer o doente integralmente, e não só cuidar de suas moléstias corporais, ou seja, cuidados com curativos e administração de medicamentos, mas considerar seu estado emocional, passível de alterações pela sua condição de saúde, convergindo para o desajustamento do indivíduo ao meio, o que prejudicaria o processo de reabilitação. Já no terceiro, há fontes sobre a necessidade do conhecimento em psiquiatria abordando, especialmente, a contribuição da enfermeira ao médico nos transtornos mentais, para o ajustamento daquele indivíduo.

Vê-se, portanto, que os Saberes Psi foram apropriados quando associados ao intuito de construir um perfil de enfermeira ideal, instrumentalizados por meio do ensino teórico e prático das disciplinas que passaram a compor a grade curricular das escolas de enfermagem do País. Os aspectos psicológicos eram parte indispensável do 'ser enfermeira', tais como seus 'dotes' e 'gestuais'. Esses aspectos se vinculavam aos 'predicados morais indispensáveis' para o trabalho das enfermeiras. Nesse campo, por um lado, há o discurso médico, que procurou resolver questões despontadas pela Reforma Sanitária, especialmente a política de higiene mental; por outro, notam-se os fatores psicológicos associados à doença, no discurso da enfermagem, que aspiravam ao reconhecimento social. Além disso, viu-se o campo Psi indo ao encontro do estilo de pensamento Nightingaleano pela via da formação moral e comportamental da enfermeira. Logo, os resultados aludem às contribuições dos Saberes Psi para a 'modernização' da enfermagem e, portanto, para sua profissionalização. Tais Saberes tornar-se-iam relevantes no desenvolvimento dessa carreira.

Finalmente, faz-se mister reconhecer limitações da pesquisa – e, dentre essas, destacam-se três. Primeiro, homogeneizou-se a 'Revista Brasileira de Enfermagem' em decorrência dos critérios analíticos estabelecidos. Assim,

perderam-se nuances das mudanças realizadas no periódico e, quiçá, nos próprios interesses gerais da ABEn, para além dos nomes. Dessa forma, novas pesquisas poderiam ter enfoque em analisar e contrastar os ‘Annaes de Enfermagem’ (1932), os ‘Anais de Enfermagem’ (1946) e a ‘Revista Brasileira de Enfermagem’ (1955 em diante) de forma não monolítica. Em segundo lugar, a história da enfermagem, como se observou nas fontes, articula-se à história da mulher e de sua inserção profissional no País. Não era interesse central desta investigação enfatizar tais aspectos, logo, novos estudos precisam lançar luz às compreensões da figura de mulher, claramente atravessada por marcadores étnico-raciais, classistas, etaristas etc. Por último, há necessidade de futuras discussões sobre como os currículos de formação da enfermeira ‘moderna’ bem como suas premissas apareciam tanto na revista quanto em suas predecessoras. Isso pode ajudar a desvelar

nuances das relações entre saber e poder (por exemplo, médicos, enfermeiras etc.) bem como dos condicionantes filosóficos e teóricos de tal formação. Entretanto, as limitações não prejudicam as conclusões que ora se apresentam. De mais a mais, os resultados convidam a refletir sobre como determinados objetos do campo Psi circularam e foram apropriados pela enfermagem brasileira e como essa apropriação contribuiu para o processo de socialização do campo de conhecimento, bem como para a sua conformação como profissão moderna.

Colaboradores

Vilena KCG (0000-0003-2276-6165)* e Miranda RL (0000-0003-3222-7368)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Tamano LTO. “O movimento sanitário no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora”. *Khronos* (São Paulo). 2017 [acesso em 2022 nov 23]; (4):102-115. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/khronos.v0i4.131909>.
2. Rizzotto MLF. *História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública*. Goiânia: AB; 1999.
3. Ferreira VA, Kebian LVA, Acioli S. O cuidado de enfermagem no campo da saúde pública: reflexões sobre suas possibilidades. *Saúde debate*. 2011 [acesso em 2022 nov 23]; 35(90):437-444. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341766011.pdf>.
4. Rosário N. Oswaldo Cruz e a questão da Saúde. *Saúde debate*. 1977 [acesso em 2022 nov 23]; (4):29-34. Disponível em: https://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.4&pesq=&x=85&y=5.
5. Kruse MHL. *Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado*. *Rev. Bras. Enferm.* 2006 [acesso em 2022 nov 23]; 59(esp):403-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000700004>.
6. Paixão W. *História da Enfermagem*. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis; 1979.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Mancia JR. Revista Brasileira de Enfermagem e seu papel na consolidação profissional. [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2007. [acesso em 2022 nov 23]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/90549>.
8. Teixeira LA, Pimenta TS, Hochman G, organizadores. História da Saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2018.
9. Padilha MI, Borenstein MS, Santos I, et al., organizadores. Enfermagem: história de uma profissão. 3. ed. São Paulo: Editora Difusão; 2020.
10. Portugal FT, Facchinetti C, Castro AC, organizadores. História social da psicologia. Rio de Janeiro: Nau; 2018.
11. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
12. Lima TCS, Miotto RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Rev Katálysis. 2007 [acesso em 2022 nov 23]; 10(esp):37-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>.
13. Backes VMS. O legado histórico do Modelo Nightingale: Seu estilo de pensamento e sua práxis. Rev. Bras. Enferm. 1999 [acesso em 2022 nov 23]; 52(2):251-264. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000200012>
14. Olinto P. Aptidões e deveres da enfermeira de Hygiene Mental. Annaes Enferm. 1933; (2)2:16.
15. Pullen LB. Obrigações da enfermeira no presente e no futuro. Annaes Enferm. 1935; (3)7:3-9.
16. Olinto P. Discurso proferido pelo paraninfo da turma de enfermeiros do hospital psiquiátrico em sessão de grau em dezembro de 1934. Annaes Enferm. 1935; (3)7:24-25.
17. Desmarais MM. Lições de Psicologia Aplicada à Enfermagem. Anais Enferm. 1946; 15(18):9-13.
18. Desmarais MM. Lições de Psicologia Aplicada à Enfermagem: O amor e a Enfermeira. Anais Enferm. 1946; 15(20):13-16.
19. Prado DP. Psicologia e a sua influência na enfermagem. Annaes Enferm. 1934; 2(5):21.
20. Desmarais MM. Lições de Psicologia Aplicada à Enfermagem. Anais Enferm. 1946; 15(19):9-12.
21. Verderese ML. Conceito Psico-somático da Enfermagem. Anais Enferm. 1948; 1(3):107-109.
22. Verderese ML. Valor Psicológico no Cuidado Integral do Paciente em contraste com o Cuidado Funcional. Anais Enferm. 1949; 2(3):101-106.
23. D'Andrea FF. Aspectos psicológicos da hospitalização infantil. Rev. Bras. Enf. 1962; 15(5):417-423.
24. Felix Maria SCJ. Desenvolvimento do Comportamento Psíquico e Emocional da Criança dos Três aos Cinco Anos. Rev. Bras. Enf. 1964; 17(3/4):98-113.
25. Martins HAL. Aspecto psicológico do cuidado dos recém-nascidos e problemas emocionais dos pais prematuros. Rev. Bras. Enf. 1956; 9(2):61-66.
26. Gilbertoni J. Assistência psicológica ao paciente para a cirurgia. Rev. Bras. Enf. 1967; 20(4):278-289.
27. Neder M. Implicações psicológicas nas cirurgias de mão. Rev. Bras. Enf. 1973; 26(3):209-213.
28. Barbato MG, Koizume MS, Engel ED. Problemas Psicossócio espirituais dos coronariopatas internados em unidades coronarianas. Rev. Bras. Enf. 1982; 35(1):7-16.
29. Garcia TR. Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial. Rev. Bras. Enf. 1985; 38(3/4):281-288.
30. Horta WA, Lane STM, Candelier EM, et al. Significado psicológico da dor para enfermeiros e médicos. Rev. Bras. Enf. 1976; 29: 96-99.

31. Carvalho AC. Saudação aos congressistas - feita pela presidente do I Congresso Regional Sul-americano do CICIAMS. *Rev. Bras. Enf.* 1976 [acesso em 2022 nov 23]; 29(3):14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-716719760003000004>.
32. Arruda J. Considerações Gerais sobre Enfermagem Psiquiátrica. *Anais Enferm.* 1948; 1(2):80-87.
33. Barcelos E. *Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo. *Anais Enferm.* 1951; 4(1):86-89.
34. Ungaretti NM. Orientação da Cadeira de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Porto Alegre. *Rev. Bras. Enf.* 1956; 9(4):285-294.
35. Fernandes DB. Plano de Ensino de Enfermagem Psiquiátrica. *Rev. Bras. Enf.* 1959; 12(4):380-403.

Recebido em 28/11/2022

Aprovado em 12/07/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

(bolsa colaborador; bolsa doutorado). Conselho Nacional de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Chamada

CNPq nº 09/2020 - Bolsa de Produtividade em Pesquisa).

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

(Capes), Programa de Apoio à Pós-graduação (Proap)

O significado da atenção à mulher vítima de Violência Doméstica no contexto da Atenção Primária à Saúde

The meaning of care for women victims of Domestic Violence in the context of Primary Health Care

Gicelle Galvan Machineski¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313915

RESUMO Objetivou-se compreender o significado da atenção às mulheres vítimas de Violência Doméstica sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Realizou-se um estudo descritivo, qualitativo, com a abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. Participaram da pesquisa 22 profissionais de municípios da 10ª Regional de Saúde do Paraná. A coleta das informações foi realizada entre abril e setembro de 2020, por telefone, por meio de entrevista fenomenológica, utilizando-se o aplicativo RecorderR, e foram analisadas segundo o método fenomenológico. Construíram-se as seguintes categorias: a Violência Doméstica como algo muito comum e complexo; baixa demanda pela assistência diante do grande número de casos; e falta de conhecimento profissional para prestar o atendimento. O estudo contribuiu para a compreensão da atenção às vítimas no contexto da pesquisa, dos desafios para a integralidade e para a reflexão e elaboração de políticas de saúde voltadas ao tema.

PALAVRAS-CHAVE Violência. Violência Doméstica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The objective was to understand the meaning of care for women victims of Domestic Violence from the perspective of Primary Health Care professionals. A descriptive, qualitative study was carried out, with the social phenomenology approach of Alfred Schütz. Twenty-two professionals from municipalities of the 10th Health Regional of Paraná participated in the research. Information was obtained between April and September 2020, by telephone, through a phenomenological interview, using the RecorderR application, and was analyzed according to the phenomenological method. The following categories were created: Domestic Violence as something very common and complex; low demand for care given the substantial number of cases and lack of professional knowledge to provide care. The study contributes to the understanding of care provided for victims in the research's context, the challenges for the integrality and for the reflection and elaboration of health policies focused on the theme.*

KEYWORDS *Violence. Domestic Violence. Primary Health Care.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
gmachineski@gmail.com



Introdução

A Violência Doméstica (VD), abordada neste estudo, caracteriza-se como aquela que é infligida contra as mulheres¹. Sobre a violência contra a mulher, a Lei nº 11.340/2006 traz em seu artigo 5º que

[...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial²⁽²⁾.

No mundo, uma em cada três mulheres sofreu violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante a vida. 42% das mulheres vítimas de violência por parte do parceiro relatam lesões como consequência da violência; 30% das mulheres que estiveram em um relacionamento relatam ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual na vida por parte de seu parceiro; e 20% das mulheres relatam terem sido vítimas de violência sexual na infância³.

O Brasil ocupava, no ano de 2015, num grupo de 83 países com dados homogêneos, fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a pouco recomendável 5ª posição no número de homicídios de mulheres no mundo. E as taxas eram 48 vezes maiores que as do Reino Unido; 24 vezes maiores que as da Irlanda ou Dinamarca; e 16 vezes superiores às do Japão ou da Escócia. Além disso, a maioria das vítimas era mulher negra, entre 18 e 30 anos, e o crime acontecia em ambiente doméstico⁴.

Quanto ao tipo de violência, a física era, em 2015, a mais frequente, presente em 48,7% dos atendimentos; e, nas fases jovem e adulta, ela chega a representar perto de 60%. Seguida da violência psicológica, com 23%, e da sexual, com 11,9% dos atendimentos, especialmente entre crianças com até 11 anos de idade e adolescentes (24,3%)⁴.

Em 2019, segundo Cerqueira⁵, o número de homicídios no Brasil correspondeu a uma taxa

de 21,7 mortes por 100 mil habitantes, inferior ao encontrado para todos os anos desde 1995, porém, o dado deve ser visto com cautela em função da deterioração na qualidade dos registros oficiais. O mesmo ocorreu com o registro do número de mulheres assassinadas naquele ano. Entretanto, fatores como a mudança do regime demográfico rumo ao envelhecimento da população e a diminuição do número de jovens; a implementação de ações e programas qualificados de segurança pública em alguns estados e municípios brasileiros; e o Estatuto do Desarmamento contribuíram para a diminuição dos homicídios. E quanto a etnia, faixa etária e local do crime, em 2019, observou-se a mesma tendência do estudo realizado em 2015.

Importante salientar que a VD tem diferentes interpretações de acordo com as crenças, os valores e as tradições da população, o que se estende para os profissionais de saúde. E as discussões sobre o tema fundamentam-se em questões de gênero, baseadas somente no sexo biológico. Essa diferenciação resulta nas relações de poder, de força e de dominação, que podem culminar nas diversas formas de violência contra a mulher. Tais relações, desiguais e assimétricas, expressam-se nas normas e condutas esperadas para homens e mulheres, fazendo que certos comportamentos violentos sejam naturalizados pelo senso comum^{6,7}.

Estudos epidemiológicos demonstram que a violência contra a mulher, geralmente, é praticada pelo próprio parceiro íntimo, no ambiente doméstico, o que silencia a maioria dos casos. No entanto, as notificações de VD são alarmantes e cresceram sobremaneira durante o pico da pandemia da Covid-19, quando as mulheres foram obrigadas a conviver com seus agressores em virtude da situação sanitária e, até mesmo, das condições financeiras decorrentes do período emergencial. Em 2019, dos 3.739 homicídios de mulheres no Brasil, 1.314 (35%) foram categorizados como feminicídios, sendo que 88,8% deles foram praticados por companheiros ou ex-companheiros⁸.

Nesse sentido, é importante considerar que o enfrentamento à violência contra a

mulher contempla acolhimento das denúncias, aumento das equipes nas linhas diretas de prevenção e resposta à violência, ampla divulgação dos serviços disponíveis, capacitação dos trabalhadores da saúde para identificar situações de risco e a expansão e o fortalecimento das redes de apoio, incluindo a garantia do funcionamento e ampliação do número de vagas nos abrigos para mulheres sobreviventes. Inclui, ainda, reforçar a importância das redes informais e virtuais de suporte social e o uso de estratégias como a busca de ajuda usando palavras-código para informar a violência⁹.

Globalmente, durante a pandemia da Covid-19, concomitantemente ao agravamento da violência contra a mulher, aconteceu a diminuição do acesso a serviços de apoio às vítimas, particularmente, nos setores de assistência social, saúde, segurança pública e justiça. Isso explica a redução da procura devido ao medo de contágio pelo Sars-Cov-2⁸.

Tem-se como premissa que o cuidado à vítima de VD deve ser oferecido na rede de serviços de saúde, bem como na rede inter-setorial, que engloba todos os componentes envolvidos na atenção àqueles que necessitem de assistência em decorrência de ato violento. Incluem-se nessa rede a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus diferentes dispositivos de cuidado, como as unidades básicas de saúde, as unidades de saúde da família, os consultórios de rua, as equipes de apoio da atenção residencial de caráter transitório e os centros de convivência, colocando-se, assim, como componente da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)^{10,11}.

E, sendo uma questão de saúde pública, a ocorrência de VD deve ser tratada pelos profissionais de saúde a partir de um cuidado relacional e sensível, que extrapole os limites do físico, livre de preconceitos, juízo de valor e estereótipos de gênero^{6,12}.

A VD se caracteriza como um aspecto de cuidado também em saúde mental, e a APS é a porta de entrada do sistema de saúde e o primeiro componente da Raps a ser buscado pela vítima. Além disso, constitui-se em serviço

que atua longitudinalmente com a família e a comunidade territorial e realiza a articulação com a assistência curativa e a prevenção e promoção da saúde, assistindo as mulheres que a buscam com ou sem queixas de adoecimento¹³.

Diante do exposto, é relevante que os profissionais da APS compreendam o que é a VD e quais são os seus impactos para a vida e a saúde da vítima, assim como de que maneira ela deve ser assistida a fim de garantir sua segurança e seus direitos.

Assim, o presente estudo teve como objetivo compreender o significado da atenção às mulheres vítimas de VD na APS sob a ótica dos profissionais da APS.

Metodologia

Estudo descritivo, qualitativo, com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. Participaram da pesquisa 22 profissionais que atendem mulheres vítimas de VD, da 10ª Regional de Saúde do Paraná, os quais foram indicados pelos gestores dos municípios como sendo os atores principais que atendem essa clientela, e aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos gestores, coordenadores da atenção básica e enfermeiros que atuavam diretamente no atendimento às vítimas de VD dos referidos municípios. Foram excluídos da pesquisa os que estavam em férias, com atestado ou de licença, bem como aqueles que, após três tentativas de contato, não foram localizados.

A coleta das informações foi realizada entre os meses de abril e setembro de 2020, por telefone, pois, em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi definida pela OMS como pandemia³. O TCLE foi lido durante a entrevista, realizada por chamada telefônica, e enviado ao profissional para que o devolvesse assinado.

Foi utilizada entrevista fenomenológica, com a seguinte questão norteadora: 'Fale-me o que você entende sobre a atenção à VD no

contexto da sua atuação'. Foram seguidos os passos do protocolo Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). As entrevistas foram gravadas pelo aplicativo RecorderR e transcritas na íntegra. Para garantir o anonimato, os profissionais foram identificados pela letra P, seguida de um algarismo arábico, conforme a ordem de realização, a saber: P1, P2, P3... P22.

As informações foram analisadas de acordo com o método fenomenológico para a construção das categorias concretas a fim de desvelar o significado que os profissionais de saúde dão à atenção à VD. Para tanto, foi realizada a leitura sequencial, detalhada e exaustiva dos depoimentos dos profissionais, buscando identificar as unidades de significado; leituras das unidades de significado, agrupando-as por convergência, para formar as categorias concretas do vivido desses profissionais. Esse movimento compreensivo analítico é baseado no referencial teórico-metodológico de Alfred Schutz^{14,15}.

O estudo foi aprovado pelo parecer 3.675.695 CAAE 23474819.0.0000.0107 e parecer 3.803.045 CAAE 23474819.0.3002.5225.

Resultados e discussão

Dos entrevistados, todos atuam no setor público, a idade variou de 26 a 60 anos, 21 são do sexo feminino e um do sexo masculino. Desses, 10 são enfermeiros, sete psicólogos e cinco assistentes sociais. Sendo que 18 deles possuem pós-graduação *lato sensu*; e 12 têm de um a cinco anos de atuação, três de cinco a 10 anos e oito de 11 a 15 anos.

A predominância do gênero feminino entre os profissionais de saúde revela a inserção da mulher no mercado de trabalho, a partir dos movimentos feministas, e em ocupações executivas de nível superior. E a divisão sexual do trabalho, que define, entre outros aspectos, a atividade laboral como sendo característica de homem ou de mulher. E as profissões da saúde têm sua força de trabalho constituída

majoritariamente pelo gênero feminino¹⁶⁻¹⁸.

A partir da análise, foram construídas as seguintes categorias sobre o significado da atenção à VD para profissionais da APS: a VD como algo muito comum e complexo; baixa demanda pela assistência diante do grande número de casos; e falta de conhecimento profissional para prestar o atendimento.

Na categoria 'a VD como algo muito comum e complexo', os profissionais de saúde percebem que ela se caracteriza de diversas formas, principalmente psicológica; as vítimas ainda procuram pouco os relatos que se tem dos casos; e as denúncias estão aumentando porque, possivelmente, a mulher está perdendo o medo de se expor.

[...] está aumentando a violência doméstica, de várias formas, como a psicológica [...] não sei se havia menos denúncia ou se menos casos, mas a gente tinha uma demanda muito menor. P6.

[...] envolve, principalmente, mulheres que nem têm a noção que vivenciam um tipo de violência, por isso que ela se torna tão ampla e tão complexa até o trabalho em relação a ela. P20.

[...] hoje tem aumentado muito. [...] a mulher perdeu o medo em denunciar [...] um número maior da violação dos direitos de violência contra a mulher. P22.

A violência é um fenômeno social, complexo e multifatorial que afeta pessoas, famílias e comunidades. E se constitui como um problema de saúde pública^{3,19}. Não se caracteriza como um fato novo. Nova é a preocupação com a superação dessa violência como condição necessária para a construção de nossa humanidade. E a judicialização do problema, que pode ser mobilizada para proteger as vítimas e/ou punir os agressores⁴.

Estudo realizado com mulheres iranianas maiores de 15 anos demonstrou que a prevalência de violência tem crescido desde 2015, sendo que o aumento da doméstica é maior que da social²⁰.

Na pandemia de Covid-19, os indicadores de países como China, Espanha e Brasil evidenciam que os casos de violência já existentes se agravaram, e, ao mesmo tempo, emergiram novos casos. Na China, os números da VD triplicaram; na França, houve um aumento de 30% das denúncias; e, no Brasil, estima-se que as denúncias tenham aumentado em até 50%. A Itália, assim como os demais países, também indicou que as denúncias de VD estão em ascensão. E, nos Estados Unidos, pesquisa demonstra que as chamadas para atendimento à VD aumentaram no período de distanciamento social, quando a recomendação era ficar em casa. Além disso, o período pandêmico impossibilitou o acesso de muitas mulheres aos serviços intersetoriais para o atendimento^{8,19,21}.

Os profissionais participantes da pesquisa identificam o conceito de VD. Entendem que, além dos aspectos físicos e mentais da violência, existem a violência verbal e a econômica. Porém, sentem-se inseguros para abordar o assunto da VD contra as mulheres, de modo que precisam ser capacitados para desenvolver habilidades interpessoais para realizar esse tipo de abordagem.

Nesse sentido, a atuação na APS necessita saber o que a equipe fará para acolher as mulheres vítimas de VD e quais serão os dispositivos da rede de serviços de saúde e intersetoriais necessários para tanto. Persistem obstáculos, como a redução das necessidades de saúde às patologias e questões estruturais da organização dos serviços, relacionadas ao tempo, protocolos, falta de segurança, de fluxos claros, de treinamento, de trabalho em equipe e de reconhecimento da rede intersetorial, que, ao serem contornados, possibilitarão a atenção integral à mulher vítima de violência^{13,22}.

Em estudo realizado no interior do Piauí, as informações dos profissionais de saúde vão de encontro aos achados desta pesquisa. Naquela realidade, os profissionais seguem um fluxo de atendimento a partir

da identificação do caso de violência pelo agente comunitário de saúde, assistência à vítima pela equipe da unidade de saúde e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), e realiza-se o projeto terapêutico singular; ou as mulheres podem acessar diretamente os profissionais do Nasf por livre demanda²³.

Essa compreensão se dá por meio do estoque de conhecimento à mão, das relações diretas e indiretas que se desenvolvem no mundo intersubjetivo. O estoque de conhecimento à mão se refere ao conhecimento adquirido por meio das experiências e vivências do indivíduo. As relações diretas podem se estabelecer face a face, quando os indivíduos se encontram de forma íntima e cotidiana. Já as relações indiretas acontecem com sujeitos do mundo da vida, que têm um tipo determinado, um ser contemporâneo que está distante no que se refere ao relacionamento^{15,24,25}.

Essas relações acontecem como ações com condutas que têm um determinado fim e são impulsionadas por intenções do ator que as realiza. E a significação dessas ações é exteriorizada pelo ator e pode ser compreendida pelo investigador social a partir dos motivos 'para' e 'por que', no âmbito da fenomenologia social^{15,24}.

Na categoria 'baixa demanda pela assistência diante do grande número de casos', os profissionais referem que isso acontece devido à subnotificação dos eventos violentos. A porta de entrada geralmente são as delegacias, e os casos não são repassados para os serviços de saúde. E poucas mulheres procuram as unidades de saúde ou dão continuidade aos atendimentos para os quais são referidas por insegurança, medo de se expor.

[...] com o que condiz com a nossa realidade, os números ainda são muito baixos o que chega até a gente [...] se é notificado, se é acompanhado, infelizmente, é muito baixo ainda. P1.

[...] os casos não chegam muito até a gente. [...] não tem um fluxo específico de atendimento às

vítimas [...] às vezes, sabemos e fazemos busca ativa, ou alguma vítima vem até a gente. P13.

A maior parte das mulheres não registra queixa, em especial, as com melhor condição econômica, por constrangimento e humilhação, ou por medo da reação de parceiros, de serem discriminadas, desacreditadas ou responsabilizadas por familiares, amigos, vizinhos e autoridades. Também é comum que o agressor ameace a mulher, caso revele o ocorrido. Além disso, os profissionais de saúde, muitas vezes, carecem de capacitação para reconhecer o problema que está gerando conflito para a vítima e seus dependentes, e age de forma inapropriada ao abordá-la²⁶⁻³⁰.

Em estudo de revisão integrativa, desvelou-se que os profissionais de saúde têm dificuldade de identificar e atuar nos casos de VD, pelo medo e constrangimento das vítimas, que, por isso, escondem o sofrimento³¹. Outro aspecto que pode contribuir para a baixa demanda por atendimento é o fato de que as mulheres, muitas vezes, desenvolvem resiliência frente às agressões, elucidando a subordinação da mulher ao homem, aceitando de modo passivo as desigualdades de direitos e escolhas, e da violência intrafamiliar, perpetuando, assim, a violência contra a mulher³².

Essa compreensão do número de casos de VD versus demanda das vítimas por assistência se caracteriza pela ausência da intersubjetividade. Os homens se compreendem e são compreendidos por outrem a partir de ações humanas caracterizadas pela reciprocidade de perspectivas, origem e distribuição social do conhecimento do eu, num mundo intersubjetivo. Esse que é compartilhado com os semelhantes, vivenciado e interpretado pelo eu e pelos outros, tornando-se de todos nós. E pelos motivos 'por que', que se definem pelas experiências prévias do sujeito^{15,24,25,33}.

E na categoria 'falta de conhecimento profissional para prestar o atendimento', os profissionais entendem que têm dificuldade de trabalhar com o tema, lidar com os casos

e realizar encaminhamentos. Isso porque também percebem uma rede de atendimento fragilizada.

[...] sinto falta de conhecimento mesmo, alguma rede, alguma assistente diferente para elas. Eu acho que falta isso. P14.

[...] mesmo que a gente realize os atendimentos necessários, ainda é bem falho, a gente não fortalece, não trabalha em rede com a vítima de violência doméstica [...]. P21.

[...] o máximo que você manda fazer é o BO e atendimento psicológico [...]. P12.

Muitas vezes, por desconhecimento ou desinformação das vítimas e/ou de operadores dos setores de segurança e saúde, as vítimas são erroneamente encaminhadas, sem que se colem em tempo hábil os vestígios da violência. E, embora as vítimas venham acompanhadas de serviços intersetoriais, há casos de vítimas desamparadas ou acompanhadas apenas de familiares, que procuram por conta própria o serviço e necessitam do auxílio da assistência social até mesmo para voltar para casa^{26,34}.

Há a necessidade de constante identificação da rede de atenção, que pode sofrer frequentes alterações, exigindo dos profissionais o conhecimento da rede de proteção contra a violência, que deve incluir os serviços intersetoriais da saúde, da segurança, jurídicos, entre outros. E, ainda, os profissionais podem ter formação inadequada, apresentar conflitos morais e éticos que culminam na culpabilização e responsabilização das vítimas, o que leva a uma invisibilidade da situação e, conseqüentemente, à ausência de notificação no sistema de vigilância em saúde. Isso decorre da escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos para esse fim e pela ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar. Assim, é necessária a educação permanente em saúde^{22,27,35,36}.

No entanto, em pesquisas com informações que divergem desta, foi possível entender que os profissionais podem utilizar de estratégias como acolhimento e empatia, estabelecimento de vínculo de confiança, diálogo e intencionalidade, ouvir para atender os casos de VD e sofrimento^{29,37,38}.

Nesse sentido, um estudo de *Scoping Review* trouxe que as mulheres perceberam no atendimento a escuta ativa, criação de vínculo e articulação dos serviços. Assim como falta de acolhimento; sentimento de insegurança, medo e humilhação. Sendo que as primeiras estratégias contribuíram para elaborar propostas de mudanças, reflexão por parte das mulheres, confiança e busca, para saída do ciclo da violência. Já a falta daquelas favoreceu o afastamento dos serviços e a permanência junto ao agressor^{36,39}.

Os profissionais deste estudo entendem que o estoque de conhecimento à mão é insuficiente para que possam oferecer assistência adequada às vítimas de VD. O estoque de conhecimento é a sedimentação de experiências anteriores que caracterizam a situação biográfica determinada do indivíduo, que se constitui pela história de vida construída em um meio físico e sociocultural. Essa situação inclui possibilidades de atividades teóricas e práticas futuras, o propósito à mão^{21,29}.

Ainda, compreendem que há motivos que explicam a assistência inadequada, como a rede fragilizada para o cuidado. Esses se caracterizam como motivos 'por que', os quais podem ser inferidos pelo pesquisador quando esse reconstrói a atitude do ator em sua ação^{21,22}.

E relatam sobre as expectativas que mudanças no atendimento podem trazer para o cuidado à mulher vítima de VD, ou seja, os motivos 'para que' designam uma categoria subjetiva, pois demonstram uma ação para o futuro. Eles pertencem apenas ao ator e podem ser acessados pelo observador, quando este questiona o ator sobre o ato^{15,22}.

Considerações finais

O estudo alcançou seu objetivo ao compreender o significado da assistência oferecida às mulheres vítimas de VD sob a ótica dos profissionais de saúde da APS, desvelando que a VD se apresenta como algo muito comum e complexo; os serviços identificam baixa demanda pela assistência diante do grande número de casos; e os profissionais relatam falta de conhecimento sobre o atendimento às vítimas.

Os resultados de estudos citados no texto vêm ao encontro do referido pelos participantes da presente pesquisa ao revelarem o entendimento dos profissionais sobre a VD e a falta de estrutura dos serviços de saúde e intersetoriais para a assistência. Assim como o despreparo e a ausência de capacitação dos profissionais envolvidos nesse cuidado com relação à rede de atendimento, aos fluxos e à abordagem das vítimas. E concordam com os pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schütz ao identificarem o mundo intersubjetivo, a intersubjetividade, as relações diretas e indiretas, o estoque de conhecimento à mão e os motivos 'para' e 'por que' nos relatos dos profissionais de saúde sobre o atendimento.

O estudo apresenta limitações com relação ao desenho, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas via chamada telefônica gravada. No entanto, contribui para a compreensão do atendimento às mulheres vítimas de VD na APS e dos desafios para atenção integral; para a reflexão e elaboração de políticas de saúde voltadas à violência contra a mulher, colocando-se como introdução a outras análises sobre a referida temática, que se constitui em problema de saúde pública.

Colaboradora

Machineski GG (0000-0002-8084-921X)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Miura PO, Silva ACS, Pedrosa MMMP, et al. Violência doméstica ou violência intrafamiliar: análise dos termos. *Psicol. Soc.* 2018 [acesso em 2022 set 30]; (30):e179670. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30179670>.
- Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 7 Ago 2006.
- World Health Organization. Violence against women. 2022 mar 9. [acesso em 2022 set 30]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br.
- Cerqueira D. Atlas da Violência 2021. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.
- Bueno S, Lima RS, coordenadores. Projeto Visível e Invisível: a vitimização de mulheres no Brasil. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.
- Allen-Leap M, Hooker L, Wild K, et al. Seeking Help From Primary Health-Care Providers in High-Income Countries: A Scoping Review of the Experiences of Migrant and Refugee Survivors of Domestic Violence. *Trauma Violence Abuse*. 2022 [acesso em 2023 fev 5]; (13). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15248380221137664>.
- Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev bras Epidemiol.* 2020 [acesso em 2022 set 19]; (23):e200033. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>.
- Kottasová I, Di Donato V. Women are using code words at pharmacies to escape domestic violence during lockdown. *CNN*. 2020 abr 6. [acesso em 2022 set 30]. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2020/04/02/europe/domestic-violence-coronavirus-lockdown-intl/index.html>.
- 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 organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 Dez 2017.
- Acosta DF, Gomes VLO, Oliveira DC, et al. Social representations of nurses concerning domestic violence against women: study with a structural approach. *Rev. Gaúcha de Enferm.* 2018 [acesso em 2023 jan 14]; (39):61308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>.
- D' Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber, et al. Obstáculos y facilitadores para el cuidado de mujeres en situación de violencia doméstica en la atención primaria de la salud: una revisión sistemática. *Interface (Botucatu)*. 2020 [acesso em 2022 set 19]; (24):e190164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.190164>.
- Schran LS, Machineski GG, Rizzotto ML, et al. The multidisciplinary team's perception on the structure of mental health services: phenomenological study. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2019 [acesso em 2022 nov 19]; 40:e20180151. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180151>.

15. Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012. nível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/26089/16191>.
16. Boniol M, McIsaac M, Xu L, et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019.
17. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil. 2023. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2023.
18. Vieira J, Anido I, Calife K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? Saúde debate. 2022 [acesso em 2023 ago 17]; 46(132):47-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>.
19. Melo BDL, Lima CC, Moraes CL, et al., organizadores. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19: violência doméstica e familiar na covid-19. Brasília, DF: Fiocruz; 2020.
20. Kamali K, Maleki A, Yazdi SAB, et al. The prevalence of violence and its association with mental health among the Iranian population in one year after the outbreak of COVID-19 disease. BMC Psychiatry. 2023 [acesso em 2023 fev 20]; 23(1):33. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04444-7>.
21. Babalola T, Couch T, Donahoe M, et al. Domestic violence calls for police service in five US cities during the COVID-19 pandemic of 2020. BMC Public Health. 2022 [acesso em 2023 jan 27]; 22(1):2455. Disponível em: <https://bmcp public health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14901-3>.
22. Odorcik B, Ferraz BP, Bastos LC, et al. Violence against women: perception and professional approach in primary health care during the Covid-19 pandemic. Rev. Enferm. UFSM. 2021; 11(e74):1-19.
23. Carneiro CT, Bezerra MAR, Rocha RC, et al. Fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde. Rev. Ciênc. Plur. 2022 [acesso em 2023 jan 19]; 8(3):e26089. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n1/1561-2961-enf-38-01-e4067.pdf>.
24. Schütz A. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1979.
25. Schütz A. 1899-1959. A construção significativa do mundo social: uma introdução à sociologia compreensiva. Petrópolis-RJ: Vozes; 2018.
26. Pinto LSS, Oliveira IMP, Pito ESS, et al. Women's protection public policies: evaluation of health care for victims of sexual violence. Ciênc. saúde coletiva. 2017 [acesso em 2022 out 20]; 22(5):1501-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>.
27. Oliveira FTL, Gomes SCS, Sousa VS, et al. O trabalho do enfermeiro frente a violência doméstica contra as mulheres. Rebis. 2022; 4(4):63-72.
28. Papas L, Hollingdrake O, Currie JJ. Social determinant factors and access to health care for women experiencing domestic and family violence. Qualitative synthesis Adv Nurs. 2023 [acesso em 2023 jan 25]; (79):1633-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15565>.
29. Pokharel B, Yelland J, Taft A, et al. A Systematic Review of Culturally Competent Family Violence Responses to Women in Primary Care. Trauma Violence Abuse. 2023 [acesso em 2023 10 fev]; 24(2):928-945. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15248380211046968>.
30. Rodrigues EAS, Tavares R, Melo VH, et al. Violence and primary health care: perceptions and experiences of professionals and users. Saúde debate. 2018 [acesso em 2023 10 fev]; 42(esp4):55-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s404>.
31. Santos do Vale H, Rodrigues da Rocha M, Nunes da Conceição H. Nursing Care for Women in a Situation of Violence in Primary Health Care. Rev Cubana Enfermer. 2022 [acesso em 2023 jan 27]; 38(1):e4067. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n1/1561-2961-enf-38-01-e4067.pdf>.

32. Valenzuela VVV, Vitorino LM, Valenzuela, et al. Intimate partner violence and resilience in women from the western Brazilian Amazon. *Acta paul. enferm.* 2022 [acesso em 2023 jan 26]; (35):eAPE0199345. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ape/v35/1982-0194-ape-35-eAPE0199345.pdf>.
33. Schütz A. El problema de la realidad social. Escritos I. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
34. Fiolet R, Cameron J, Hegarty K, et al. Indigenous people's experiences and expectations of health care professionals when accessing care for family violence: a qualitative evidence synthesis. *Trauma Violence Abuse.* 2022 [acesso em 2023 jan 15]; 23(2):567-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1524838020961879>.
35. Baloch S, Hameed M, Hegarty K. health care providers views on identifying and responding to south asian women experiencing family violence: a qualitative meta synthesis. *Trauma Violence Abuse.* 2023 [acesso em 2022 dez 18]; 24(2):794-808. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15248380211043829>.
36. Ambikile JS, Leshabari S, Ohnishi M. Curricular limitations and recommendations for training health care providers to respond to intimate partner violence: an integrative literature review. *Trauma Violence Abuse.* 2022 [acesso em 2022 nov 20]; 23(4):1262-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1524838021995951>.
37. Winfield A, Hilton NZ, Poon J, et al. Coping strategies in women and children living with domestic violence: staying alive. *J Fam Violence.* 2023 [acesso em 2023 fev 5]; 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00488-1>.
38. Pagnier M, Gay-Laget JF, Moreno JP. Prise en charge pluridisciplinaire en soins primaires de victimes de violences intrafamiliales [Multidisciplinary primary care management of victims of domestic violence]. *Soins.* 2022 [acesso em 2022 nov 26]; 67(866):48-50. Disponível em: French. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.05.032>.
39. Souza MAR, Peres AM, Fumincelli, et al. Women perception in situations of violence in formal support: coping review. *Esc. Anna Nery.* 2021 [acesso em 2023 jan 27]; 25(2):e20200087. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0087>.

Recebido em 12/06/2023
Aprovado em 24/08/2023
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Revisitando Whitaker: psicofármacos e cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Revisiting Whitaker: psychotropic drugs and Mental Health care in Primary Health Care

Ana Caroline Secco¹, Charles Dalcanale Tesser¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313916

RESUMO Os Problemas de Saúde Mental (SM) e o uso indiscriminado de psicofármacos são problemas de grande relevância para a Atenção Primária à Saúde (APS) e a saúde pública. O objetivo deste ensaio é apresentar uma fundamentação atualizada da tese de Robert Whitaker, desenvolvida no livro 'Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental'. É apresentada uma síntese do livro, acrescida de comentários sobre determinados temas, visando à melhor ancoragem científica dos argumentos. A tese defendida é que se deve evitar prescrever o uso de psicofármacos; e, caso seja iniciado o uso, que seja como sintomático agudo pelo menor tempo possível. Os argumentos giram em torno de que há evidências favoráveis apenas para redução de sintomas, para algumas dessas drogas e para curtos períodos de uso. Com seu uso crônico, há piora em longo prazo quanto à estabilidade, autonomia e funcionalidade social, com problemas graves de abstinência. Especialmente na APS (e também nos serviços especializados em SM), os profissionais deveriam ter uma abordagem mais crítica dos psicotrópicos e investir em outras abordagens terapêuticas, para fazerem algo melhor, menos iatrogênico e tão ou mais eficaz para os pacientes com problemas de SM no longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE Psicotrópicos. Doença iatrogênica. Assistência à saúde mental. Prevenção quaternária.

ABSTRACT *Mental Health (MH) issues and the indiscriminate use of psychotropic drugs are a great deal of a problem for the Primary Health Care (PHC) and public health. The aim of this article is to show an updated basis from Robert Whitaker theses in his book 'Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness'. It is presented a synthesis of the book, with specific comments about some topics, aiming for better scientific base of the arguments. The thesis endorses that prescribing psychotropic drugs must be avoided; and, if required, it must be as an acute symptomatic scenario for the least time as possible. The study has positive evidence that a few of these drugs only reduces symptoms, for a short period of time. If chronic used, in a long-term scenario, it seems to actually reduce stability, autonomy and social functionality, leaving the user with serious abstinence from the drug. Specially in PHC (and also in MH specialized services), professionals should have a mindful and discerning approach to psychotropic drugs, and invest in other therapeutic strategies, in order to do something better, less iatrogenic and as effective or more for the mental health patients in the long term.*

KEYWORDS *Psychotropic drugs. Iatrogenic disease. Mental health assistance. Quaternary prevention.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. ana.caroline.secco@gmail.com



Introdução

Os Problemas de Saúde Mental (PSM) são de alta prevalência e importância, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁻³. A APS, ou atenção básica, pode ser entendida como a rede de serviços de saúde de primeiro contato acessível diretamente pelos cidadãos, que deve concretizar os atributos descritos por Starfield⁴ – acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação de cuidado, abordagem familiar e comunitária e competência cultural. Ela é identificada preferencialmente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), único esquema organizativo brasileiro que oferece cuidado generalista a coortes de usuários territorializados, e cujos resultados se mostraram superiores aos serviços sem ESF⁵. A APS, na concepção de Alma-Ata⁶, também envolve ações políticas, sociais, econômicas e educacionais transcendentais ao setor saúde e importantes para a Saúde Mental (SM), mas essas dimensões não serão tratadas aqui.

Os PSM foram realçados pela ampliação do escopo dos diagnósticos psiquiátricos e pela criação de novos diagnósticos (ou subdivisão de antigos)⁷⁻¹⁰, associada à progressiva massificação do uso de psicotrópicos^{11,12} e à crescente medicalização das vivências e dos sofrimentos da vida¹³⁻¹⁶. Isso transformou o cuidado em SM e o uso de psicofármacos em problemas de grande relevância para saúde pública e para a APS, especialmente para os médicos e a Medicina de Família e Comunidade (MFC)^{17,18}.

Tal problema se conecta ao movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), cuja trajetória iniciou pelo desmonte dos manicômios e a criação de uma rede de serviços substitutivos, territorializados e ambulatoriais especializados em SM, e só depois se dirigiu para a APS. Assim, as ideias e propostas assistenciais da RP apenas parcialmente adentraram a APS e a MFC.

Apesar desse descompasso, a APS é um lócus fundamental da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), a qual foi instituída

como estratégia de atenção à SM no SUS¹⁹. A APS tem grande relevância no cuidado aos PSM, em sua maioria, tratados nesse nível de atenção por sua maior capilaridade nos territórios, por ser a porta preferencial de entrada no SUS e por ser a coordenadora do cuidado²⁰⁻²².

Mesmo nos discursos da RP, parece haver um ecletismo relativamente pouco crítico ao uso dos psicotrópicos, embora sejam priorizadas outras estratégias terapêuticas, geralmente a eles associadas. A esse respeito, no livro ‘Anatomia de uma epidemia’²³ e, posteriormente, em complementações da obra e resposta às críticas em publicações subsequentes^{24,25}, Robert Whitaker defende que o uso de psicotrópicos para tratamento de PSM, apesar de poder ter, conforme o tipo de droga, fortes efeitos de sedação de sintomas em curto prazo e alguma ‘normalização’ de comportamentos (atenuando tensões sociais e familiares que acompanham os PSM mais intensos), gera, por outro lado, piora da evolução em longo prazo em aspectos relevantes, como estabilidade clínica, funcionalidade, reinserção social, autonomia etc.

O objetivo deste ensaio é oferecer uma reavaliação dessa tese, que não é ancorada em nenhuma concepção particular de saúde ou doença mental. Metodologicamente, realizou-se uma síntese livre do livro de Whitaker, seguindo sua sequência, com comentários específicos sobre tópicos selecionados e atualização da sua ancoragem científica. Capítulos que descrevem experiências de pacientes não são abordados. Resumiram-se os principais argumentos, com ênfase nos neurolépticos, depositários de maior crença entre profissionais e pacientes, e nos antidepressivos. A esquizofrenia e a depressão foram enfatizadas por serem os extremos de gravidade e prevalência, respectivamente. Não foram atualizados as evidências e os argumentos para os demais PSM abordados no livro, para os quais ofereceu-se uma síntese do conteúdo dos capítulos respectivos.

O contexto pré-psicofármacos

O capítulo 1 descreve o discurso psiquiátrico entusiástico sobre a descoberta e o uso dos psicotrópicos, mostrando a crença e a expectativa no poder desses novos medicamentos. Difundia-se na época, que o uso de psicofármacos potentes, especialmente a clorpromazina, tinha revolucionado o tratamento das doenças mentais, salvando e melhorando a vida de muitas pessoas. Sua utilização na psiquiatria foi comparada à introdução da penicilina na medicina, pois, assim como a penicilina havia revolucionado o tratamento de doenças bacterianas, a clorpromazina havia trazido uma abordagem inovadora para o tratamento de transtornos psiquiátricos.

Se isso fosse verdade, seria de se esperar que o número per capita de inválidos por PSM houvesse diminuído, e depois novamente diminuído com a chegada da segunda geração dos psicotrópicos (fluoxetina, em 1988). Deveríamos ter visto uma queda em duas etapas nas taxas de invalidez. Porém, ao contrário, à medida que se desdobrou a revolução psicofarmacológica, o número de casos de invalidez por doença mental nos EUA teve um aumento vertiginoso, especialmente após a disseminação do Prozac e outros psicofármacos de segunda geração.

Nesse sentido, nos EUA e em outros lugares, esses índices vêm aumentando progressivamente. Com relação à invalidez, quando se considera apenas esse componente no cálculo de carga de doença, os PSM são responsáveis por 31% dos anos vividos com invalidez²⁶, sendo que, no Brasil, PSM representam 21,5% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade¹. Além disso, os PSM também estão associados ao mau prognóstico de comorbidades e impactos na produtividade econômica e nos custos sociais e de assistência à saúde, com sobrecarga importante nos sistemas de saúde e previdenciário^{1,26-30}. Ainda que nas últimas décadas tenha se visto uma mudança significativa nas opções farmacológicas, não houve aumento equivalente de casos recuperados³¹⁻³⁴.

O capítulo 2 narra histórias de usuários de psicotrópicos, e o 3 é dedicado a revisitar a história da quimioterapia no século 20 e as ideias que a orientam, de modo a contextualizar os cuidados em SM e o ideário otimista, esperançoso para com a farmacoterapia. Desde o salvarsan, em 1910 (usado para a sífilis), passando pela insulina animal, em 1922, e a penicilina, em 1935, não se tinha nada equivalente para os PSM, apenas tratamento moral e laboral em internações psiquiátricas. De 1930 ao início de 1940, usaram-se o coma insulínico, a convulsoterapia e a lobotomia como tratamentos nessa direção.

Em 1946, houve direcionamento de verbas governamentais para a SM nos EUA, e, em 1949, foi criado o NIMH (National Institute of Mental Health), para atender às sequelas das guerras e ao clamor pela humanização dos manicômios. Essa época, que precede os psicotrópicos, é de valorização e reconhecimento progressivo da importância da SM e de uma expectativa de aplicação de terapias biomédicas: os PSM exigiam tratamentos semelhantes aos das doenças físicas, como, por exemplo, apendicite ou pneumonia.

O nascimento dos psicofármacos

O capítulo 4 conta a história do nascimento acidental dos psicotrópicos e a associação dos médicos norte-americanos com a indústria farmacêutica, a partir da década de 1950. O modelo da medicina (1º – identificar a fisiopatologia do distúrbio; 2º – desenvolver um tratamento que agisse contra ela) não foi seguido no desenvolvimento dos psicofármacos. As fenotiazinas eram corantes e foram estudadas para serem antibióticos/vermicidas, sem sucesso. Posteriormente, uma delas mostrou-se anti-histamínica, a prometazina, apresentando, também, efeito tranquilizante e hipnótico, relaxando e deixando sonolentos pacientes cirúrgicos. A partir desse achado, os químicos se puseram a estudar e desenvolveram um derivado mais potente, a

clorpromazina, que produzia efeitos semelhantes à lobotomia, agora de forma medicamentosa e não mais mecânica.

Estudos recentes desse psicofármaco recontam a história da psiquiatria, a partir de uma vertente biologicista, e suas repercussões e desdobramentos até hoje^{9,35}. Por exemplo, Caponi³⁶ discute, a partir do referencial foucaultiano, a suposta revolução psicofarmacológica, suas bases epistemológicas e o processo associado de medicalização social crescente, reforçando de maneira detalhada os argumentos de Whitaker.

A seguir, na Inglaterra, procurando produzir antibióticos, descobriram-se os efeitos relaxantes musculares de uma droga derivada de um produto para higiene doméstica, a mefesina, mas de ação muito curta. Dela, desenvolveu-se o meprobomato, que foi para o mercado como ansiolítico (na linguagem atual) nos EUA, com o nome comercial de Miltown. As empresas concorrentes logo procuraram outras drogas ‘domesticadoras’, e o clordiazopóxido (Librium) foi para o mercado em 1960. Na mesma época, a partir de combustíveis de foguetes, produziram-se antibióticos, e de um de seus efeitos adversos nasceu o primeiro antidepressivo (iproniazida).

Em paralelo, na mesma época, está ocorrendo a associação dos médicos com a indústria farmacêutica nos EUA. Esses passam a controlar, via receituário, o acesso a certas drogas, como antibióticos e outras. Quando chegaram os psicofármacos, a Associação Médica Americana (AMA) alinhou-se aos profissionais na propaganda das novas drogas em um negócio altamente lucrativo para todos, permitindo marketing agressivo nas publicações médicas.

Como resultado, tanto a renda dos médicos aumentou, duplicando no período de 1950 a 1959, quanto a receita das empresas farmacêuticas, que ultrapassou um bilhão de dólares em 1957. Naquele momento, os lucros astronômicos fizeram da indústria farmacêutica uma das favoritas dos investidores de Wall Street.

As notícias sobre a clorpromazina eram de uma droga milagrosa, e o lançamento do

primeiro ansiolítico foi um sucesso. Devido à influência da psicanálise sobre os psiquiatras da época, na promoção inicial, alegava-se que, apesar de seu efeito em deixar os pacientes relaxados e suscetíveis ao tratamento, a clorpromazina e o Miltown eram coadjuvantes do processo psicoterápico e não o tratamento para as doenças mentais, na medida em que se buscava produzir um efeito específico a partir do uso de um elemento neurofarmacológico.

Contudo, logo depois, essa cautela foi abandonada. Após chegar a imiprimina, em 1959, nasceu o termo ‘antidepressivo’, em um jornal de renome (“Times”). Pouco depois, um artigo de um psiquiatra afirmou que os psicotrópicos poderiam ser comparados à insulina, pois atuavam como neutralizadores dos sintomas dos transtornos mentais, assim como a insulina dos sintomas de diabetes³⁷.

Em 1963, o NIMH classificou a clorpromazina, com base em um estudo de seis semanas, “como antiesquizofrênico em sentido lato”³⁸⁽²⁵⁷⁾. Estava finalizada a transformação das drogas poderosas nascidas quase ao acaso em remédios específicos para a química cerebral supostamente doente nos PSM. Sem nenhuma fundamentação científica para além do efeito sintomático potente de curto prazo, houve a conversão de sintomáticos agudos em antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos.

Uma suposta fundamentação da plausibilidade biológica veio logo em seguida, com a elucidação da fisiologia neuroquímica das sinapses, ainda na década de 1950; e na década seguinte, um mecanismo de ação para a imiprimina. Em 1965, foi publicada uma teoria do desequilíbrio químico nos distúrbios afetivos, dando nascimento explícito à psiquiatria biológica. Ao final da década de 1960, a psiquiatria considerava ter feito uma revolução do bem. Em 1967, um em cada três adultos norte-americanos recebeu uma receita de um medicamento psicoativo³⁹.

No capítulo 5, Whitaker aborda a caçada aos desequilíbrios químicos, que deveriam fundamentar teórica e cientificamente as crenças já em vigor a partir da década de 1960. Sua

conclusão, contudo, foi que tanto a hipótese da depressão por baixa serotonina quanto a hipótese da esquizofrenia por excesso de dopamina, alicerces da teoria dos desequilíbrios químicos, haviam se mostrado falhas no fim da década de 1980. Da mesma forma, outros distúrbios mentais que haviam sido associados a problemas neuroquímicos não tiveram comprovação nem evidências suficientes que corroborassem essa hipótese.

No entanto, a crença nos desequilíbrios químicos persistiu. Isso levou os investigadores desse tema a enfatizar repetidas vezes a mesma conclusão de que os dados não corroboravam nenhuma das teorias bioquímicas até então defendidas⁴⁰. Mesmo assim, a teoria sem fundamento foi sendo repetida e foi novamente consagrada popularmente quando do lançamento da Fluoxetina. Todavia, mesmo ali, ficou claro na literatura que as drogas não corrigiam a neuroquímica do cérebro, mas a modificavam.

Sobre a teoria do desequilíbrio neuroquímico, estudos vêm corroborando sua não fundamentação em dados empíricos^{36,41-50}. Recentemente, a maior revisão sistemática de literatura já feita sobre o tema, analisando as publicações sobre a teoria serotoninérgica da depressão até 2020, mostrou que não existem “evidências convincentes para uma base bioquímica da depressão”⁵¹⁽¹²⁾. Os pesquisadores apontam que nos estudos analisados não foram encontrados indícios de causalidade ou associação da depressão com atividades mais baixas ou menor concentração de serotonina. Pelo contrário, parece haver evidências significativas de que o uso em longo prazo de antidepressivos esteja relacionado a redução da concentração de serotonina, o que também foi corroborado por Pech et al.⁵².

Os efeitos em longo prazo dos neurolépticos

O capítulo 6 entra nos resultados clínicos em longo prazo e sustenta a principal tese do livro: os psicotrópicos cronificam os PSM

dos pacientes. A metodologia que tenta seguir é direta: na falta de psicotrópicos e medicamentos antipsicóticos, como evoluiriam os pacientes (taxas de recuperação e reinserção social) ao longo do tempo?

Começando pela esquizofrenia, o autor constata que o eugenismo mental do início do século XX nos EUA fazia com que os esquizofrênicos fossem nessa época internados vitaliciamente. O fato de os esquizofrênicos nunca deixarem os hospitais foi visto como prova de que a doença era crônica e irremediável. Depois da Segunda Guerra Mundial, porém, a eugenia caiu em descrédito, pois era a filosofia da sociedade nazista. A política social se modificou, e os índices de alta hospitalar dispararam. Como resultado, há um breve intervalo, entre 1946 e 1954, no qual podemos verificar como se saíam os pacientes recém-diagnosticados como esquizofrênicos e, desse modo, ter uma ideia dos ‘resultados naturais’ da esquizofrenia antes da chegada da clorpromazina. Analisando dados da época, Whitaker conclui que em torno de 75% dos pacientes internados por surto psicótico estavam de alta após alguns anos e vivendo em comunidade, antes dos psicotrópicos; mais da metade deles não apresentou recaídas nos anos subsequentes, e somente cerca de 20% precisaram se manter continuamente hospitalizados⁵³⁻⁵⁵. Não encontramos na literatura mais recente contestações a essas estimativas.

Os dados dos hospitais da época indicam que a entrada da clorpromazina no mercado na primeira década não alterou a porcentagem de alta para mais. O que gerou uma desospitalização maciça na década de 1960 foi uma mudança política de transferência de pagamentos do *medicaid* e *medicare*, que, a partir de 1965, subsidiou a internação de doentes mentais em asilos e clínicas comunitárias e não em hospitais – o que fez que houvesse uma avalanche de transferências desses pacientes para esse tipo de clínica.

Os estudos de intervenção que se iniciaram via NIMH (porque as indústrias nessa

época não eram obrigadas a fazê-lo) foram desenhados para 6 semanas de acompanhamento, e foram realizadas centenas deles nos anos e décadas posteriores. Tais estudos revelaram que os sintomas psicóticos eram sensivelmente reduzidos com clorpromazina e outros neurolépticos. Porém, quanto aos efeitos de longo prazo, o estudo modelo foi estudar a retirada abrupta da droga em pacientes usuários e avaliar as recaídas em 10 meses ou um ano. Os resultados favoreceriam os psicotrópicos, mas pouco sobre a evolução desses pacientes se sabia além da redução nos escores dos sintomas no curto prazo e nas recaídas de ainda relativamente curto prazo⁵⁶. Um editorial de 2002, da *European Psychiatry*, afirmou que, após cinquenta anos de neurolépticos, não havia nenhuma prova convincente sobre a eficácia dos tratamentos da esquizofrenia no longo prazo⁵⁷.

Whitaker vasculha outros resultados da época inicial da clorpromazina: há registro de maior tendência de recaída quanto maior for a dose. A isso se associaram registros observacionais do fenômeno da síndrome da porta giratória: os egressos das internações tomando neurolépticos voltavam muito mais aos pronto-socorros e reinternavam. Um estudo identificou que a porcentagem de pacientes com autonomia cinco anos após alta caiu com o uso de neurolépticos. Pacientes livres de recaídas em cinco anos caíram de 45% para 30%⁵⁸. Três estudos financiados pelo NIMH mostraram piores resultados em longo prazo para os pacientes usuários de neurolépticos⁵⁹⁻⁶¹. O autor continua seguindo vários estudos igualmente convergentes nos anos seguintes, até o início do século XXI. No último capítulo do livro, são visitadas experiências de tratamento sem ou com pouco uso de neurolépticos, concluindo que, apesar dos efeitos sedativos dos sintomas agudos, esse tratamento tem, em longo prazo, efeitos prejudiciais relacionados à sua não utilização ou à menor utilização.

Embora não exista consenso na literatura científica acerca do uso de neurolépticos no longo prazo, as conclusões de Whitaker parecem ser corroboradas por alguns estudos recentes que apontam para a tendência de cronicidade do seu uso⁶², para uma percepção de baixo custo-efetividade em longo prazo⁶³, assim como para um maior risco e acentuação de eventos adversos, especialmente com a cronicidade do uso⁶³⁻⁶⁷, o que precipita a descontinuação por parte de alguns usuários⁶⁷, em contraste com importante remissão dos sintomas psicóticos, melhores taxas de recuperação e melhores resultados em longo prazo, especialmente em termos funcionais, cognitivos, sociais e laborais em pacientes com menor ou nenhum uso de psicofármacos⁶⁸⁻⁷⁹.

A saga dos chamados ansiolíticos

O capítulo 7 trata dos benzodiazepínicos, os primeiros ansiolíticos. Essa é a única categoria dos psicofármacos para as quais se tem maior crítica disseminada entre médicos e população atualmente. O autor sintetiza sua eficácia a curto prazo, a síndrome de abstinência e os vários problemas em longo prazo.

Aponta que, em curto prazo, essas drogas oferecem alívio, melhorando os sintomas ansiosos. Contudo, no decorrer do tempo, alteram o sistema de neurotransmissores, o que suscita adaptações cerebrais compensatórias. Conseqüentemente, quando da retirada do medicamento, há maior vulnerabilidade a recaídas, o que pode levar ao uso prolongado, muitas vezes por tempo indeterminado, e à cronificação dos sintomas.

As considerações do autor acerca dos benzodiazepínicos encontram ancoragem em recentes estudos que apontam para o crescente aumento de prescrições dessa classe de medicamentos e seu uso indiscriminado, e para os efeitos nocivos do uso dessas medicações, especialmente em longo prazo⁸⁰⁻⁸⁴ e em idosos⁸⁵⁻⁹⁰.

Os antidepressivos

O capítulo 8 trata da depressão, também com um retrospecto histórico e narrativo dos estudos e das teorias sobre a depressão. Novamente, o autor conclui que os medicamentos, agora muito menos poderosos sintomaticamente no curto prazo, têm efeitos prejudiciais em longo prazo na cronificação do uso.

As conclusões de Whitaker sobre os antidepressivos são fortemente reforçadas por estudos que indicam que o uso de antidepressivos é bastante prevalente e está aumentando em longo prazo⁹¹; que seu uso prolongado, além de não apresentar justificativa clínica⁹², parece estar relacionado a piores resultados⁹³⁻⁹⁵ e a possíveis efeitos iatrogênicos que aumentam a cronicidade e a vulnerabilidade aos episódios depressivos⁹⁶⁻⁹⁸. Tais estudos mostram, também, efeitos de abstinência frequentemente graves quando da retirada⁹⁹⁻¹⁰³, e efeitos adversos importantes¹⁰⁴, podendo prejudicar a recuperação e aumentar o risco de reinternação⁹⁶.

Além disso, estudos com antidepressivos x placebo vêm demonstrando alto risco de viés e questionável significância clínica¹⁰⁵⁻¹⁰⁸. Considerando o tamanho do efeito, seria necessário tratar pelo menos 9 pacientes para que 1 tivesse benefício. Ou seja, 8 pacientes serão expostos aos efeitos adversos desses psicofármacos sem receber nenhum benefício adicional em relação ao placebo^{109,110}. Dessa forma, as evidências indicam que os antidepressivos parecem causar mais malefícios que benefícios, especialmente em longo prazo^{94,111-113}.

Outras doenças raras ou que viraram comuns

O capítulo 9 trata da doença bipolar. De modo semelhante, Whitaker conclui com uma tabela (p. 203), em que se mostra a redução dos bons resultados funcionais e cognitivos na

perspectiva de melhoria em longo prazo na era pós-lítio. O capítulo 10 discute a mudança gestáltica que faz com que vejamos apenas doenças cada vez mais graves e vitalícias com inícios cada vez mais precoces na tenra infância, em vez de percebermos iatrogenias em longo prazo do uso de psicotrópicos sucessivos cada vez mais facilmente prescritos. O capítulo 11 vai tratar da epidemia de transtornos psiquiátricos em crianças, iniciando pelo TDAH, que se desdobra na bipolaridade infantil, cujas cifras de diagnose e tratamento crescem e pioram as estatísticas de sequelas e de funcionalidade em longo prazo. O capítulo 12 trata dos adolescentes, que, agora na era pós-psicotrópicos, podem ter todos os PSM dos adultos e das crianças, e tanto mais cronicamente quanto mais cedo entram na medicalização psicofarmacológica.

A construção de uma ideologia

Os capítulos 13 e 14 fazem uma análise da trajetória social, ideológica e político-econômica da psiquiatria norte-americana. Mostram a sua adesão à opção por publicidade e propaganda de uma ideologia que não resiste ao questionamento científico e histórico, mas foi vitoriosa na sociedade, na ciência e na corporação psiquiátrica, com o apoio do NIMH dos EUA, em associação com a indústria dos fármacos e com uma ocultação sistemática de resultados que, especialmente em longo prazo, contradizem a propaganda. O capítulo 15 fala sobre os lucros, a associação da indústria com as associações de usuários e com profissionais e as cifras astronômicas desse mercado.

Esses capítulos lançam luz sobre a história construída pela psiquiatria, a fim de manter a ilusão social da solidez dos benefícios do tratamento psicofarmacológico. Para isso, intencional e conscientemente, optou-se por superestimar os resultados positivos e esconder a precariedade dos resultados em longo prazo, além de silenciar os críticos. O fato de

a psiquiatria ter recorrido a esse método de criação narrativa é indicativo de demérito, superando amplamente o impacto que qualquer estudo individual poderia ter.

Esses capítulos continuam muito atuais. Estudos recentes reforçam resultados apresentados no livro e levantam dúvidas sobre a integridade da literatura científica psiquiátrica e seu impacto na prática médica. Eles têm mostrado, além de falhas metodológicas e vieses de diversas naturezas, evidências de planejamento e seletividade na execução e publicação de resultados de ensaios clínicos com psicofármacos¹¹⁴⁻¹¹⁹, inclusive com a cumplicidade de algumas revistas médicas em “não cumprir os padrões da ciência e revisão por pares”¹²⁰⁽⁹⁹³⁾, uso de estratégias de spin (estratégias de publicidade que induzem os leitores ao erro na avaliação da segurança ou dos efeitos benéficos das intervenções experimentais apresentadas)¹²¹, ocultação e recodificação de eventos adversos, entre outros^{64,112}, apontando para uma baixa a moderada certeza de evidência¹¹⁰. Existem fortes indícios de superestimação da eficácia dos psicotrópicos e de subestimação dos danos associados^{94,105,112,117}.

Além disso, pesquisas recentes reiteram o conflito de interesses presente em estudos sobre o uso e a eficácia de psicofármacos financiados pela indústria farmacêutica, bem como o seu papel tendencioso e da psiquiatria nesse cenário^{36,41,49,105,112,116,119,120,122-124}.

Por fim, o capítulo 16 comenta sobre experiências alternativas de cuidado em SM e seus melhores resultados. Entre elas, destacamos a metodologia do Diálogo Aberto (DA). Desenvolvida e aplicada na Finlândia, apresenta os melhores indicadores de evolução em longo prazo do mundo, com um mínimo de uso temporário de psicotrópicos e muito apoio e mediação social, cuidado, diálogo e abordagens psicológicas. Os bons resultados do DA seguem sendo observados em estudos longitudinais e de revisões de literatura^{65,79,125-129}, revelando que se pode desviar em grande medida dos psicofármacos com melhores resultados.

Embora uma análise crítica extensiva do livro de Whitaker não esteja no escopo desse artigo, vale comentar que um dos limites do livro é que ele não aborda a fragilidade epistemológica dos diagnósticos psiquiátricos, que passaram por grandes transformações na era psicofarmacológica, objeto de análise e críticas que apontam os seus problemas epistemológicos e sociais¹³⁰⁻¹³². Talvez uma das culminâncias dessas críticas tenha sido a proposta, por psiquiatras ingleses, de uma ‘psiquiatria centrada nas drogas’ (em vez de uma psiquiatria centrada nas doenças ou nos transtornos), que dispensa as categorias nosológicas psiquiátricas ao constatar que o uso dos psicofármacos não trata doenças ou transtornos, embora possa ter efeitos sintomáticos que podem fundamentar seu uso (preferencialmente, a ser evitado), sempre temporário e com grandes efeitos adversos de curto e sobretudo de longo prazo, além de excessiva medicalização dos PSM^{42,113,133,134}.

Considerações finais

Da tese de Whitaker, que se mostra cada vez mais fortalecida, deduz-se a diretriz clínica genérica de evitar enfaticamente o uso de psicofármacos. Caso seja iniciado esse uso, que seja como sintomático agudo pelo menor tempo possível, sem seu prolongamento, sendo o uso crônico ativamente evitado, para quaisquer que sejam os psicotrópicos e quaisquer que sejam os PSM. Ela é baseada na história social e científica da psiquiatria, especialmente da psiquiatria norte-americana, bem como em evidências científicas de vários tipos disponíveis.

O argumento central da tese é que os psicotrópicos, para além de não tratarem ou controlarem PSM, quando são eficazes, apenas têm efeitos sintomáticos sedativos em curto prazo e são iatrogênicos em longo prazo, o que outros pesquisadores também reconhecem^{93-98,108,111,135,136}. Portanto, frente a experiências relativamente exitosas de cuidado

que prescindem desses fármacos, eles seriam praticamente desnecessários para o cuidado em SM, sendo considerados sintomáticos perigosos e evitados pela sua iatrogenia e medicalização cronicante. Um corolário disso é que, em vez de serem considerados terapia de primeira linha, os psicofármacos deveriam ser tratados como uma terapia de fim de linha, precário e iatrogênico. Uma perspectiva muito distante da atualmente mais presente na psiquiatria, na medicina em geral e na MFC.

Se houver verdade nessa tese, e considerando as evidências apresentadas, parece que MFC e os demais médicos da APS e de outros ambientes precisam rever sua adesão ao uso de psicofármacos, defrontando-se com o desafio de reconhecer que a diretriz para um melhor resultado clínico, incluindo em longo prazo, é um ecletismo terapêutico em que os psicofármacos estarão na última escolha, para uso temporário, breve e indesejável.

A grande dificuldade de enfrentar esse desafio na realidade brasileira atual não deve obscurecer sua importância institucional, clínica, científica e ética. Em uma perspectiva da macrogestão do SUS, isso indica a necessidade de um esforço especial e articulado entre gestores federais e estaduais da APS e da SM (e também da educação superior e assistência social), para criar condições assistenciais e competências nos serviços e profissionais especializados em SM e (especialmente) de APS (articulando-os intimamente), para que

estejam cada vez mais disponíveis os cuidados em SM não psicofarmacológicos, que envolvam os pacientes, suas famílias e as redes de relações sociais e comunitárias, em uma perspectiva de empoderamento individual e coletivo, de direitos humanos, justiça social, redução de iniquidades e fortalecimento, capilarização e melhor qualificação da Raps e da APS.

Em uma dimensão de microgestão, cada equipe de profissionais da APS, especialmente as da ESF, e sobretudo cada médico devem desenvolver uma abordagem mais criteriosa e crítica diante dos psicotrópicos, sabendo que podem propor um cuidado melhor, menos iatrogênico, menos medicalizante e tão ou mais eficaz para seus pacientes com PSM. Tais equipes devem ser protagonistas da exploração e construção de recursos comunitários, clínicos e institucionais a serem usados, em parceria com os profissionais especializados em SM.

Construir as condições institucionais (infraestrutura de serviços e de profissionais) e educacionais (graduação, residências e educação continuada) necessárias a essa mudança integra esse desafio urgente e necessita ser mais debatido, investigado e experimentado.

Colaboradores

Secco AC (0000-0002-2495-6678)* e Tesser CD (0000-0003-0650-8289)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(3):623-32.
2. Souza LS, Barbosa B, Silva CO, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. port. enferm. saúde mental*. 2017; (18):59-66.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Murcho N, Pacheco E, Jesus SN. Transtornos mentais comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um estudo de revisão. *Rev. port. enferm. saúde mental.* 2016; 15(15):30-6.
4. Starfield B. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
5. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):361-78.
6. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 1978 set 6-12. Alma-Ata; USSR; 1978. [acesso em 2023 ago 22]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.
7. Soalheiro NI, Mota FS. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. *Rev. polis psique.* 2014; 4(2):65-85.
8. Magalhães VP. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. *ECOS.* 2017; 1(8):168-73.
9. Caponi S. Uma biopolítica da indiferença: a propósito da denominada Revolução Psicofarmacológica. In: Amarante P, Pitta AMF, Oliveira WF, editores. *Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política.* São Paulo: Zagodini Editora Ltda; 2018. p. 17-37.
10. Rodrigues MAP, Facchini AL, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(1):107-14.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf.
12. Nations United. *Report of the International Narcotics Control Board for 2017.* Viena: United Nations; 2018. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/E_2017_AR_ebook.pdf.
13. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(19):61-76.
14. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(20):347-62.
15. Tesser CD. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. *Trab. Educ. Saúde.* 2019; 17(2):1-27.
16. Santos RB, Zambenedetti G. Understanding the current medicalization process in the mental health context. *Salud soc.* 2019; 10(1):22-37.
17. Pereira MTCG, Souza FAM, Cardoso FM. Tratamento medicamentoso para depressão e prevenção quaternária. *Rev. bras. med. fam. comunidade.* 2021; 16(43):2568.
18. Gotzsche P. *Kit de Sobrevivência em Saúde Mental e Retirada dos Medicamentos Psiquiátricos – Cap. 2.* [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2020/11/kit-de-sobrevivencia-em-saude-mental-e-retirada-dos-medicamentos-psiquiatricos-cap-2-1/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 22 Dez 2017.
20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Mental.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.
21. Wenceslau LD, Ortega F. *Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas inter-*

- nacionais e cenário brasileiro. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1121-32.
22. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013; (8):35-42.
 23. Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
 24. Whitaker R. Anatomy of an epidemic: the history and science of a paradigm of care. *Behav. Ther.* 2015; 38(7):192-8.
 25. Whitaker R. *The Case Against Antipsychotics: A Review of Their Long-Term Side Effects*. [Sem local]: Mad in America Foundation; 2016. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2016/07/The-Case-Against-Antipsychotics.pdf>.
 26. World Health Organization; World Organization of Family Doctors. *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global*. Lisboa: WHO; WONCA; 2009. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE_MENTAL/integracao_da_saude_mental_nos_cuidados_de_saude_primarios_-_uma_perspectiva_global.pdf.
 27. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370(9590):859-77.
 28. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, et al. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol. Rev.* 2008; 30:1-14.
 29. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 897-908.
 30. Viola S, Moncrieff J. Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: trends from 1995 to 2014. *BJPsych Open*. 2016; 2(1):18-24.
 31. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2013; 39(6):1296-306.
 32. Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr. Bull.* 2013; 39(5):962-5.
 33. Mulder R, Rucklidge J, Wilkinson S. Why has increased provision of psychiatric treatment not reduced the prevalence of mental disorder? *Aust N Z J Psychiatry*. 2017; 51(12):1176-7.
 34. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, et al. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*. 2017; 16:90-9.
 35. Caponi S. Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: el descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura. *Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos*. 2021; 28(3):661-83.
 36. Caponi S. *Uma sala tranquila: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: Liber Ars; 2019.
 37. Himwich HE. *Psychopharmacologic Drugs*. Science. 1958; 127(3289):59-72.
 38. Guttmacher MS. Phenothiazine Treatment in Acute Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1964; 10(3):246-61.
 39. Swazey J. *Chlorpromazine in psychiatry: a study of therapeutic innovation*. Cambridge: The Massachusetts Institute of Technology; 1974.
 40. Valenstein E. *Blaming the Brain*. New York: The Free Press; 1998.
 41. Moncrieff J. Against the Stream Series Against the stream: Antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. *BJPsych Bull.* 2018; 42(1):42-4.

42. Moncrieff J. Research on a 'drug-centred' approach to psychiatric drug treatment: assessing the impact of mental and behavioural alterations produced by psychiatric drugs. *Epidemiol Psychiatr. Sci.* 2018; 12;27(2):133-40.
43. Lacasse JR, Leo J. Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLoS Medicine.* 2005; 2(12):1211-6.
44. Cowen PJ, Browning M. What has serotonin to do with depression? *World Psychiatry.* 2015; 14(2):158-60.
45. Moncrieff J. Magic Bullets for Mental Disorders: The Emergence of the Concept of an "Antipsychotic" Drug. *J Hist Neurosci.* 2013; 22(1):30-46.
46. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *Br. j. psychiatr.* 2006; 188(4):301-2.
47. Amarante P, Freitas F. *Medicalização em Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
48. Healy D. Serotonin and depression. *BMJ.* 2015; (350):1-2.
49. Ang B, Horowitz M, Moncrieff J. Is the chemical imbalance an 'urban legend'? An exploration of the status of the serotonin theory of depression in the scientific literature. *SSM – Mental Health.* 2022; (2):1-9.
50. Moncrieff J. El pasado y el futuro de la psiquiatria y sus fármacos. In: Zurita M, editor. *ATLAS otra revista de salud mental.* 17. ed. Córdoba: Autowahn; 2019. p. 17-32.
51. Moncrieff J, Cooper R, Stockmann T, et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol. psychiatry.* 2022; 1-14.
52. Pech J, Forman J, Kessing LV, et al. Poor evidence for putative abnormalities in cerebrospinal fluid neurotransmitters in patients with depression versus healthy non-psychiatric individuals: A systematic review and meta-analyses of 23 studies. *J Affect Disord.* 2018; 240(6):6-16.
53. Cole JO, Gerard R. *Psychopharmacology. Problems in Evaluation.* Washington: National Academy of Sciences – National Research Council; 1959.
54. Lehrman N. Follow-Up of Brief and Prolonged Psychiatric Hospitalization. *Compr. psychiatry.* 1961; 2(4):227-40.
55. Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy.* London: Brunner-Routledge; 1985.
56. Gilbert PL. Neuroleptic Withdrawal in Schizophrenic Patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(3):173-88.
57. Geddes J. Prevention of Relapse in Schizophrenia. *N. Engl. j. med.* 2002; 346(1):56-8.
58. Bokoven J, Salomão H. Comparison of two five-year follow-up studies: 1948 to 1952 and 1967 to 1972. *Am. j. psychiatr.* 1975; 132(8):796-801.
59. Rappaport M, Hopkins HK, Hall K, et al. Are There Schizophrenics for Whom Drugs May be Unnecessary or Contraindicated? *Int. Pharmacopsychiatry.* 1978; 13(2):100-11.
60. Carpenter W, McGlashan T, Strauss J. The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *Am. j. psychiatr.* 1977; 134(1):14-20.
61. Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, et al. A Non-neuroleptic Treatment for Schizophrenia: Analysis of the Two-year Postdischarge Risk of Relapse. *Schizophr. Bull.* 1979; 5(2):322-33.
62. Gotzsche PC. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. *Int. j. risk saf. med.* 2020; 31(1):37-42.
63. Bjornestad J, Davidson L, Joa I, et al. Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. *J. ment. health.* 2017; 26(3):264-70.
64. Hughes S, Cohen D, Jaggi R. Differences in reporting serious adverse events in industry sponsored clinical trials. *PLoS One.* 2018; 13(12):e0206111.

- cal trial registries and journal articles on antidepressant and antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *BMJ*. 2014; (4):1-12.
65. Bergström T, Taskila JJ, Alakare B, et al. Five-Year Cumulative Exposure to Antipsychotic Medication After First-Episode Psychosis and its Association With 19-Year Outcomes. *Schizophr. Bull. Open*. 2020; 1(1):1-8.
66. Guo K, Feng Z, Chen S, et al. Safety Profile of Antipsychotic Drugs: Analysis Based on a Provincial Spontaneous Reporting Systems Database. *Front Pharmacol*. 2022; (13):1-9.
67. Keogh B, Murphy E, Doyle L, et al. Mental health service users experiences of medication discontinuation: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Mental Health*. 2022; 31(2):227-38.
68. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med*. 2012; 42(10):2145-55.
69. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychol Med*. 2014; 44(14):3007-16.
70. Moilanen J, Haapea M, Miettunen J, et al. Characteristics of Subjects With Schizophrenia Spectrum Disorder With and Without Antipsychotic Medication – a 10-Year Follow-Up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Eur. psychiatry*. 2013; 28(1):53-8.
71. Murray RM, Quattrone D, Natesan S, et al. Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *Br. j. psychiatr*. 2016; 209(5):361-5.
72. Albert N, Randers L, Allott K, et al. Cognitive functioning following discontinuation of antipsychotic medication. A naturalistic sub-group analysis from the OPUS II trial. *Psychol Med*. 2019; 49(07):1138-47.
73. Wils RS, Gotfredsen DR, Hjorthøj C, et al. Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophr. Res*. 2017; 182:42-8.
74. Harrow M, Jobe TH, Faull RN, et al. A 20-Year multi-followup longitudinal study assessing whether antipsychotic medications contribute to work functioning in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2017; 256:267-74.
75. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70(9):913-20.
76. Tani H, Takasu S, Uchida H, et al. Factors associated with successful antipsychotic dose reduction in schizophrenia: a systematic review of prospective clinical trials and meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychopharmacol*. 2020; 45(5):887-901.
77. Gleeson JFM, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: Outcome at 30-month follow-up. *Schizophr. Bull*. 2013; 39(2):436-48.
78. Jung E, Wiesjahn M, Wendt H, et al. Symptoms, functioning and coping strategies in individuals with schizophrenia spectrum disorders who do not take antipsychotic medication: A comparative interview study. *Psychol Med*. 2016; 46(10):2179-88.
79. Bergström T. Life after Integrated and Dialogical Treatment of First-Episode Psychosis Long-Term Outcomes at the Group and Individual Level. [tese]. Jyvaskyla: University of Jyväskylä; 2020. 135 p. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71454/978-951-39-8119-8_vaitos19092020.pdf?sequence=4&isAllowed=y.
80. Mourine NS, Espino SV, Uema SAN, et al. Descripción de la disponibilidad y normas para el uso de las benzodiazepinas en algunos países de Latinoamérica, 2016. *Rev. méd. Urug*. 2022; 38(2):1-11.

81. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, et al. Incidence of and Characteristics Associated With Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Netw. Open.* 2020; 3(10):1-14.
82. Crowe SF, Stranks EK. The Residual Medium and Long-term Cognitive Effects of Benzodiazepine Use: An Updated Meta-analysis. *Arch. clin. neuropsychol.* 2018; 33(7):901-11.
83. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(6).
84. Alvim MM, Cruz DT, Aquino GA, et al. Study on medication prescription in the elderly population: benzodiazepine use and potential drug interactions. *Cad. Saúde Colet.* 2021; 29(2):209-17.
85. Mendes AKA, Assunção IL, Gonzalez GMM, et al. Uso de benzodiazepínicos em idosos no Brasil. *Res Soc. Dev.* 2022; 11(2):1-8.
86. Gerlach LB, Maust DT, Leong SH, et al. Factors Associated With Long-term Benzodiazepine Use Among Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2018; 178(11):1-3.
87. Davies SJ, Rudoler D, Oliveira C, et al. Comparative safety of chronic versus intermittent benzodiazepine prescribing in older adults: A population-based cohort study. *J. psychopharmacol.* 2022; 36(4):460-9.
88. Lucchetti G, Lucchetti ALG. Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2017; (68):55-61.
89. Freire MBO, Silva BGC, Bertoldi AD, et al. Utilização de benzodiazepínicos em idosos brasileiros: um estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública.* 2022; 56(10):1-13.
90. American Geriatrics Society. Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2019; 67(4):674-94.
91. Ormel J, Spinhoven P, Vries YA, et al. The antidepressant standoff: Why it continues and how to resolve it. *Psychol. med.* 2019; 50(2):177-86.
92. Eveleigh R, Muskens E, Lucassen P, et al. Withdrawal of unnecessary antidepressant medication: a randomised controlled trial in primary care. *BJGP Open.* 2018; 1(4):1-11.
93. Hengartner MP, Angst J, Rössler W. Antidepressant use prospectively relates to a poorer long-term outcome of depression: Results from a prospective community cohort study over 30 years. *Psychother. Psychosom.* 2018; 87(3):181-3.
94. Danborg PB, Valdorsdorf M, Gotzsche PC. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: A systematic review. *Int. j. risk saf. med.* 2019; (30):59-71.
95. Vittengl JR. Poorer Long-Term Outcomes among Persons with Major Depressive Disorder Treated with Medication. *Psychoter. psychosom.* 2017; 86(5):302-4.
96. Hengartner MP, Passalacqua S, Andreae A, et al. Antidepressant use during acute inpatient care is associated with an increased risk of psychiatric rehospitalisation over a 12-month follow-up after discharge. *Front. Psychiat.* 2019; (10):1-9.
97. Fava GA. May antidepressant drugs worsen the conditions they are supposed to treat? The clinical foundations of the oppositional model of tolerance. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2020; (10):1-11.
98. Fava GA, Rafanelli C. Iatrogenic factors in psychopathology. *Psychoter. Psychosom.* 2019; (88):129-40.
99. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict. behav.* 2019; (97):111-21.
100. Davies J, Read J. Authors' response to a critique by Jauhar and Hayes of 'A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guideline evidence-based?'

- Addict. *behav.* 2019; (97):127-30.
101. Read J. How common and severe are six withdrawal effects from, and addiction to, antidepressants? The experiences of a large international sample of patients. *Addict. *behav.** 2020; (102):1-31.
 102. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psych.* 2019; 6(6):538-46.
 103. Hengartner MP, Davies J, Read J. Antidepressant withdrawal – the tide is finally turning. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; 29(e52):1-3.
 104. Moncrieff J. Persistent adverse effects of antidepressants. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2020; (29):1-2.
 105. Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psych.* 2017; 17(1):1-28.
 106. Jakobsen JC, Gluud C, Kirsch I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evid. Based Med.* 2020; 25(4):130-6.
 107. Khan A, Fahl Mar K, Faucett J, et al. Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. *World Psychiatry.* 2017; (16):181-92.
 108. Moncrieff J. What does the latest meta-Analysis really tell us about antidepressants? *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2018; 27(5):430-2.
 109. Hengartner MP, Plöder M. Statistically significant antidepressant-placebo differences on subjective symptom-rating scales do not prove that the drugs work: Effect size and method bias matter! *Frontiers in Psychiatry.* 2018; (9):1-5.
 110. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Articles Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018; (391):1357-66.
 111. Andrews PW, Jr JAT, Amstadter A, et al. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. *Front Psychol.* 2012; (3):1-19.
 112. Hengartner MP. Methodological flaws, conflicts of interest, and scientific fallacies: Implications for the evaluation of antidepressants efficacy and harm. *Front Psych.* 2017; 8(275):1-7.
 113. Gotzsche PC. Why I think antidepressants cause more harm than good. *Lancet Psych.* 2014; 1(2):104-6.
 114. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ, et al. The Mortality and Myocardial Effects of Antidepressants Are Moderated by Preexisting Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis. *Psychoter. psychosom.* 2017; 86(5):268-82.
 115. Sharma T, Guski LS, Freund N, et al. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ.* 2016; (352):1-10.
 116. Vries YA, Roest AM, Turner EH, et al. Hiding negative trials by pooling them: a secondary analysis of pooled-trials publication bias in FDA-registered antidepressant trials. *Psychol Med.* 2019; 49(12):2020-6.
 117. Kirsch I, Huedo-Medina BT, Pigott HE, et al. Do outcomes of clinical trials resemble those of “real world” patients? A reanalysis of the STAR*D antidepressant data set. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice. BMJ Open.* 2018; 5(4):339-45.
 118. Hengartner MP, Amendola S, Kaminski JA, et al. Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other new-generation antidepressants in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J. Epidemiol. Community Health.* 2021; 75(6):523-30.
 119. Arroll B, Chin W-yee, Martis W, et al. Antidepress-

- sants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. *J. Prim Health Care*. 2016; 8(4):325-34.
120. Amsterdam JD, McHenry LB, Jureidini JN. Industry-corrupted psychiatric trials. *Psychiatr Pol*. 2017; 51(6):993-1008.
121. Beijers L, Jeronimus BF, Turner EH, et al. Spin in RCTs of anxiety medication with a positive primary outcome: a comparison of concerns expressed by the US FDA and in the published literature. *BMJ Open*. 2017; 7(3):1-7.
122. Moynihan R, Albarqouni L, Nangla C, et al. Financial ties between leaders of influential US professional medical associations and industry: cross sectional study. *BMJ*. 2020; 359(1505):1-7.
123. Turner EH, Cipriani A, Furukawa TA, et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy: Updated comparisons and meta-analyses of newer versus older trials. *PLoS Med*. 2022; 19(1):1-21.
124. Cosgrove L, Peters SM, Vaswani A, et al. Institutional corruption in psychiatry: Case analyses and solutions for reform. *Soc Personal Psychol Compass*. 2018; 12(6):1-10.
125. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*. 2011; 3(3):179-91.
126. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*. 2011; 3(3):192-204.
127. Kłapciński MM, Rymaszewska J. Open Dialogue Approach – about the phenomenon of Scandinavian Psychiatry. *Psychiatr. Pol*. 2015; 49(6):1179-90.
128. Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy in Australia*. 2014; 20(3):28-35.
129. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res*. 2018; 270:168-75.
130. Middleton H, Moncrieff J. Critical psychiatry: a brief overview. *BJPsych. Adv*. 2019; 25(1):47-54.
131. Pulhiez GC, Norman AH. Prevenção quaternária em saúde mental. *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2021; 16(43):1-10.
132. Gotzsche PC. *Critical psychiatry*. Copenhagen: Institute for Scientific Freedom; 2022. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: <https://www.scientificfreedom.dk/wp-content/uploads/2023/05/Gotzsche-Critical-Psychiatry-Textbook.pdf>.
133. Double DB. Twenty years of the Critical Psychiatry Network. *Br. j. psychiatry*. 2019; 214(2):61-2.
134. Gotzsche PC. Psychopharmacology Is Not Evidence-Based Medicine. In: Davies J. *The Sedated Society*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 23-49.
135. Ghaemi SN. Symptomatic versus disease-modifying effects of psychiatric drugs. *Acta Psychiatr. Scand*. 2022; 146(3):251-7.
136. Pik N. More treatment, but what kind of treatment? A response to Mulder, Rucklidge and Wilkinson. *Aust. New Zealand j. psychiatr*. 2018; 52(8):1.

Recebido em 18/12/2022

Aprovado em 28/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) (processo nº 88882.437588/2019-01). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Bolsa de produtividade em pesquisa do CNPq (processo nº 313822/2021-2)

Equidade em saúde para a população em situação de rua: uma revisão crítica

Health equity for homelessness: a critical review

Daniel Felix Valsechi¹, Maria Cristina da Costa Marques¹

DOI: 10.1590/0103-1104202313917

RESUMO A noção de equidade em saúde se manifesta nas sociedades modernas por meio de diferentes ideias e propostas operacionais. No que diz respeito às pessoas em situação de rua, a equidade dialoga com a igualdade e a justiça para mobilizar diversas aplicações na saúde: enquanto a concepção liberal de equidade em saúde busca favorecer as condições de saúde dessa população sem romper com o modo de produção vigente, a concepção crítica almeja ampliar as condições e as necessidades de saúde na luta por uma sociedade emancipada. Com o objetivo de caracterizar as concepções de equidade em saúde expressas na literatura científica sobre essa população, este estudo realizou uma revisão crítica dos artigos disponíveis em portais de busca on-line. 1.716 publicações foram identificadas na amostragem inicial e 35 artigos foram incluídos na revisão após aplicação de procedimentos metodológicos. Os artigos foram caracterizados com relação às ideias e aplicações da equidade em saúde para a população em situação de rua, discutindo-se a respeito de metodologia, justiça e igualdade, distinção entre as concepções, processo saúde-doença, políticas públicas e pandemia da Covid-19. Aponta-se para a dominância da concepção liberal na literatura sobre essa população e a necessidade de investigações a partir da concepção crítica.

PALAVRAS-CHAVE Equidade em saúde. Pessoas mal alojadas. Revisão. Pensamento. Economia e organizações de saúde.

ABSTRACT *The notion of equity in health manifests itself in modern societies through different ideas and operational proposals. Concerning homeless persons, equity dialogues with equality and justice to mobilize several applications in health: while the liberal conception of equity in health seeks to favor the health conditions of this population without breaking with the current mode of production, the critical conception aims to expand health conditions and needs in the struggle for an emancipated society. With the aim of characterizing the conceptions of equity in health expressed in the scientific literature on this population, this study carried out a critical review of the articles available on online search portals databases. 1,716 publications were identified in the initial sample and 35 articles were included in the review after application of methodological procedures. The articles were characterized in relation to the ideas and applications of equity in health for the homeless population, discussing methodology, justice and equality, distinction between conceptions, health-disease process, public policies and the COVID-19 pandemic. It points to the dominance of the liberal conception in the literature on this population and the need for investigations from the critical conception.*

KEYWORDS *Health equity. Ill-housed persons. Review. Thinking. Health care economics and organizations.*

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.
daniel.valsechi@gmail.com



Introdução

As ideias de justiça e igualdade se manifestam de forma sintética na noção de equidade, conceito emergente nas sociedades modernas. Em sentido econômico, equidade significa instituir critérios para que a distribuição dos recursos existentes ocorra de forma desproporcional em determinado período histórico.

A aproximação entre equidade e saúde foi introduzida pela medicina social no século XIX, debate que avançou no tempo, sendo marcado por disputas teóricas, metodológicas e conceituais¹. A equidade foi incorporada pelo pensamento econômico em saúde enquanto “princípio segundo o qual a alocação de recursos é feita em função das necessidades de determinada população”²⁽³⁷⁾, originando o termo ‘equidade em saúde’.

Utilizar esse termo é uma atividade que necessariamente expressa um posicionamento político-econômico – dito de outra forma, abordar a equidade em saúde representa assumir uma perspectiva sobre a relação entre o processo saúde-doença e a dinâmica de produção, distribuição e consumo dos bens e serviços. Diferentemente da díade igualdade-desigualdade, em que os conceitos podem se desdobrar em aferições quantificáveis³ que facilmente ocultam as determinações estruturais, a equidade e sua negação, a iniquidade, são conceitos que sempre declaram uma posição sobre as relações sociais. Não por acaso, o conceito de iniquidade em saúde está sendo substituído por outros aparentemente mais neutros, como ‘desigualdades em saúde’ e ‘disparidades em saúde’¹, pois sua utilização manifesta um “sentido na dimensão política de repartição das riquezas na sociedade”⁴⁽¹⁴⁰⁾.

Sabendo-se que a linguagem é “um conjunto de noções e conceitos determinados e não, simplesmente, de palavras gramaticalmente vazias de conteúdo”⁵⁽¹¹⁾, toda manifestação da atividade intelectual se respalda em uma forma social de consciência, ou seja, em uma concepção do mundo. Cada concepção do mundo expressa uma análise da relação entre homem,

natureza e sociedade, necessariamente endossando um projeto econômico e sociopolítico específico. Nesse sentido, a disputa teórico-conceitual sobre a questão da equidade em saúde é marcada pela concorrência de duas concepções antagônicas: a liberal, vinculada ao projeto de manutenção do modo de produção vigente; e a crítica, ligada às forças que lutam pela superação da sociedade capitalista.

A concepção liberal de equidade em saúde se fundamenta na teoria da justiça formulada por John Rawls, pensador liberal igualitarista que buscou nivelar a noção de equidade ao conceito de justiça. Apoiada no pensamento econômico neoclássico, a teoria de Rawls⁶⁽³³³⁾ afirma que as desigualdades econômicas e sociais devem, concomitantemente, trazer “o maior benefício possível para os menos favorecidos, obedecendo às restrições do princípio da poupança justa” e ser “vinculadas a cargos e posições abertos a todos em condições de igualdade equitativa de oportunidades”. Essa ideia neocontratualista de justiça social, chamada de teoria da justiça como equidade, vem sendo incorporada desde a década de 1990 nas políticas alinhadas às contrarreformas sociais desenvolvidas em diversos países, efetivando-se na área da saúde por meio das estratégias de focalização.

Em contraposição a essas ideias, a concepção crítica de equidade em saúde introduz a discussão nos contextos socioeconômicos ampliados, posicionando-se frente às contradições sobre como os seres humanos distribuem as riquezas produzidas pela prática social global. Partindo do pressuposto de que a sociedade é dividida em classes fundamentais cujos interesses são irreconciliáveis, essa concepção aponta os limites das ações focalizadas em saúde como meio para responder às desigualdades sociais, uma vez que a organização dos bens e serviços em saúde também se insere nas relações de produção dominadas pelos interesses do capital. Dessa forma, a noção de equidade em saúde apenas pode ser plenamente efetivada pela ultrapassagem da sociedade atual, alcançando uma dinâmica

de produção e distribuição da saúde que se aproxime do seguinte princípio: “de cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades”⁷⁽³²⁾.

Na medida em que se ampliam as investigações sobre os problemas sociais e suas intersecções na área da saúde, pronuncia-se cada vez mais a noção de equidade em saúde para apresentar projetos, justificar pressupostos e validar práticas direcionadas ao processo saúde-doença de determinados grupos populacionais. O problema da população em situação de rua suscita um crescente debate sobre como elaborar e efetivar políticas públicas que atendam às necessidades de saúde dos que habitam os espaços públicos, culminando em propostas operacionais provenientes das distintas concepções de equidade em saúde.

As respostas das sociedades a essa população foram se alterando conforme se transformaram os modos de produção dominantes. Analisado a partir do materialismo histórico, o processo de realização se revela enquanto processo social, “condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num *continuum*”⁸⁽¹⁹⁴⁾ indissociável da base material da produção da vida – expressão decorrente, portanto, dos conflitos entre as classes fundamentais em cada período histórico. No escravismo, a valorização do ócio em detrimento do trabalho incentivava a caridade para as pessoas que viviam nas ruas das pólis, a exemplo dos cínicos na Grécia Antiga; no declínio do modo de produção feudal e ascensão do capitalismo comercial, puniam-se as pessoas capazes de trabalhar que exerciam a mendicância nas cidades incipientes, prática aceitável apenas quando realizada por órfãos, viúvas e incapazes ao trabalho; por fim, no tempo presente de dominância do capital financeiro, buscam-se soluções ora pontuais, ora prolongadas para lidar com uma população de rua constituída principalmente por “pessoas inseridas em trabalhos informais, que são sua principal estratégia de sobrevivência”⁹⁽³⁶³⁾. As sociedades modernas quase sempre buscam reagir às demandas dessa

população por meio de ações pontuais que não interrogam os motivos da atual ‘situação de rua’ nem buscam soluções que desafiem suas raízes, muitas vezes resultando em processos fragmentados e incoerentes.

O imbróglio enfrentado pelo Estado brasileiro na resposta às demandas da população de rua exemplifica a impossibilidade de tentar conciliar a noção de equidade aos interesses opostos das classes sociais. Apesar de o direito à moradia ser garantido constitucionalmente no País, a atenção prioritária aos interesses especulativos do restrito grupo de proprietários imobiliários impede que o déficit habitacional seja imediatamente suprido. Uma das soluções parciais encontradas pelo Estado foi a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua, surgida no bojo das políticas latino-americanas alinhadas às contrarreformas sociais formuladas por organismos internacionais como o Banco Mundial e a Comissão Econômica para a América Latina (Cepal)¹⁰, resultando em intervenções focais, custo-eficientes e supostamente equitativas.

Tendo em vista as questões relativas à noção de equidade em saúde, assim como sua disputa por diferentes tradições do pensamento econômico, considera-se relevante investigar as concepções de equidade em saúde para a população em situação de rua, especificamente no que tange às suas principais aplicações, sua relação com o processo saúde-doença e seu posicionamento sobre a estrutura socioeconômica, visando a produzir respostas mais abrangentes sobre a noção de equidade frente a essa população. São vastos os questionamentos sobre a equidade em saúde, portanto, foi formulada a seguinte pergunta norteadora para conduzir o presente estudo: o que a literatura científica apresenta sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua?. O objetivo geral consiste em caracterizar as concepções de equidade em saúde que aparecem na literatura científica sobre essa população, tendo como objetivos específicos: a) identificar as aplicações dessas ideias de equidade em saúde para a população

em situação de rua; e b) analisar os fundamentos das aplicações a partir das correntes do pensamento econômico.

Material e métodos

Este estudo consiste em uma revisão crítica da literatura, orientada pelos processos-chave da síntese interpretativa crítica¹¹, método de revisão da literatura que busca reunir as evidências dos artigos incluídos em um argumento sintético por meio da dinâmica entre pesquisa, amostragem, crítica e análise. Apesar dessa metodologia orientar revisões que se concentrem no acesso ao sistema de saúde por grupos vulneráveis no Reino Unido, seus procedimentos foram considerados relevantes para conduzir esta revisão crítica da literatura, principalmente ao sublinhar que “há necessidade de uma constante reflexividade para informar as noções teóricas emergentes, pois elas orientam os demais processos”¹¹.

Estratégia de busca e fontes de dados

O primeiro momento metodológico desta revisão consistiu em planejar a estratégia ordenada e sistemática de busca nas fontes de dados, orientando-se pelas recomendações para revisões sistemáticas focadas em equidade presentes no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA-E 2012)¹². De início, a pergunta de pesquisa auxiliou na delimitação dos itens-chave ‘equidade em saúde’ e ‘população em situação de rua’. A partir desses itens-chave, foram eleitos os vocábulos controlados e correspondentes por meio da busca de descritores nos seguintes tesouros virtuais: a) Medical Subject Headings (MeSH), disponibilizado pela The United States National Library of Medicine (NLM); e b) Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), edição 2021, desenvolvido pela Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BVS). Cinco descritores

foram derivados do item-chave ‘equidade em saúde’, selecionados nos portais MeSH e DeCS: “Equidade”, “Equidade em saúde”, “Equidade no acesso aos serviços de saúde”, “Estratégias para cobertura universal da saúde” e “Equidade vertical”; e dois descritores do item-chave ‘população em situação de rua’: “Pessoas em situação de rua” e “Jovens em situação de rua”.

Os descritores foram combinados aos operadores booleanos de adição (AND) e de oposição (OR) para criar sintaxes de busca reproduzíveis nos idiomas português, espanhol e inglês. Os seguintes portais de busca on-line foram selecionados como fontes de dados, levando-se em consideração a vasta quantidade de publicações indexadas nesses idiomas nas suas bases de dados, assim como o reconhecimento público nas áreas relativas a este estudo e à abrangência territorial: a) Portal Regional da BVS, b) PubMed®, c) Scientific Electronic Library Online (SciELO) e d) Scopus®.

Entre janeiro e fevereiro de 2022, foram realizadas buscas exploratórias nesses portais por meio da operação de sintaxes preliminares no formulário de pesquisa avançada, pretendendo aprimorar a seleção dos descritores e a construção das sintaxes definitivas, de modo que os resultados convergissem para responder à pergunta norteadora. Foi estabelecida a seguinte sintaxe de busca em português: (“Equidade” OR “Equidade em Saúde” OR “Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde” OR “Estratégias para Cobertura Universal de Saúde” OR “Equidade vertical”) AND (“Pessoas em Situação de Rua” OR “Jovens em Situação de Rua”); com a sintaxe correspondente em espanhol: (“*Equidad*” OR “*Equidad en Salud*” OR “*Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud*” OR “*Estrategias para Cobertura Universal de Salud*” OR “*Equidad Vertical*”) AND (“*Personas sin Hogar*” OR “*Jóvenes sin Hogar*”), e em inglês: (“*Equity*” OR “*Health Equity*” OR “*Equity in Access to Health Services*” OR “*Strategies for Universal Health Coverage*” OR “*Vertical Equity*”) AND (“*Homeless Persons*” OR “*Homeless Youth*”).

Procedeu-se à pesquisa nos portais de busca on-line no dia 7 de março de 2022, utilizando as sintaxes previamente testadas e definidas. Foram identificadas 1.716 publicações indexadas nas bases de dados, sendo 239 na BVS, 149 na PubMed®, 22 no SciELO e 1.306 na Scopus®. A *tabela 1* apresenta a quantidade de

publicações resultantes das buscas realizadas nos portais com essas sintaxes. Cada resultado de pesquisa foi exportado para um arquivo de coleção de referências e, em seguida, importado no *software* gerenciador de referências Zotero® para agrupamento dos resultados e prosseguimento na metodologia da revisão.

Tabela 1. Quantidade de publicações resultantes das buscas realizadas nos portais, distribuídas por idioma e sintaxe de busca

Idioma	Sintaxe de busca	Portal de busca on-line	Número de publicações
Português	("Equidade" OR "Equidade em Saúde" OR "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde" OR "Estratégias para Cobertura Universal de Saúde" OR "Equidade vertical") AND ("Pessoas em Situação de Rua" OR "Jovens em Situação de Rua")	BVS	80
		PubMed®	0
		SciELO	15
		Scopus®	15
Espanhol	("Equidad" OR "Equidad en Salud" OR "Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud" OR "Estrategias para Cobertura Universal de Salud" OR "Equidad Vertical") AND ("Personas sin Hogar" OR "Jóvenes sin Hogar")	BVS	73
		PubMed®	0
		SciELO	3
		Scopus®	7
Inglês	("Equity" OR "Health Equity" OR "Equity in Access to Health Services" OR "Strategies for Universal Health Coverage" OR "Vertical Equity") AND ("Homeless Persons" OR "Homeless Youth")	BVS	86
		PubMed®	149
		SciELO	4
		Scopus®	1.284
Total			1.716

Fonte: elaboração própria.

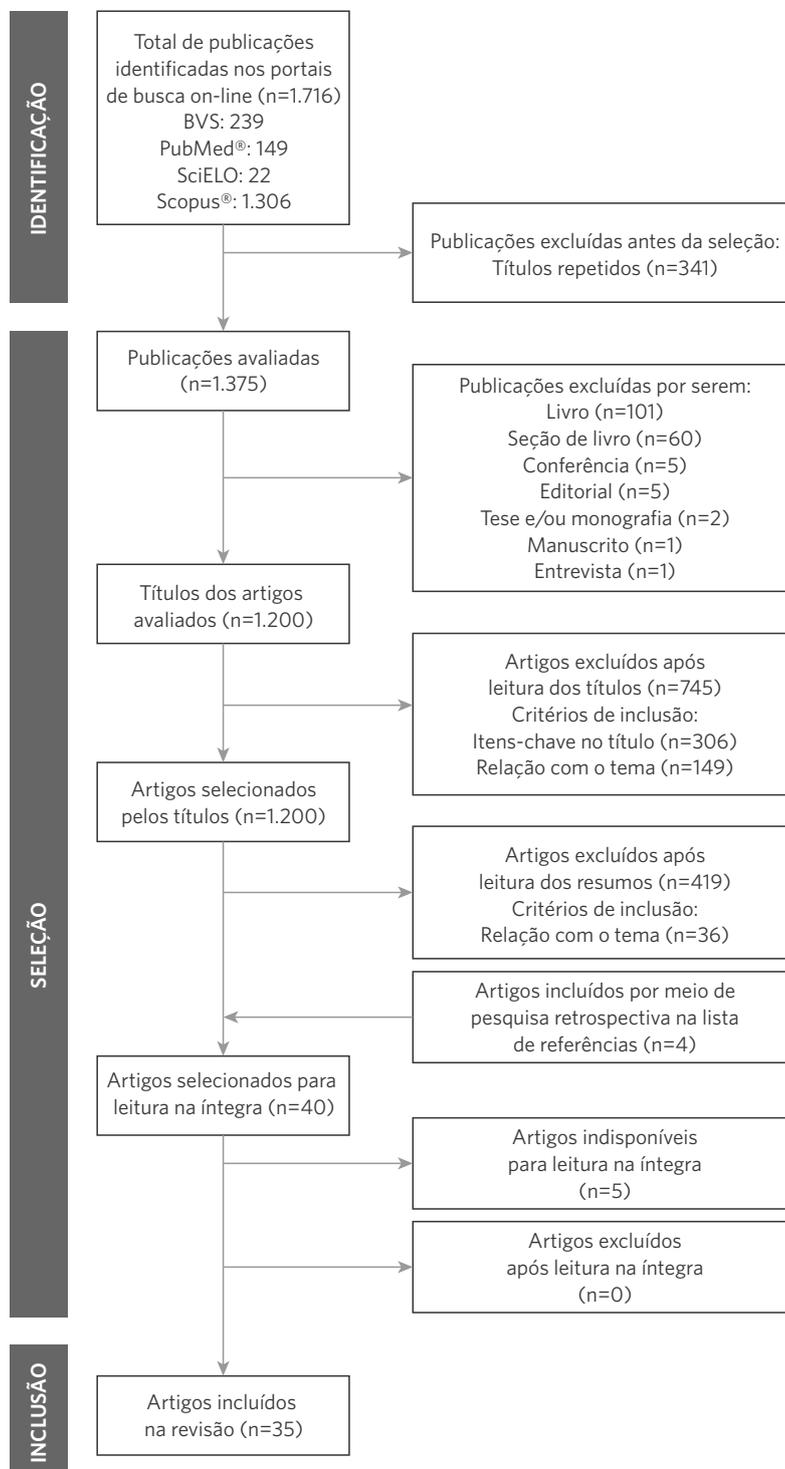
Processo de inclusão dos artigos na revisão

O segundo momento metodológico deste estudo consistiu na identificação, seleção e inclusão das publicações, conforme fluxograma da *figura 1*. As publicações resultantes das buscas nos portais foram avaliadas por meio do *software* Zotero® para a exclusão de títulos duplicados (n = 341) e de publicações que não são artigos (n = 175).

Em seguida, foram avaliados os títulos de 1.200 artigos por meio do aplicativo on-line Rayyan, adotando-se como critérios de

inclusão a presença de itens-chave no título (n = 306) e a relação com o tema da pesquisa (n = 149), sendo selecionados 455 artigos para leitura dos resumos. Por fim, 36 artigos foram incluídos após leitura dos resumos devido à relação do resumo com o tema, e 4 foram incluídos por meio de pesquisa retrospectiva na lista de referências, resultando em 40 artigos para leitura na íntegra. 5 artigos estavam indisponíveis ou restritos para leitura e foram excluídos da pesquisa, pois prejudicariam a reprodutibilidade do estudo. Entre os 35 artigos, todos foram incluídos na revisão da literatura.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos na revisão sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua



Fonte: elaboração própria, com base em PRISMA¹².

Análise dos dados

Após a leitura integral dos artigos incluídos na revisão, foi elaborada uma matriz de caracterização e síntese (quadro-síntese) que contempla as principais características de cada texto (autoria, ano de publicação, metodologia e local de análise) junto à concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação.

A elaboração do quadro-síntese deu início ao terceiro momento metodológico deste estudo, permitindo a comparação de informações a partir de dados sintetizados em variáveis qualitativas categórico-nominais. Tomaram-se os critérios de criticidade expostos na introdução como método de análise e distinção entre as variáveis, procedendo-se, em paralelo, à discussão dos resultados obtidos.

Resultados e discussão

As regiões centrais do capitalismo contemporâneo são os locais mais prevalentes de análise dos artigos, com destaque para a América do Norte, em que 12 examinam a população em situação de rua nos Estados Unidos da América (EUA), e também 12 no Canadá; além de países da Oceania (n = 6) e europeus (n = 11), principalmente o Reino Unido (n = 6). Entre as regiões periféricas, o Brasil está presente em 9 artigos, e há apenas 1 artigo que contempla o continente africano, proveniente do Quênia.

A maioria foi publicada na década de 2010 (n = 19), além de 15 artigos datados das décadas de 2020 e 1 da década de 2000. O periódico mais prevalente foi o 'International Journal for Equity in Health' (n = 5). 26 artigos foram primeiramente publicados em inglês, 9 em português, e nenhum artigo em espanhol foi incluído.

Quadro 1. Quadro-síntese da revisão da literatura sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua: matriz de síntese e caracterização dos artigos incluídos na revisão

N	Autoria	Ano de publicação	Metodologia	Local de análise	Concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação
1	Aguiar MM, Iriart JAB ¹³	2012	Estudo qualitativo	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
2	Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, <i>et al.</i> ¹⁴	2022	Revisão integrativa de literatura	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
3	Baggio S, Jacquieroz F, Salamun J, <i>et al.</i> ¹⁵	2021	Estudo transversal	Suíça	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
4	Baum F, Newman L, Biedrzycki K, <i>et al.</i> ¹⁶	2010	Estudo qualitativo	Austrália	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
5	Borysow IC, Furtado JP ¹⁷	2014	Estudo de caso	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
6	Borysow IC, Conill EM, Furtado JP ¹⁸	2017	Análise comparada de dados	Portugal, EUA e Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
7	Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA ¹⁹	2010	Relato de experiência	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde

Quadro 1. Quadro-síntese da revisão da literatura sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua: matriz de síntese e caracterização dos artigos incluídos na revisão

N	Autoria	Ano de publicação	Metodologia	Local de análise	Concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação
8	Cernadas A, Fernández A ²⁰	2021	Estudo qualitativo	Espanha	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
9	Clifford B, Wilson A, Harris P ²¹	2019	Revisão sistemática da literatura	EUA, Austrália, Canadá e França	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
10	Cruz JR, Taquette SR ²²	2020	Estudo qualitativo	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: intervenções baseadas em equidade
11	Dunn JR, van der Meulen E, O'Campo P, <i>et al.</i> ²³	2013	Avaliação baseada em teoria	América do Norte, Venezuela e Nova Zelândia	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
12	Embleton L, Shah P, Gayapersad A, <i>et al.</i> ²⁴	2020	Estudo qualitativo	Quênia	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
13	Farina M, Lavazza A ²⁵	2021	Estudo de casos	EUA e Reino Unido	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
14	Field H, Hudson B, Hewett N, <i>et al.</i> ²⁶	2019	Análise exploratória de dados	Reino Unido	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
15	Gallaher C, Herrmann S, Hunter L, <i>et al.</i> ²⁷	2020	Análise de projeto	Inglaterra	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
16	Horvitz-Lennon M, Zhou D, Normand SLT, <i>et al.</i> ²⁸	2011	Análise exploratória de dados	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
17	Kazevman G, Mercado M, Hulme J, <i>et al.</i> ²⁹	2021	Relato de experiência	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: estratégias de eSaúde
18	Lazarus JV, Baker L, Cascio M, <i>et al.</i> ³⁰	2020	Relato de projeto colaborativo	Europa	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
19	MacKenzie M, Purkey E ³¹	2019	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
20	Magwood O, Hanemayer A, Saad A, <i>et al.</i> ³²	2020	Análise de projeto	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
21	McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB ³³	2012	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
22	Mercer T, Khurshid A ³⁴	2021	Análise de projeto	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
23	Moledina A, Magwood O, Agbata E, <i>et al.</i> ³⁵	2021	Revisão sistemática da literatura	EUA, Canadá, Reino Unido, Países Baixos e Austrália	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos

Quadro 1. Quadro-síntese da revisão da literatura sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua: matriz de síntese e caracterização dos artigos incluídos na revisão

N	Autoria	Ano de publicação	Metodologia	Local de análise	Concepção de equidade em saúde e sua principal aplicação
24	Orciari EA, Perman-Howe PR, Foxcroft DR ³⁶	2022	Revisão sistemática da literatura	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: intervenções baseadas em equidade
25	Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR <i>et al.</i> ³⁷	2016	Revisão integrativa da literatura	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
26	Patterson ML, Markey MA, Somers JM ³⁸	2012	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
27	Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC, <i>et al.</i> ³⁹	2018	Relato de experiência	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: determinantes sociais da saúde
28	Purkey E, MacKenzie M ⁴⁰	2019	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na assistência à saúde
29	Robards F, Kang M, Steinbeck K, <i>et al.</i> ⁴¹	2019	Estudo qualitativo	Austrália	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
30	Seaman A, King CA, Kaser T, <i>et al.</i> ⁴²	2021	Estudo experimental	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade na alocação de recursos
31	Smithman MA, Descoîteaux S, Dionne E, <i>et al.</i> ⁴³	2020	Revisão de escopo da literatura	EUA, Canadá, Austrália, Reino Unido, Nova Zelândia, Israel, Itália, México e Alemanha	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
32	Stajduhar KI, Mollison A, Giesbrecht M, <i>et al.</i> ⁴⁴	2019	Estudo qualitativo	Canadá	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
33	Varanda W, Adorno RC ⁴⁵	2004	Estudo qualitativo	Brasil	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde
34	Wang JZ, Mott S, Magwood O, <i>et al.</i> ⁴⁶	2019	Revisão sistemática da literatura	EUA, Canadá, Coreia do Sul e Países Baixos	Concepção liberal de equidade em saúde: intervenções baseadas em equidade
35	White BM, Newman SD ⁴⁷	2014	Revisão sistemática da literatura	EUA	Concepção liberal de equidade em saúde: equidade no acesso aos serviços de saúde

Fonte: elaboração própria.

O quadro-síntese em tela (*quadro 1*) revela que todos os 35 artigos incluídos nesta revisão da literatura se fundamentam na concepção liberal de equidade em saúde, e nenhum na concepção crítica.

Os artigos incluídos apresentam seis aplicações centrais da equidade em saúde para a população em situação de rua, balizadas pela concepção liberal dessa noção: determinantes sociais da saúde, equidade na alocação

de recursos, equidade na assistência à saúde, equidade no acesso aos serviços de saúde, estratégias de eSaúde e intervenções baseadas

em equidade. A distribuição dessas aplicações nos artigos está expressa na *tabela 2*.

Tabela 2. Distribuição dos artigos incluídos nesta revisão com relação à concepção de equidade em saúde e a principal aplicação dessa noção para a população em situação de rua

Concepção de equidade em saúde	Principal aplicação da equidade em saúde para a população em situação de rua	Quantidade de artigos (n = 35)	Número do(s) artigo(s) no Quadro 1
Concepção liberal de equidade em saúde	Determinantes sociais da saúde	4	9, 12, 26, 27
	Equidade na alocação de recursos	7	3, 4, 11, 13, 14, 23, 30
	Equidade na assistência à saúde	5	15, 16, 19, 20, 28
	Equidade no acesso aos serviços de saúde	15	1, 2, 5, 6, 7, 8, 18, 21, 22, 25, 29, 31, 32, 33, 35
	Estratégias de eSaúde	1	17
	Intervenções baseadas em equidade	3	10, 24, 34

Fonte: elaboração própria.

Frente aos resultados obtidos, foram definidos os seguintes tópicos que orientaram a discussão: 1) características metodológicas dos artigos; 2) justiça e igualdade nas concepções de equidade em saúde; 3) aplicações da concepção liberal de equidade em saúde para a população em situação de rua; 4) concepção crítica de equidade em saúde e a população em situação de rua; 5) equidade e o processo saúde-doença da população em situação de rua; 6) equidade e as políticas públicas direcionadas para a população em situação de rua no Brasil; 7) equidade em saúde para a população em situação de rua durante a pandemia da doença do Coronavírus 2019 (Covid-19).

Características metodológicas dos artigos

A maioria dos artigos (n = 31) apresenta os resultados de estudos com abordagem predominantemente qualitativa, recorrendo a procedimentos como entrevistas não estruturadas e semiestruturadas, grupos focais, etnografia e análise documental. Desses artigos, destacam-se os que realizaram especificamente relatos

de experiência^{19,29,39}, análise de projeto^{27,32,34}, estudos de caso^{17,25}, análise comparada de dados¹⁸, relato de projeto colaborativo³⁰ e avaliação baseada em teoria²³.

Oito revisões da literatura foram incluídas, sendo essas do tipo sistemática^{21,35,36,46,47}, integrativa^{14,37} e de escopo⁴³. Nenhuma dessas revisões se concentrou especificamente na equidade em saúde para a população em situação de rua.

Em alguns artigos, foram utilizadas abordagens quantitativas combinadas a análises qualitativas, como estudos de análise exploratória de dados^{26,28} e um estudo observacional analítico transversal¹⁵. Apenas um artigo resultou de pesquisa com delineamento experimental⁴².

Cabe ressaltar que diversos artigos analisam grupos populacionais para além da população em situação de rua, apesar desta estar presente na totalidade dos artigos incluídos na revisão. Usuários de substâncias ilícitas, portadores de transtornos mentais^{13,14,17,19,23,28,35,38}, imigrantes sem documentos^{15,20,25,30}, aborígenes ou indígenas^{16,35,38,40,41,43}, refugiados ou solicitantes de refúgio^{25,31,41,43} e pessoas em situação de exploração sexual^{20,23,30} também

são alguns dos grupos evidenciados, muitas vezes com intersecções com a população em situação de rua.

Justiça e igualdade nas concepções de equidade em saúde

As imprecisões conceituais sobre a equidade em saúde são ressaltadas por vários autores^{3,4,48,49}. Campos⁴⁸ apresenta duas acepções opostas sobre equidade que são úteis para distinguir o que chamamos neste estudo de concepções de equidade em saúde: o sentido genérico e predominante na área da saúde, para o qual equidade é sinônimo ou correlato dos conceitos de igualdade e justiça e indica determinadas regras para a organização social, aproximando-se do conceito denominado aqui como concepção liberal de equidade em saúde; e o sentido específico, que correlaciona a noção de equidade a outros conceitos e valores historicamente apreendidos para indicar “um julgamento e uma intervenção situacional, ou seja, em acordo com a singularidade de cada caso”⁴⁸⁽²⁶⁾, sentido convergente ao que se chama neste estudo de concepção crítica de equidade em saúde.

De forma mais aprofundada, considera-se que cada noção de equidade em saúde está ligada a uma ideia constitutiva de justiça. Para a concepção liberal, o princípio ‘a cada um de acordo com seu mérito’ apenas se aplica na prática em associação ao princípio distributivo ‘a cada um a mesma coisa’, traduzindo-se nas esferas da distribuição e do consumo das sociedades estratificadas por meio da seguinte ideia regulatória de justiça: ‘a cada um de acordo com sua posição’⁵⁰⁽⁵¹⁾. Por serem baseadas no direito legal à propriedade, as sociedades modernas estabelecem normas de proporcionalidade para aplicar essa ideia restrita de justiça distributiva, resultando em políticas sociais que buscam direcionar os gastos para uma população definida e atingir uma sociedade igualitária. Já para a concepção crítica, o princípio fundamental ‘a cada um segundo suas necessidades’ não representa

uma ideia de justiça, pois pressupõe a igualdade real como ponto de partida, indo além da justiça e advogando pela liberdade absoluta a ser atingida na construção de uma sociedade autodeterminada e emancipada, onde as ‘necessidades radicais’ sejam atendidas a partir da atividade dos indivíduos livremente associados. As ideias reguladoras de justiça e a própria noção moderna de justiça são irrelevantes para esse projeto societário⁵⁰⁽¹⁵²⁾, pois essas são exigidas apenas nas sociedades em que predominam as relações sociais de produção baseadas na exploração, cindidas em classes e estruturalmente desiguais e injustas.

As ideias de justiça são articuladas nos artigos por meio de uma discussão geral sobre esse conceito^{14,21,23,24,37-39,44} ou de forma vinculada à saúde^{18,20,25,27,44}; assim como ocorre com o emprego do seu antônimo, a injustiça^{22,24,36,38,44,45}. As argumentações sobre a igualdade seguem o mesmo caminho e surgem junto à saúde^{20,25,31,38,41} ou a outros enfoques¹⁴. O problema da desigualdade geralmente se manifesta no conceito de ‘desigualdade social’^{16,17,22,24,32,35-37,39}, apesar de alguns artigos aplicarem essa noção na área da saúde^{15,20,23,25,30}. Nem sempre os conceitos de justiça e igualdade, assim como seus conceitos opostos, aparecem juntos no debate sobre equidade.

Os sistemas de saúde vêm apresentando nas últimas décadas algumas propostas operacionais que buscam equalizar as condições de saúde das populações pobres, muitas vezes apresentadas como ‘políticas de equidade em saúde’. De forma geral, as políticas de saúde equitativas foram implementadas com base nos ‘princípios para ação’ formulados por Margaret Whitehead no início da década de 1990, ideias que desempenharam grande influência nas intervenções preocupadas com a criação de “oportunidades iguais para a saúde e com a redução dos diferenciais de saúde ao nível mais baixo possível”⁵¹⁽²²⁰⁾ (tradução nossa). Essas recomendações práticas para as políticas de saúde são tributárias do pensamento econômico de John Rawls³ e, portanto,

integram a concepção liberal de equidade em saúde. Soma-se a essa concepção o conceito de equidade elaborado pela International Society for Equity in Health (ISEqH) e apoiado por Macinko e Starfield⁵², que, apesar de auxiliar na identificação de iniquidades passíveis de intervenções,

não distingue equidade de igualdade ao defini-la como ‘ausência de diferenças’. Também, ao recusar entrar no debate sobre a justiça em saúde, tal posicionamento não enfrenta temas polêmicos sobre acesso e oferta de serviços, financiamento e formas de organização e controle de sistemas de saúde que constituem dilemas políticos concretos. E, finalmente, ao não explicitar qual o sentido atribuído ao conceito de ‘necessidades iguais’, implica alguns problemas conceituais e operacionais^{49(s218)}.

Aplicações da concepção liberal de equidade em saúde para a população em situação de rua

Os grupos populacionais que ocupam as camadas mais vulneráveis da classe trabalhadora, entre os quais, inclui-se a população em situação de rua, aparecem distinguidos nos artigos como marginalizados, vulneráveis, estigmatizados, desfavorecidos, carentes, privados, desprivilegiados, esquecidos, invisíveis, discriminados, rejeitados, entre outras denominações. A exclusão social irrompe na maioria dos artigos (n = 18) como instrumento teórico-conceitual aparentemente autoexplicativo sobre por que, afinal, esses grupos podem ser assim adjetivados. Assim, essas caracterizações se destacam dos processos sociais excludentes e discriminatórios que os produziram. A inclusão social é indicada em diversos artigos^{16,17,21,22,25,37,38} como objetivo das propostas tecidas ao longo da argumentação, ainda que levem em conta a precarização desses grupos incluídos no mundo do trabalho. Nesse ínterim, destaca-se a abordagem emergente de ‘saúde inclusiva’, entendida como

“serviço, pesquisa e agenda política que visa prevenir e corrigir as desigualdades sociais e de saúde entre as populações mais vulneráveis e excluídas”⁵³⁽²⁶⁶⁾ (tradução nossa) e utilizada por artigos²⁵⁻²⁷ para avaliar a efetividade de intervenções focalizadas.

Os artigos que aplicam a equidade na alocação de recursos variam na abordagem tanto sobre como a alocação deve ocorrer quanto com relação a quais recursos devem ser alocados. Visando a favorecer as condições de saúde da população em situação de rua, há propostas mais imediatas como a priorização dessa população na testagem¹⁵ e na vacinação²⁵ durante a pandemia da Covid-19, assim como há propostas mais amplas que almejam melhorar a alocação dos recursos assistenciais em saúde^{26,42} e dos recursos decorrentes de políticas custo-eficazes³⁵, habitacionais²³ e de inclusão social¹⁶. No que diz respeito às intervenções baseadas em equidade, há artigos que avaliam o impacto de intervenções realizadas⁴⁶ e também sugerem intervir no acolhimento às demandas dessa população²² e na mudança de comportamentos sobre o uso de substâncias³⁶.

O acesso aos serviços de saúde consiste na aplicação majoritária da noção de equidade nos artigos. No caso do Brasil, alude-se ao princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) para recomendar a efetivação de ações e serviços de saúde flexíveis¹³, com melhores recursos¹⁷ e novas abordagens³⁷, atendendo às necessidades de saúde^{14,18,19,45} da população em situação de rua. Artigos que analisam outros locais evidenciam os diversos obstáculos no acesso aos serviços de saúde^{20,34,40,41,47} por essa população, com destaque para os serviços de cuidados paliativos^{31,33,44}, propondo a superação dessas barreiras a partir da construção de *checklist*³⁰ e de tipologia de componentes de inovação organizacional⁴³. A equidade na assistência à saúde é investigada a partir de questões locais e operacionais, como os cuidados hospitalares^{26,27,40} e os efeitos da implantação de diretrizes³² e tratamentos²⁸, almejando atendimentos igualitários³¹, justos e equitativos²⁷ para essa população.

Concepção crítica de equidade em saúde e a população em situação de rua

Apenas parte dos artigos tangencia os processos socioeconômicos, seja para contextualizar determinado argumento ou para indicar vagamente sua influência sobre as condições de saúde. Em quatro artigos, há referência ao capital^{13,37} e ao capitalismo^{22,37,39}, todavia, nenhum deles aprofunda a relação entre esse modo de produção e a saúde da população em situação de rua; outrossim, em nenhum a noção de equidade está criticamente articulada aos processos econômicos fundamentais da sociedade vigente.

Também, em quatro artigos^{21,24,38,44} prevalece a dimensão estrutural da equidade em saúde, aprimorando o debate sobre a dinâmica entre a saúde da população em situação de rua e os problemas econômicos subjacentes, entretanto, todos apresentam limitações importantes. Nenhum dos artigos utiliza o materialismo histórico como paradigma de análise, recorrendo à fenomenologia para orientar a discussão sobre os resultados encontrados. Não por acaso, a teoria dos Determinantes Sociais de Saúde aparece em todos esses artigos como suporte explicativo para as iniquidades em saúde que atingem a população de rua. Nenhum desses artigos indica o modo de produção capitalista como central no movimento contemporâneo de rualização, secundarizando o impacto das relações sociais de produção sobre o processo saúde-doença desse grupo populacional. Assim, esses artigos também foram categorizados como integrantes da concepção liberal de equidade em saúde, haja vista os critérios de criticidade estabelecidos.

Ainda que a concepção crítica de equidade em saúde seja heterogênea, apresentando disputas teórico-conceituais e operacionais, há uma premissa indispensável em sua argumentação: o capitalismo produz desigualdades sociais – e, conseqüentemente, iniquidades

em saúde – de forma estrutural e irremediável. Sabe-se que a negação sistemática do direito humano à moradia é indissociável dos interesses das classes dominantes, portanto, o processo atual de rualização e seus efeitos sobre a saúde da população de rua só podem ser plenamente conhecidos mediante a análise do modo de produção dominado pelo capital. Com relação às propostas da concepção liberal, que autonomiza os problemas de saúde com relação à dimensão estrutural, cabe ressaltar que

[...] enquanto existir o modo de produção capitalista, será loucura querer resolver isoladamente a questão da moradia ou qualquer outra questão social que afete o destino dos trabalhadores. A solução está antes na abolição do modo de produção capitalista, na apropriação de todos os meios de vida e trabalho pela própria classe trabalhadora⁵⁴⁽¹⁰⁸⁾.

Equidade e o processo saúde-doença da população em situação de rua

A teoria dos Determinantes Sociais de Saúde está presente em 19 artigos incluídos na revisão, seja diretamente^{16,21,23,24,32,38,39,44}, referenciando publicações e definições que apoiam essa teoria; ou de forma indireta^{19,20,29,30,34-37,40,41,47}, mobilizando essas ideias na discussão sobre a saúde da população em situação de rua. Os componentes da vida social são apreendidos de forma isolada e fragmentada nessa teoria, conformados em fatores ou determinantes que ‘influenciam’ os fatores de risco e os problemas de saúde nas populações, distanciando intencionalmente o debate em saúde do debate econômico.

Já para a teoria da determinação social do processo saúde-doença, a esfera da produção estabelece desigualdades impossíveis de serem resolvidas apenas nas esferas da distribuição e do consumo⁴⁽¹⁴²⁾, estas últimas conformando os determinantes de saúde em mercadorias. Em outras palavras, ao considerar as relações sociais de produção como primordiais para

que os seres humanos produzam o mundo social em todas as suas dimensões, essa teoria assume uma posição ontológica sobre a saúde que abrange todas as esferas da vida social⁵⁵. Partindo da definição de saúde como o “máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado”⁵⁶⁽¹⁰³⁾, a dinâmica entre os processos protetores e destrutivos que acometem indivíduos e coletividades é compreendida de forma totalizante e pertencente à produção material da vida, esta determinando a relação entre saúde e doença. Nessa perspectiva, as intervenções direcionadas às necessidades mais ampliadas dos grupos populacionais que existem nas piores condições de vida no capitalismo, como a população em situação de rua, apenas produzem saúde na medida em que contribuem para alterar a qualidade de inserção desses grupos e indivíduos na dialética apropriação-objetivação sobre a prática social, o que diz respeito, essencialmente, à esfera da produção e extrapola o acesso aos bens e serviços de saúde, inclusive com relação à prática assistencial em saúde.

Equidade e as políticas públicas direcionadas para a população em situação de rua no Brasil

A formação histórica do Brasil foi marcada por desigualdades e injustiças, expressões de uma sociedade dividida em classes antagônicas desde a sua origem. A organização da assistência à saúde no País envereda esforços desde o início do século XX para lidar com os grupos que habitam os espaços públicos urbanos, realizados inicialmente por meio de ações de caridade e filantropia⁵⁷. Na sociedade brasileira contemporânea, a reprodução de grupos populacionais desprovidos de moradia convencional regular está vinculada ao “processo de acumulação do capital, no contexto da produção contínua de uma superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção pelo capitalismo”⁵⁸⁽⁹⁷⁾.

Esses grupos heterogêneos compõem a assim chamada população em situação de rua, cuja principal estratégia de sobrevivência são atividades de trabalho informal⁹.

As normativas do SUS incorporaram indiretamente a noção de equidade na formulação e implantação de políticas públicas, endossando uma distinção conceitual que auxilia na tomada de decisões: enquanto a equidade vertical (desigualdade entre desiguais) é geralmente utilizada nas análises sobre recursos econômicos, financiamento e gestão orçamentária, a equidade horizontal (igualdade entre iguais) aparece nas normativas relativas ao acesso e à utilização dos bens e serviços de saúde³. Essa última vem orientando as políticas públicas de saúde para a população em situação de rua, correlacionada com o ideal de ‘inclusão social’ presente em alguns artigos^{17,18,37}.

A equidade aparece como um dos princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em 2009 para favorecer o acesso dessa população no Brasil aos direitos sociais, ao mesmo tempo que também contribuiu para reafirmar a negação do seu acesso ao direito constitucional à moradia. Essa política surgiu em meio à crise financeira originada no mercado imobiliário em 2008, portanto, convergia aos interesses do Estado brasileiro em aplicar as recomendações expressas pelo Banco Mundial¹⁰ e acelerar o direcionamento de recursos para atender a algumas necessidades da população em situação de rua, adotando medidas focalizadas que adiassem a resolução desse problema e não perturbassem os interesses das classes dominantes, especialmente no setor imobiliário.

A Política Nacional tem como um de seus objetivos “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde”⁵⁹. Nota-se que essa política social significou uma reação à iniquidade no acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua, buscando reafirmar a equidade enquanto princípio ético-doutrinário do SUS. Na

atualidade, a principal forma de acesso e assistência à saúde para essa população ocorre *in loco* por meio das equipes de Consultório na Rua, instituídas em 2011⁶⁰ no esteio dessa Política Nacional. Alguns artigos, corretamente, valorizam o trabalho exercido por essas equipes^{14,17,18,39}, porém, apenas tangenciam os entraves inerentes ao processo de trabalho desempenhado por equipes de atendimento itinerante¹⁸ a essa população: em última análise, produz-se saúde junto à população em situação de rua dentro dos limites impostos pelos interesses do capital, contribuindo para reforçar as restrições às suas necessidades de saúde.

As equipes de Consultório na Rua representam uma materialização das políticas focalizadas adotadas pelo Estado brasileiro para regular, no âmbito da saúde pública, o processo de rualização enquanto ‘questão social’⁶¹. No país em que 7 milhões de imóveis não cumprem função social e apresentam condições de serem ocupados de imediato⁶²⁽³⁷⁾, opta-se por criar e expandir uma equipe de saúde adscrita ao território que foi sentenciado para as camadas mais vulneráveis dos trabalhadores: a rua. Na medida em que o número máximo nacional dessas equipes acompanha o crescimento vultoso da população em situação de rua no País, saltando de 92 equipes, em 2012, para 892, em 2021⁶³, as tímidas políticas habitacionais continuam relegadas a segundo plano, impedindo o acesso dessa população ao direito à moradia e, conseqüentemente, ao direito de expandir seus horizontes de saúde.

Equidade em saúde para a população em situação de rua durante a pandemia da Covid-19

Dois artigos apontam a alocação de recursos como forma de efetivar a equidade em saúde para a população de rua no cenário da pandemia da Covid-19. Um deles indica que as disparidades em saúde podem ser reduzidas por meio de políticas baseadas em equidade, como a inclusão de grupos populacionais

marginalizados no acesso a testes diagnósticos e serviços públicos essenciais¹⁵. Outro artigo prioriza a inclusão desses grupos na aplicação das vacinas, com políticas e intervenções que desenvolvam uma

estrutura ética mais inclusiva para alocação, distribuição e inoculação de vacinas que seja capaz de levar em consideração os interesses e necessidades desses grupos desfavorecidos/desprivilegiados²⁵⁽⁴⁻⁵⁾. [tradução nossa].

Em ambos os artigos, são abordadas as desigualdades socioeconômicas inerentes a esses grupos, apresentando proposições que almejam reduzi-las em vez de solucioná-las.

Um dos artigos relata uma estratégia de eSaúde realizada junto à população em situação de rua, consistindo na distribuição gratuita de telefones celulares pré-pagos como forma de garantir a equidade em saúde digital²⁹. É curioso que tal resposta à ‘desigualdade de saúde digital’ apareça como prioridade para as necessidades de saúde dessa população durante a crise sanitária global.

Esses artigos realçam medidas pontuais e emergenciais para lidar com a desigualdade na alocação dos bens e serviços de saúde que atinge as populações marginalizadas, utilizando a equidade em saúde para defender uma distribuição focal que favoreça esses grupos no contexto da pandemia. Pode-se afirmar que nenhuma das práticas difundidas nesses artigos busca transformar as estruturas sociais que determinam as desigualdades econômicas e em saúde, originadas muito antes da Covid-19.

Limitações deste estudo

Uma limitação desta revisão diz respeito ao estabelecimento dos critérios de criticidade para distinguir as concepções de equidade em saúde, podendo ser questionados à luz de outras formulações teóricas e estratégicas. No que tange à metodologia adotada, ressaltam-se as limitações intrínsecas em definir critérios

para identificação, seleção e inclusão de artigos em uma revisão da literatura, além da opção por excluir artigos indisponíveis para leitura.

Apesar dos esforços durante o desenvolvimento desta revisão, a avaliação do risco de viés pelo instrumento Risk Of Bias In Systematic Reviews (Robis)⁶⁴ permite julgar que há uma preocupação baixa com relação aos domínios 1) critérios de elegibilidade dos estudos e 2) identificação e seleção dos estudos, além de uma preocupação alta sobre os domínios 3) coleta de dados e avaliação dos estudos e 4) síntese e resultados. As evidências encontradas neste estudo podem ser classificadas no nível 4, e suas recomendações são razoáveis e sugestivas⁶⁵.

Conclusões

Os resultados obtidos nesta revisão da literatura permitem concluir que a concepção liberal de equidade em saúde é dominante nos artigos científicos sobre a equidade em saúde para a população em situação de rua, contribuindo para difundir o pensamento econômico neoclássico na área da saúde e tensionando para naturalizar o processo de realização no capitalismo. Ademais, mascara as intervenções focalizadas enquanto práticas de promoção da equidade em saúde, dissociando-as das contrarreformas sociais e secundarizando o debate sobre o acesso a moradia e a determinação do processo saúde-doença. Ainda que as políticas públicas focalizadas contribuam em alguma medida para melhorar as condições de vida atuais da população em situação de rua, são estruturalmente insuficientes para atender às máximas necessidades desse grupo

populacional, que, em última análise, correspondem à necessidade da classe trabalhadora em se libertar e conduzir a emancipação da humanidade.

Aponta-se para a carência de produções científicas que articulem criticamente a noção de equidade aos processos socioeconômicos que determinam a saúde da população em situação de rua. A concepção crítica de equidade em saúde contribui para ampliar os debates sobre políticas equitativas e sua relação com a dinâmica entre saúde e doença, favorecendo a luta coletiva dos trabalhadores pela construção de uma sociedade emancipada que promova o pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. Nesse sentido, defende-se a organização coletiva de todos os grupos e camadas que integram a classe trabalhadora visando a superar o capitalismo e construir uma forma social em que a ideia de justiça não seja mais necessária, pois foi atingida uma sociedade ‘além da justiça’⁵⁰. No caminho para esse futuro desejável, recomenda-se a implantação e efetivação de políticas públicas que ampliem a saúde dos setores populares ao garantir, de forma permanente e irrestrita, o direito a terra, trabalho, alimento, moradia e paz.

Colaboradores

Valsechi DF (0000-0001-9975-5881)* contribuiu para conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, visualização e redação do artigo. Marques MCC (0000-0002-7461-3710)* contribuiu para conceituação, investigação, metodologia, administração do projeto, supervisão, validação e redação do artigo. Todos os autores aprovaram esta redação final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fee E, Gonzalez AR. The history of health equity: concept and vision. *Divers. Equal. Health Care*. 2017 [acesso em 2022 jun 30]; 14(3):148-52. Disponível em: <https://doi.org/10.21767/2049-5471.1000105>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático: economia da saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escorrel S. Equidade em saúde. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2009. [acesso em 2022 jun 30]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>.
4. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev. Usp*. 2001 [acesso em 2022 jun 30]; (51):138-45. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p138-145>.
5. Gramsci A. Concepção dialética da história. 3. ed. Coutinho CN, tradutor. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1978.
6. Rawls J. Uma teoria da justiça. 2. ed. Pissetta A, Esteves LMR, tradutores. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
7. Marx K. Crítica do programa de Gotha. Enderle R, tradutor. São Paulo: Boitempo; 2012.
8. Prates JC, Prates FC, Machado S. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*. 2011 [acesso em 2023 jul 13]; 11(22):191-216. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2011v11n22p191-216>.
9. Tiengo VM. Alterações nas expressões da questão social da população em situação de rua. *Lutas sociais*. 2018 [acesso em 2022 jul 7]; 22(41):361-72. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/46690>.
10. Lima PRM, Davi J. Aproximações críticas ao conceito de equidade presente nos documentos da CEPAL e do Banco Mundial. *Temporalis*. 2017 [acesso em 2022 jul 4]; 17(34):127-52. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2017v17n34p127-152>.
11. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med. Res. Methodol*. 2006 [acesso em 2022 jul 1]; 6(1):35. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>.
12. Welch V, Petticrew M, Tugwell P, et al. PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *PLoS Med*. 2012 [acesso em 2022 mar 11]; 9(10):e1001333. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001333>.
13. Aguiar MM, Iriart JAB. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2022 mar 12]; 28(1):115-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100012>.
14. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, et al. O acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2022 mar 12]; 46(132):227-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213216>.
15. Baggio S, Jacquerioz F, Salamun J, et al. Equity in access to COVID-19 testing for undocumented migrants and homeless persons during the initial phase of the pandemic. *J. Migr. Health*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; (4):100051. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100051>.
16. Baum F, Newman L, Biedrzycki K, et al. Can a regional government's social inclusion initiative contribute to the quest for health equity? *Health Pro. Int*. 2010 [acesso em 2022 mar 12]; 25(4):474-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/daq033>.

17. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersectoriais para a população em situação de rua. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2014 [acesso em 2022 mar 12]; 48(6):1069-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700015>.
18. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2022 mar 12]; 22(3):879-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>.
19. Carneiro Júnior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde Soc*. 2010 [acesso em 2022 mar 12]; 19(3):709-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300021>.
20. Cernadas A, Fernández A. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). *Int. J. Equity Health*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; (20):84. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01409-2>
21. Clifford B, Wilson A, Harris P. Homelessness, health and the policy process: a literature review. *Health Policy*. 2019 [acesso em 2022 mar 12]; 123(11):1125-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.08.011>.
22. Cruz JR, Taquette SR. Viver na rua: vulnerações e a bioética da proteção. *Rev. Bioét*. 2020 [acesso em 2022 mar 12]; 28(4):637-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020284427>.
23. Dunn JR, van der Meulen E, O'Campo P, et al. Improving health equity through theory-informed evaluations: a look at housing first strategies, cross-sectoral health programs, and prostitution policy. *Eval. Program Plan*. 2013 [acesso em 2022 mar 12]; 36(1):184-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.evalproplan.2012.03.006>.
24. Embleton L, Shah P, Gayapersad A, et al. Characterizing street-connected children and youths' social and health inequities in Kenya: a qualitative study. *Int. J. Equity Health*. 2020 [acesso em 2022 mar 12]; (19):147. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01255-8>.
25. Farina M, Lavazza A. Advocating for greater inclusion of marginalized and forgotten populations in COVID19 vaccine rollouts. *Int. J. Public Health*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; (66):1604036. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604036>.
26. Field H, Hudson B, Hewett N, et al. Secondary care usage and characteristics of hospital inpatients referred to a UK homeless health team: a retrospective service evaluation. *BMC Health Serv. Res*. 2019 [acesso em 2022 mar 12]; (19):857. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4620-1>.
27. Gallaher C, Herrmann S, Hunter L, et al. The St Thomas' Hospital Emergency Department Homeless Health Initiative: improving the quality, safety and equity of healthcare provided for homeless patients attending the ED. *BMJ Open Quality*. 2020 [acesso em 2022 mar 12]; (9):e000820. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000820>.
28. Horvitz-Lennon M, Zhou D, Normand SLT, et al. Racial and ethnic service use disparities among homeless adults with severe mental illnesses receiving ACT. *Psychiatr. Serv*. 2011 [acesso em 2022 mar 12]; 62(6):598-604. Disponível em: https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0598.
29. Kazevman G, Mercado M, Hulme J, et al. Prescribing phones to address health equity needs in the COVID-19 era: the PHONE-CONNECT Program. *J. Med. Internet Res*. 2021 [acesso em 2022 mar 12]; 23(4):e23914. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/23914>.
30. Lazarus JV, Baker L, Cascio M, et al. Novel health systems service design checklist to improve health-care access for marginalised, underserved communities in Europe. *BMJ Open*. 2020 [acesso em 2022

- mar 12]; 10(4):e035621. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035621>.
31. MacKenzie M, Purkey E. Barriers to end-of-life services for persons experiencing homelessness as perceived by health and social service providers. *J. Am. Board Fam. Med.* 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 32(6):847-57. Disponível em: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.06.190066>.
32. Magwood O, Hanemaayer A, Saad A, et al. Determinants of implementation of a Clinical Practice Guideline for Homeless Health. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020 [acesso em 2022 mar 13]; 17(21):7938. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217938>.
33. McNeil R, Guirguis-Younger M, Dilley LB. Recommendations for improving the end-of-life care system for homeless populations: a qualitative study of the views of Canadian health and social services professionals. *BMC Palliat. Care.* 2012 [acesso em 2022 mar 13]; 11(1):14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-684X-11-14>.
34. Mercer T, Khurshid A. Advancing health equity for people experiencing homelessness using blockchain technology for identity management: a research agenda. *J. Health Care Poor Underserved.* 2021 [acesso em 2022 mar 13]; 32(2):262-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0062>.
35. Moledina A, Magwood O, Agbata E, et al. A comprehensive review of prioritised interventions to improve the health and wellbeing of persons with lived experience of homelessness. *Campbell Syst. Rev.* 2021 [acesso em 2022 mar 13]; 17(2):e1154. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cl2.1154>.
36. Orciari EA, Perman-Howe PR, Foxcroft DR. Motivational Interviewing-based interventions for reducing substance misuse and increasing treatment engagement, retention, and completion in the homeless populations of high-income countries: an equity-focused systematic review and narrative synthesis. *Int. J. Drug Policy.* 2022 [acesso em 2022 mar 13]; 100(103524). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103524>.
37. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016 [acesso em 2022 mar 13]; 21(8):2595-2606. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>.
38. Patterson ML, Markey MA, Somers JM. Multiple paths to just ends: using narrative interviews and timelines to explore health equity and homelessness. *Int. J. Qual. Methods.* 2012 [acesso em 2022 mar 13]; 11(2):132-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/160940691201100202>.
39. Pinto AH, Fermo VC, Peiter CC, et al. Determinantes sociais, equidade e Consultório na Rua. *Rev. Enferm. UFPE.* 2018 [acesso em 2022 mar 13]; 12(12):3513-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236025p3513-3520-2018>.
40. Purkey E, MacKenzie M. Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Int. J. Equity Health.* 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 18(1):101. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4>.
41. Robards F, Kang M, Steinbeck K, et al. Health care equity and access for marginalised young people: a longitudinal qualitative study exploring health system navigation in Australia. *Int. J. Equity Health.* 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 18(1):41. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0941-2>.
42. Seaman A, King CA, Kaser T, et al. A hepatitis C elimination model in healthcare for the homeless organization: a novel reflexive laboratory algorithm and equity assessment. *Int. J. Drug Policy.* 2021 [acesso em 2022 mar 13]; 96(103359). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103359>.
43. Smithman MA, Descôteaux S, Dionne E, et al. Typology of organizational innovation components: building blocks to improve access to primary healthca-

- re for vulnerable populations. *Int. J. Equity Health*. 2020 [acesso em 2022 mar 13]; (19):174. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01263-8>.
44. Stajduhar KI, Mollison A, Giesbrecht M, et al. “Just too busy living in the moment and surviving”: barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC Palliat. Care*. 2019 [acesso em 2022 mar 13]; (18):11. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0396-7>.
 45. Varanda W, Adorno RC. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004 [acesso em 2022 mar 13]; 13(1):56-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.
 46. Wang JZ, Mott S, Magwood O, et al. The impact of interventions for youth experiencing homelessness on housing, mental health, substance use, and family cohesion: a systematic review. *BMC Pub. Health*. 2019 [acesso em 2022 mar 13]; 19:e1528. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7856-0>.
 47. White BM, Newman SD. Access to primary care services among the homeless: a synthesis of the literature using the Equity of Access to Medical Care Framework. *J. Prim. Care Community Health*. 2014 [acesso em 2022 mar 13]; 6(2):77-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2150131914556122>.
 48. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc*. 2006 [acesso em 2022 jul 14]; 15(2):23-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>.
 49. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2022 jun 10]; 25(supl2):s217-s26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>.
 50. Heller A. Além da justiça. Hartmann S, tradutor. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1998.
 51. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot. Int*. 1991 [acesso em 2022 jul 9]; 6(3):217-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>.
 52. Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *Int. J. Equity Health*. 2002 [acesso em 2022 mar 13]; (1):1. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-1-1>.
 53. Luchenski S, Maguire N, Aldridge RW, et al. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *The Lancet*. 2017 [acesso em 16 jul 2022]; 391(10117):266-80. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31959-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31959-1).
 54. Engels F. Sobre a questão da moradia. Schneider N, tradutor. São Paulo: Boitempo; 2015.
 55. Souza DO. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serv. Soc. Soc*. 2020 [acesso em 2022 jul 10]; (137):174-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.207>.
 56. García JC. A categoria trabalho na medicina. In: Nunes ED, organizador. Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
 57. Sanglard G, Ferreira LO. Caridade & filantropia: elites, estado e assistência à saúde no Brasil. In: Teixeira LA, Pimenta TS, Hochman G, organizadores. História da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2018.
 58. Silva MLL. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez; 2009.
 59. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 24 Dez 2009. [acesso em 2021 dez 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.
 60. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organi-

- zação e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 26 Jan 2011. [acesso em 2021 dez 2]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html.
61. Carvalho LFM, Rocha SM. A população em situação de rua enquanto uma expressão da questão social: avanços legais x desafios reais. *Praia Vermelha*. 2015 [acesso em 2022 jul 9]; 25(2):441-60. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/praiavermelha/article/view/10163>.
62. Fundação João Pinheiro. Déficit habitacional no Brasil 2015. Belo Horizonte: FJP; 2018. 78 p. [acesso em 2022 jul 7]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.mg.gov.br/consulta/consultaDetalheDocumento.php?iCodDocumento=76871>.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1255, de 18 de junho de 2021. Dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 18 Jun 2021. [acesso em 2022 jul 16]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.255-de-18-de-junho-de-2021-326852389>.
64. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, et al. ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J. Clin. Epidemiol.* 2016 [acesso em 2022 jul 16]; (69):225-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>.
65. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. *Appl. Nurs. Res.* 1998 [acesso em 2022 jul 9]; 11(4):195-206. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(98\)80329-7](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(98)80329-7).

Recebido em 21/01/2023

Aprovado em 15/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Processo de organização do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica durante a pandemia da Covid-19 no Brasil

Process of organizing the work of the Expanded Family Health and Primary Healthcare Centers during the COVID-19 pandemic in Brazil

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos¹, Níliá Maria de Brito Lima Prado¹, Luiz Henrique Pitanga Evangelista dos Santos¹, Fernanda Beatriz Melo Maciel¹, Luzimary Vieira Pereira², Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/0103-1104202313918

RESUMO O objetivo deste artigo é identificar as estratégias para organização e os desafios operacionais para efetivar o processo de trabalho multiprofissional das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. Trata-se de estudo de revisão integrativa nas bases de dados Lilacs, Science Direct, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scholar Google e revisão documental de publicações técnicas (protocolos, notas técnicas, ofícios, portarias) no site oficial do Ministério da Saúde do Brasil. Foram incluídos 13 estudos e não foram localizados documentos técnicos publicados pelo Ministério da Saúde que tratassem diretamente sobre a reorganização do processo de trabalho do Nasf-AB durante a pandemia. Evidenciou-se que os elementos que compõem o processo de trabalho em equipe foram modificados, tais como comunicação e colaboração interprofissional, interdependência das ações e atenção centrada no usuário. No curso da pandemia, notou-se uma predominância da racionalidade gerencial, com maior foco em atividades de rastreamento e monitoramento de casos e apoio clínico-assistencial, em detrimento de apoio técnico-pedagógico às equipes de AB, caracterizando um subaproveitamento das potencialidades da equipe multiprofissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Equipe de assistência ao paciente. Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Pessoal de saúde. Saúde da família.

ABSTRACT *The aim of this article is to identify organizational strategies and operational challenges to implement the multidisciplinary work process of the Expanded Family Health and Primary Healthcare Center (NASF-AB) teams in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil. This is an integrative review study in the LILACS and Science Direct databases, PubMed, Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Scholar and document review of technical publications (protocols, technical notes, letters, ordinances) on the official website of the Brazilian Ministry of Health. Thirteen studies were included and no technical documents published by the Ministry of Health were located which dealt directly with the reorganization of the NASF-AB work process during the pandemic. It was evidenced that the elements that make up the teamwork process have been modified, such as interprofessional communication and collaboration, interdependence of actions and user-centered care. During the course of the pandemic, a predominance of managerial rationality was noted, with a greater focus on case screening and monitoring activities and clinical-assistance support to the detriment of technical-pedagogical support to Primary Care (PC) teams, characterizing an underutilization of the potential of the multiprofessional team within the scope of Primary Health Care.*

KEYWORDS Patient care team. COVID-19. Primary Health Care. Health personnel. Family health.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) - Vitória da Conquista (BA), Brasil. hebert.luan@ufba.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.



Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criado em 2008 por meio da Portaria nº 154, surgiu com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica (AB), incitar a reestruturação do processo de trabalho em saúde e superar o modelo fragmentado e médico centrado do cuidado em saúde¹. Na época, a ideia central era atuar na direção do fortalecimento dos atributos da AB e no papel de coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, funcionar como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB e resolutividade no SUS^{2,3}. Assim, as equipes poderiam ser compostas a partir da expertise de diferentes categorias profissionais, de acordo com as necessidades de saúde da população de cada território atendido, tendo como princípio a organização de um trabalho interprofissional.

Nessa perspectiva, o trabalho do Nasf pauta-se na ideia de apoio matricial enquanto uma estratégia de organização do trabalho em saúde, através da integração de equipes de AB com equipes interprofissionais. O matriciamento pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Trata-se, portanto, de uma retaguarda especializada que, por meio do trabalho compartilhado e colaborativo, desenvolve ações e atividades de dimensões técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais⁴.

Desde a sua concepção, o Nasf passou por períodos histórico-normativos marcados pelo fortalecimento das suas ações, ampliação do número de equipes e movimentos para qualificação do processo de trabalho³. Durante os primeiros anos, foram feitas tentativas de qualificação do processo de trabalho dos profissionais do Nasf-AB, especialmente através da publicação de textos como o 'Caderno de Atenção Básica nº 27' (2010), o produto da Oficina de Qualificação do Nasf, com foco na redução da mortalidade infantil (2010), e o documento 'Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os Nasf (Amaq-Nasf)'.

Entretanto, a partir do ano de 2017, uma série de mudanças vem minando a existência e a concepção inicial do Nasf, expressas na Portaria nº 2.436⁵, que estabeleceu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e determinou que o Nasf passasse a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), substituindo-se a noção de 'núcleo de apoio' para 'núcleo ampliado', retirando-se, assim, a proposta de o Nasf-AB desenvolver um apoio matricial³ às equipes de SF, passando a dar suporte a todos os tipos de equipes, incluindo as de atenção primária que atuam em unidades tradicionais⁵.

Em 2019, período anterior a uma das maiores emergências em saúde pública vivenciadas no mundo, a pandemia do novo coronavírus⁶, o Ministério da Saúde estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), mediante o Programa Previne Brasil, que modifica o modo de financiamento do Nasf-AB⁷, ao revogar as portarias anteriores referentes ao custeio federal das equipes multiprofissionais⁸. Com isso, constatou-se uma queda no número de equipes do Nasf-AB cadastradas que ocorreu junto com as mudanças propostas pelo Programa Previne Brasil e com a chegada da pandemia da Covid-19 no País^{3,9}. Além disso, um sistema de saúde historicamente subfinanciado, que sofreu congelamento dos gastos públicos em função da aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, enfrentou ainda mais dificuldades no cenário da pandemia¹⁰.

De fato, com a eclosão da pandemia, a AB enfrentou o desafio de se reorganizar, o que incluiu definições operacionais para as equipes multiprofissionais dos Nasf-AB, na medida em que o cenário da pandemia demandou maior contingente de profissionais de saúde para atuar na reorganização de fluxos assistenciais e do processo de trabalho mediante a criação e adaptação de protocolos nos serviços de saúde¹¹. Assim, recrudescer o debate acerca das equipes multiprofissionais, com ressignificação da atuação colaborativa, para fortalecer a integralidade das ações, o acesso,

a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde e da atenção à saúde, e dos casos da doença no âmbito comunitário¹.

Nesse cenário, as equipes dos Nasf-AB também tiveram que reorganizar os seus processos de trabalho, mediante a suspensão de atividades presenciais e adoção de novas atribuições que envolveram elaboração de materiais de apoio, guias e protocolos, suporte às ações relacionadas à Covid-19, entre outras¹². Contudo, observou-se uma carência de documentos normativos, bem como a existência de poucos estudos que descrevessem os impactos da reorganização do processo de trabalho das equipes do Nasf-AB durante a pandemia, fato que revela mais um dilema no processo de enfrentamento da pandemia da Covid-19 no Brasil, ou seja, a necessidade de uma APS capaz de garantir a universalidade do acesso e a redução das iniquidades em saúde, tendo em vista que se acentuou o subfinanciamento e se alterou substancialmente a forma de organização do processo de trabalho das equipes, com repercussões negativas na continuidade do cuidado a situações crônicas e outros agravos à saúde, em função da prioridade concedida ao enfrentamento da pandemia.

Partindo desse cenário, o objetivo deste trabalho foi discutir a reorganização do processo de trabalho das equipes do Nasf-AB no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil, buscando identificar as estratégias adotadas e os desafios enfrentados no sentido de efetivar o trabalho multiprofissional.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre as estratégias de organização do processo de trabalho das equipes do Nasf-AB no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. Para o desenvolvimento desta revisão, foram seguidas as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹³ e as etapas definidas por Souza, Silva e Carvalho¹⁴: 1ª Fase:

elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura; 3ª Fase: coleta de dados; 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: discussão dos resultados.

A questão que norteou a realização do estudo foi estruturada por meio da estratégia PICO, acrônimo para População, Interesse e Contexto. Assim, a elaboração se deu da seguinte forma: P – Profissionais da saúde, I – Características do trabalho na APS e Co – contexto da pandemia da Covid-19. Isso resultou na elaboração das questões de pesquisa, quais sejam: como se deu a organização do processo de trabalho das equipes do Nasf-AB no contexto da pandemia da Covid-19? Quais ações das equipes multiprofissionais do Nasf-AB foram modificadas ante a reorganização do processo de trabalho da APS no contexto pandêmico?

Para responder às perguntas, realizaram-se buscas sistematizadas por evidências na literatura científica, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Lilacs e Science Direct. Utilizaram-se os termos “equipe multiprofissional”, “atenção primária à saúde”, “saúde da família”, “covid-19”, “pandemia” e “coronavírus” nos idiomas inglês e português disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A combinação dos descritores foi acompanhada dos operadores booleanos “OR” e “AND”. As estratégias de busca foram: (equipe multiprofissional AND atenção primária à saúde AND saúde da família AND covid-19 OR pandemia OR coronavírus).

Neste artigo, empregou-se o termo ‘equipe multiprofissional’, tendo em vista que o DeCS não contempla o termo Nasf-AB, sendo esse termo usado para representar um amplo espectro de cuidados prestados a pacientes por uma equipe multidisciplinar no âmbito das áreas de conhecimento ou disciplinas e das práticas profissionais. Como o termo ‘equipe multiprofissional’ não circunscreve a atuação dessas equipes apenas à APS, buscou-se incluir com o uso do operador booleano OR os descritores

“atenção primária à saúde” e “saúde da família” na estratégia de busca.

De forma complementar, frente à incipiência de artigos que tratassem do tema, procedeu-se ao levantamento no Google Acadêmico de várias combinações de palavras-chave (NASF AND pandemia, NASF AND covid-19, NASF AND coronavírus) presentes em qualquer parte do texto, realizando a varredura dos 100 primeiros resultados de cada combinação. Similarmente, visando a ampliar o número de dados para análise, buscou-se identificar no site do Ministério da Saúde¹⁵, nas seções de publicações técnicas (capacitação, evidências científicas, guias e planos, notas técnicas, ofícios, portarias, profissionais e gestores e recomendações), documentos que abordassem o papel e as estratégias para organização do processo de trabalho dos Nasf-AB durante a pandemia da Covid-19 no País.

Consideraram-se como critérios de elegibilidade a inclusão de estudos indexados e disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados entre o período em que foi decretada pandemia pelo novo coronavírus no Brasil (fevereiro de 2020) e o mês de coleta dos artigos (maio de 2022), que abordassem a organização do processo de trabalho das equipes do Nasf-AB nos diferentes estados brasileiros, incluindo, também, teses, documentos técnicos e relatos de experiência.

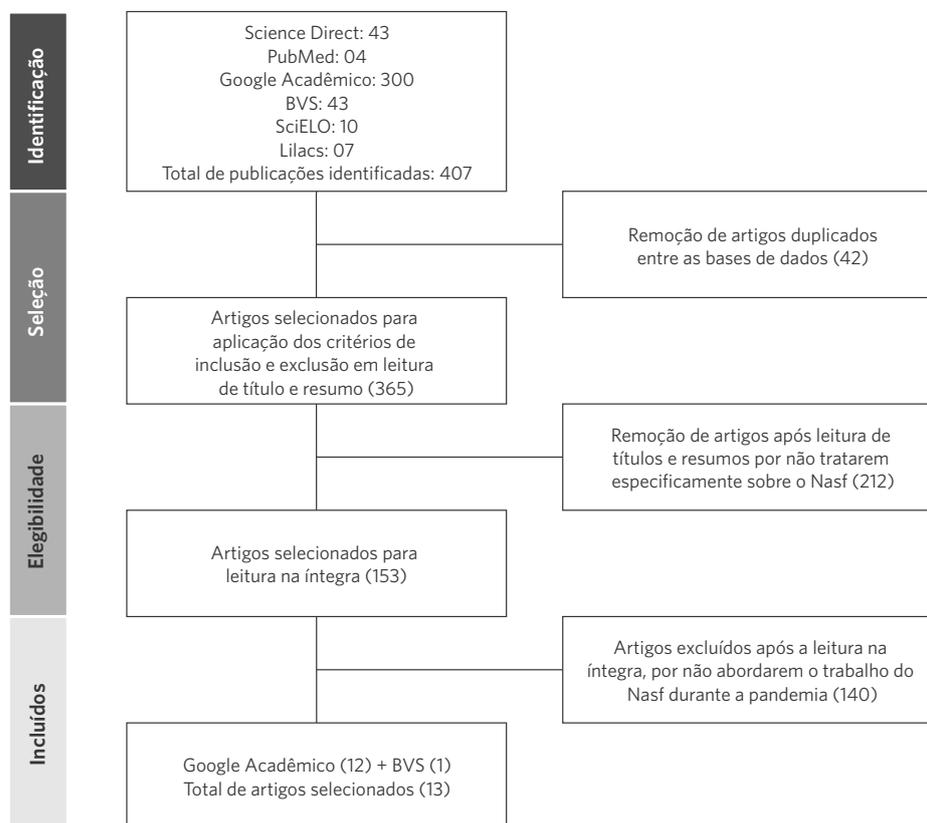
Foram excluídos artigos que não abordavam direta ou indiretamente a temática, que estavam fora do recorte temporal estabelecido, aqueles cujo texto completo não estava

disponível gratuitamente ou estava indisponível na rede, as duplicidades de publicações entre as bases de dados e os manuscritos que tinham como abordagem pontos de vista, artigos de opinião, resumos publicados em anais de congresso, editoriais e cartas, devido ao rigor científico dessas publicações.

Para sistematização dos dados, inicialmente, realizou-se a leitura e a catalogação dos artigos por meio de uma planilha Microsoft Office Excel 2010. Para a análise dos dados extraídos das publicações, empregou-se a técnica de análise temática proposta por Bardin¹⁶, por permitir a identificação e a síntese dos núcleos temáticos, assim como a categorização e a descrição dos resultados. Após leitura na íntegra das pesquisas, foi realizada a identificação dos trechos que possuíam em comum um mesmo tema, para definição dos núcleos temáticos e categorização dos dados. Em seguida, os resultados foram descritos e submetidos à análise dos seus significados.

Na *figura 1*, apresenta-se o fluxograma com o percurso e as etapas para busca, identificação e seleção dos estudos. Dos 407 artigos identificados nas buscas, 42 publicações foram excluídas por duplicidade, totalizando 365 artigos para análise inicial. Após seleção por títulos e resumos, 153 artigos foram lidos na íntegra e avaliados para elegibilidade, dos quais, 140 foram excluídos por não pertinência ao objetivo da pesquisa. Dessa forma, 13 publicações foram incluídas e tiveram seus dados extraídos e categorizados.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos artigos para revisão sistemática de literatura



Fonte: elaboração própria com base em PRISMA¹³.

Após leitura e análise das 13 publicações selecionadas, emergiram categorias temáticas que permitiram apresentar os resultados e discutí-los, considerando: (1) O processo de trabalho em saúde dos profissionais do Nasf-AB durante a pandemia (o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão micro do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e do consumo de serviços de saúde). No caso do Nasf, trata-se de um trabalho em equipe multiprofissional^{17,18} organizado em função do apoio matricial¹⁹ às equipes de APS que atuam nas unidades básicas de saúde; (2) O apoio matricial (novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada), mediante

intervenção pedagógico-terapêutica- ação de apoio educativo com e para a equipe dos profissionais do Nasf-AB durante a pandemia; (3) Dimensão clínico-assistencial (ação clínica direta com os usuários) e implicações para o cuidado em saúde.

Resultados e discussão

Caracterização geral das publicações

Todas as publicações analisadas nesta revisão foram publicadas entre 2020 e 2022, ano em que surgiram os primeiros casos de Covid-19 e período de maior discussão sobre a temática. Das 13 publicações selecionadas, 12 eram

artigos científicos, dos quais, 9 eram estudos qualitativos do tipo relato de experiência, 1 estudo etnográfico, 1 estudo transversal, 1 estudo do tipo revisão sistemática da literatura. Um dos trabalhos selecionados é um Trabalho de Conclusão de Curso resgatado do Repositório Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que teve como abordagem metodológica o estudo qualitativo. Os artigos foram publicados em periódicos da área de saúde e afins, destacando-se a APS em Revista (4), 'Research, Society and Development' (2), 'Revista Comunicação em Ciências da Saúde' (1), 'Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente' (1), 'Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional' (1), 'Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação' (1), 'Revista de APS – Atenção Primária à Saúde' (1) e 'Revista Emancipação' (1). No que tange à distribuição por estado de realização do estudo, destacam-se: Pernambuco (4/13), com o maior número de publicações, seguido por Minas Gerais (2/13), Paraná, Distrito Federal, Roraima, Rio Grande do Norte, Bahia e Santa Catarina, com uma publicação em cada. Uma das publicações não especificou o local de publicação, tendo em vista que se tratava de um estudo de Revisão Sistemática.

A análise dos documentos governamentais, por sua vez, abrangeu publicações técnicas, sendo: 5 protocolos de Manejo Clínico na Atenção Primária à Saúde, 91 notas técnicas, 13 ofícios e 11 portarias, todas veiculadas e editadas pelo Ministério da Saúde brasileiro. Não foram localizados documentos com maior detalhamento operacional do trabalho das equipes do Nasf-AB perante a excepcionalidade do momento pandêmico.

A organização do trabalho das equipes Nasf-AB durante a pandemia

No que se refere à reorganização do processo de trabalho das equipes do Nasf, no contexto da pandemia, um primeiro aspecto a ser destacado refere-se ao pouco protagonismo do Ministério da Saúde brasileiro, que, mesmo diante de um dos eventos em saúde pública mais importantes enfrentados pelo SUS, não emitiu nenhum documento que orientasse especificamente o desenvolvimento das ações pelas equipes multiprofissionais na APS. De forma transversal e com conteúdo diluído, algumas poucas questões foram listadas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde²⁰.

Os artigos analisados²¹⁻³³ descrevem uma gama de experiências desenvolvidas para dar conta das demandas decorrentes da pandemia da Covid-19 e, ao mesmo tempo, garantir a continuidade das ações desenvolvidas pelas equipes de AB, conforme *quadro 1*. Aponta-se, também, que, frente à necessidade de restrição de contato e diminuição da circulação, algumas equipes de Nasf-AB vincularam uma única categoria profissional a uma unidade de saúde, o que indica um possível distanciamento da ideia inicial proposta para o Nasf-AB – articulação de um trabalho interprofissional com diversas categorias profissionais para apoiar vários territórios. O afastamento temporário das atividades pode ter comprometido o apoio matricial, já que, para desenvolvê-lo, é necessária a existência de espaços coletivos e interprofissionais, guiados por um projeto colaborativo.

Quadro 1. Quadro sinóptico dos artigos selecionados

Autor	Estado	Dimensões do apoio matricial	
		Técnico-pedagógica	Clínico-assistencial
Oliveira et al. ²⁰	Pernambuco	Atividades de educação permanente; Construção de protocolos; Organização do fluxo interno da unidade; Ações de apoio à equipe durante as campanhas de vacinação.	Atendimentos on-line em situações de urgência; Monitoramento telefônico e/ou presencial e repasse de materiais educativos; Acolhimento e/ou triagem dos usuários nas unidades de saúde; Atividades de educação em saúde: lives em redes sociais, sala de espera, construção de materiais educativos.
Brasileiro et al. ²¹	Pernambuco	-	Telemonitoramento dos idosos diabéticos insulinizados através de chamadas de voz ou vídeo realizadas via aplicativo de WhatsApp.
Becchi et al. ²²	Paraná	-	Atividades de educação em saúde: prescrições remotas de treinos de Atividade Física, utilizando imagens e descrição dos exercícios; Atendimentos a distância através de videoaulas para realização de atividade física.
Coelho, Ferreira, Mendonça ²³	Minas Gerais	Elaboração de materiais de apoio, protocolos e outras ações de educação permanente; Reuniões de matriciamento.	Manutenção dos atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimento compartilhado Atividades de educação em saúde: elaboração de materiais educativos.
Costa et al. ²⁴	Distrito Federal	Elaboração de fluxograma de atendimento da UBS de apoio; Ações de suporte às equipes como na ação de imunização.	Teleatendimento, telemonitoramento, atendimentos presenciais e visitas domiciliares; Produção de materiais educativos para os usuários.
Silva; Goebel ²⁵	Roraima	Suporte para as equipes de ESF; Reuniões de matriciamento.	Teleatendimento de paciente suspeitos de contaminação pela Covid-19.
Monteiro et al. ²⁶	Pernambuco	Reuniões on-line com equipe das unidades de saúde; Leitura de estudos compartilhados e elaboração de artigo científico.	Teleatendimentos, Atividades de educação em saúde através das redes sociais e divulgação de vídeos.
Azevedo ²⁷	Rio Grande do Norte	-	Práticas educativas junto à comunidade.
Vilaça; Coutinho ²⁸	Pernambuco	-	Atividades educativas remotas e adaptação do plano de cuidado a pacientes diabéticos.
Rodrigues, Pipper, Costa ²⁹	Não se aplica	-	Atividades educativas quanto ao uso racional de medicamentos.
Faria; Fonseca ³⁰	Minas Gerais	-	Educação em saúde através do aplicativo WhatsApp® para acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo.
Freitas et al. ³¹	Bahia	-	Educação em saúde através do aplicativo Instagram.
Dal Prá, Martini, Pereira da Cruz ³²	Santa Catarina	Planilha de casos compartilhados para acompanhamento das situações matriciadas; Discussões de casos clínicos, cuidado compartilhado e orientações a distância.	Teleorientação, teleconsulta e telemonitoramento.

Fonte: elaboração própria.

As publicações analisadas^{21,24,25,27} apontam um movimento de reinvenção do processo de trabalho das equipes do Nasf-AB, observando-se uma predominância de ações colaborativas agrupadas conforme demandas de organização dos serviços priorizadas pela gestão,

contraditoriamente à perspectiva descrita por D'Amour et al.³⁴, em que os profissionais de saúde querem trabalhar juntos, porque reconhecem que juntos produzirão melhores resultados no cuidado e na atenção à saúde de usuários, famílias e comunidade. Tendo em vista que a 'colaboração'

caracteriza-se como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento, clareza de papéis e interdependência das ações, mesmo diante da necessidade de lidar com situações de atendimento um pouco menos imprevisíveis, passaram a existir equipes agrupadas, sem necessariamente identificarem-se mediações reflexivas e dialógicas entre os profissionais das equipes³⁵.

Tal questão pode decorrer da dificuldade em se compreender, no início da pandemia, as modificações possíveis para a atuação do Nasf-AB frente à crise instalada. A falta de direcionalidade por parte do Ministério da Saúde do País pode ter contribuído, pois deixou um *gap* quanto à oferta de práticas pelas equipes do Nasf-AB, deixando essa definição a cargo de cada Estado – como foram os casos de notas técnicas emitidas pelo Governo do Rio de Janeiro³⁶ e de Recife³⁷.

A Dimensão clínico-assistencial do trabalho das equipes do Nasf e implicações para o cuidado em saúde

O trabalho dos profissionais das equipes do Nasf-AB regularmente envolve atividades que contemplam tanto as dimensões clínica e sanitária quanto a pedagógica, ou mesmo ambas, paralelamente. A dimensão clínico-assistencial refere-se àquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários⁴ e destacou-se em todos²¹⁻³³ os artigos analisados.

Estudos analisados^{22,23,26,28-32} nesta revisão apontam que diversas ações voltadas para manutenção do cuidado em saúde às equipes de AB vinculadas aos seus territórios e aos usuários assistidos foram realizadas. Mesmo com a redução das atividades individuais devido às medidas de distanciamento social, os atendimentos diretos aos usuários permaneceram em algumas situações de urgência através de atendimentos remotos via contato telefônico^{22,26}.

No que concerne às atividades em grupo, embora a maioria tenha sido suspensa

temporariamente nos momentos iniciais e mais críticos da pandemia, ações de teleatendimento e telemonitoramento e a elaboração de materiais educativos sobre Covid-19 e outras condições de saúde para comunidade foram mantidas^{22,23,26,28-32}, com o apoio das redes sociais para divulgação comunitária. Ademais, atividades educativas relacionadas à doença Covid-19, como notificação, realização de teste, apoio às campanhas de vacinação, entre outras, passaram a fazer parte do escopo de possibilidades de intervenção desses profissionais (*quadro 1*).

É inegável que as experiências levantadas em torno das equipes de Nasf-AB nos municípios brasileiros, dadas as peculiaridades de cada território, responderam, em maior ou menor grau, aos eixos de ação para o controle da pandemia na AB³⁸ mediante o apoio a ações de rastreio e vigilância dos casos e contatos nos territórios, incentivo ao isolamento social^{21,26}; notificação²⁶; acompanhamento cotidiano à distância dos casos em cuidado domiciliar, apoio aos grupos vulneráveis através da articulação de iniciativas comunitárias e intersetoriais (a exemplo de ações voltadas para auxiliar na aquisição dos benefícios sociais)^{28,33} e, ao mesmo tempo, a continuidade dos cuidados rotineiros da APS²¹⁻²⁸.

Por outro lado, experiências^{22-26,33} analisadas apontam, também, para um maior foco em atividades assistenciais e burocráticas em detrimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e de apoio técnico-pedagógico às equipes. Nascimento e Cordeiro³⁹ apontam que a centralidade do Nasf-AB deveria ser mais voltada para a prevenção de doenças e promoção da saúde, porém, percebe-se que as práticas das equipes Nasf-AB têm assumido uma centralidade burocrática direcionada aos instrumentos de registro, preenchimento de fichas e planilhas que tomam grande parte do tempo dos profissionais e não são consideradas úteis. No cenário da Covid-19, as possíveis implicações recaem na centralidade de um trabalho burocrático, como preenchimento de planilhas de monitoramento, entre outras

atividades, distanciando as equipes do Nasf-AB da essencialidade do seu trabalho.

Cabe destacar que, nos estudos analisados, não foram apresentadas experiências em torno da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), instrumento importante para o trabalho do Nasf-AB. Tal fato pode estar relacionado com a dificuldade das equipes Nasf-AB de construir o PTS com as equipes de AB no contexto da pandemia, especialmente frente à necessidade de distanciamento físico e redução do trânsito entre os territórios assistidos.

A dimensão técnico-pedagógica no fazer cotidiano dos profissionais do Nasf-AB durante a pandemia

Conforme apontado anteriormente, o apoio matricial abrange uma retaguarda assistencial para o suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, mediante a oferta de apoio educativo com e para as equipes⁴. Porém, nos artigos analisados nesta revisão, a dimensão técnico-pedagógica foi a menos referida, estando presente em apenas 6 artigos^{21,24-27,33}, com foco na elaboração de materiais de apoio, como guias, protocolos, fluxogramas e reuniões para o planejamento do matriciamento. Atividades de educação permanente não foram relatadas nos estudos encontrados.

Embora evidências^{4,40} apontem que o suporte técnico-pedagógico às equipes apoiadas deve constituir-se em uma ação prioritária do trabalho dos Nasf-AB, a realidade encontrada evidenciou diminuta atuação dos apoiadores matriciais na formação pedagógica das equipes, os quais referem pouco preparo e insegurança para o desenvolvimento das atividades formativas.

Percebe-se no contexto da pandemia que as atividades clínico-assistenciais predominaram, em detrimento das atividades técnico-pedagógicas. Como ressaltado pelo 'Caderno de Atenção Básica nº 39'⁴, essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que cada

momento, situação ou equipe requer, porém, estudos têm alertado para um tensionamento e estímulo a uma inflexão das práticas dos profissionais do Nasf-AB para uma lógica assistencialista, em detrimento de uma atenção integral aos usuários, que inclua ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, com práticas fragmentadas e centradas no atendimento clínico ambulatorial, ainda que não sejam médico centradas⁴¹.

Nessa direção, longe de realizar uma análise a-histórica, podem-se destacar, em associação ao cenário pandêmico, mudanças no modelo de financiamento da APS com o programa previne Brasil, que desconsidera o repasse de recursos federais para custear as equipes do Nasf-AB e supervaloriza a dimensão clínico-assistencial mediante um conjunto reduzido de indicadores, que reforça o modelo de equipe assistencialista e de atendimento clínico ambulatorial⁴². Tal perspectiva distancia o modelo assistencial na APS do cuidado ampliado territorializado priorizado na APS no Brasil.

No contexto de um crescente número de casos de condição pós-covid, que apresentam sequelas da infecção pelo vírus, a demanda por reabilitação funcional já é uma realidade. Países como Itália, Portugal e Espanha têm relatado a necessidade de suporte multidisciplinar para dar conta desses pacientes. Como apontado por Souza et al.⁴³, o processo de reabilitação dos indivíduos com sequelas da Covid-19 depende, sobretudo, da capacidade da APS para a nova demanda e do seu papel na coordenação do cuidado responsável por direcionar o itinerário do usuário na rede de saúde. Porém, no Brasil, muitos municípios carecem de uma rede própria de serviços especializados, e as equipes de ESF e Nasf-AB incorporam essa responsabilidade⁴³.

Mas cabe sinalizar que essa situação não é a ideal, haja vista que, à medida que as equipes do Nasf-AB abrangem um cuidado individualizado e especializado, distancia-se da sua concepção e funcionalidade, enquanto um dispositivo estratégico para ampliar as ações da AB.

Em síntese, observou-se que, durante a pandemia, os ‘agentes’ (profissionais das equipes Nasf-AB) tiveram seus ‘objetos’ ampliados, isto é, para além das condições e necessidades socio sanitárias em saúde existentes no território antes da pandemia e da própria equipe de ESF sob sua responsabilidade. Somaram-se as necessidades da população frente à possibilidade de contaminação pelo coronavírus e às demandas das próprias equipes de AB, que também tiveram que readequar os seus processos de trabalho frente à nova doença.

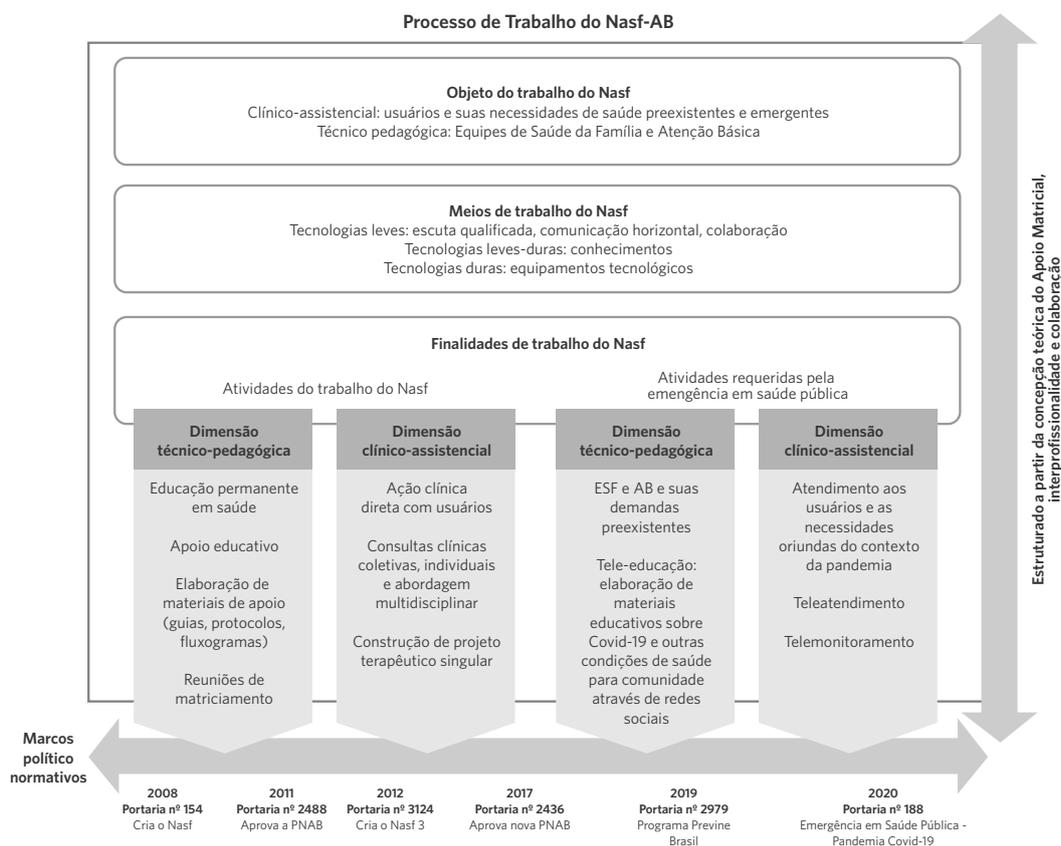
Os conhecimentos, habilidades, ferramentas e equipamentos utilizados por esses profissionais, compreendidos como ‘os meios de produção ou instrumentos de trabalho’, também sofreram alterações. Percebe-se que, no curso da pandemia, houve incremento no processo de trabalho desses profissionais de tecnologias leves, na medida em que a escuta qualificada teve que ser direcionada para novas demandas surgidas no curso da pandemia – demandas psicossociais, financeiras e de subsistência, como luto, insegurança alimentar, desemprego. Nas leves-duras, observou-se a necessidade de busca de conhecimentos e capacitações sobre a doença. E nas tecnologias duras, a partir da inclusão de novos instrumentos de monitoramento de casos suspeitos e infectados, tecnologias de comunicação e informação, como

uso de recursos de redes sociais (chamadas de ligação e de vídeo via WhatsApp, grupos de WhatsApp, *lives* pelo Instagram, salas de reunião via Google Meet e Zoom, entre outros).

As ‘finalidades’ condizem com cada momento histórico, e, considerando o momento pandêmico vivenciado pelos territórios brasileiros, seus ‘objetivos’ para satisfazer às necessidades em saúde da população e do apoio às equipes também se modificaram. Dada a complexidade da dimensão ontológica do trabalho, os profissionais, ao transformarem as necessidades de saúde da população e das equipes sob sua responsabilidade, mesmo frente a um contexto de emergência de novas necessidades, conflitos, angústias e desafios, estão também sendo transformados enquanto sujeitos do processo de trabalho em saúde.

A reconfiguração do *modus operandi* do Nasf-AB foi a implicação mais evidenciada pelos artigos analisados nesta revisão. Conforme foi apontado, essa reconfiguração demandou alteração de todos os elementos que compõem o processo de trabalho em saúde dos profissionais que integram essas equipes. Nesse sentido, com a perspectiva de ilustrar a interpretação acerca da reconfiguração do processo de trabalho das equipes do Nasf-AB no contexto da pandemia, delineou-se um diagrama (*figura 2*).

Figura 2. Processo de trabalho do Nasf-AB



Fonte: elaboração própria.

A representação gráfica busca elucidar, assim, com base nas análises e no referencial teórico adotado⁴⁴, as adequações no processo de trabalho em saúde dos profissionais do Nasf-AB ocorridas nesse contexto, considerando-se que o trabalho em saúde não se restringe aos aspectos técnicos da prática profissional, mas diz respeito a um conjunto estruturado de práticas sociais e históricas que se dão a partir da interação dos elementos que compõem esse processo de trabalho, ou seja, entre objeto, instrumentos ou meios, finalidade da ação, a necessidade que orienta o trabalho e as relações sociais estabelecidas entre os sujeitos. Tem-se que todo trabalho humano, a priori, assume uma natureza histórica e uma natureza ontológica, em que, ao transformar o objeto, o trabalhador de saúde também se transforma,

logo, nem o objeto nem o trabalhador saem ilesos desse encontro⁴³.

Ademais, é importante destacar, como se expressa na *figura 2*, a colaboração interprofissional no âmbito das equipes e a busca de alternativas em face dos desafios que enfrentavam no cotidiano do trabalho. Esse processo, entretanto, foi difícil de se efetivar, devido à diversidade, às percepções e aos significados compartilhados entre os membros de uma equipe acerca de políticas, práticas e procedimentos que eles vivenciam no trabalho.

Por fim, a discussão em torno do papel das equipes multiprofissionais dos Nasf-AB desvela um processo de desestruturação das equipes do Nasf-AB, enquanto dispositivo potente para integralidade do cuidado no SUS. Considerando o cenário da pandemia, não é

possível ignorar os desafios históricos que o sistema público de saúde brasileiro enfrentou, marcado pelo sub e pelo desfinanciamento, e pelas políticas recentes (terceira edição da PNAB e o Previner Brasil) que flexibilizaram e modificaram metas e indicadores, priorizando critérios de repasse financeiro centrados na produção de ações e consultas individuais, o que contribuiu para desorganizar o trabalho multiprofissional voltado a garantir a integralidade da atenção aos usuários. A compreensão de tais aspectos se faz necessária para entender as propostas de reorganização do trabalho coletivo no contexto pandêmico, em face dos desmontes das políticas de APS e das dificuldades operacionais, perante a inexistência de direcionamentos normativos durante a crise sanitária.

Considerações finais

Os resultados desta revisão apontam para um processo de reorganização do trabalho em saúde dos profissionais do Nasf-AB frente às demandas do momento pandêmico, que desconsideraram as atribuições dos profissionais dos Nasf-AB, fundamentadas no matriciamento e na interprofissionalidade, para viabilizar a otimização do controle da pandemia nos territórios de APS em diversos contextos brasileiros. Observou-se uma predominância da racionalidade gerencial, na medida em que o modo de organizar o trabalho valorizou determinadas dimensões do apoio matricial em detrimento de outras, caracterizando um subaproveitamento das potencialidades das equipes multiprofissionais no âmbito da APS.

Assim, é importante demarcar que o atendimento das necessidades em saúde dos usuários perpassa o entendimento da concepção de cuidado e de atenção à saúde⁴⁵. A descontinuidade de políticas de AB (Portaria nº 2.979, de novembro de 2019, e da Nota Técnica nº 3/2020⁸) e a ausência de consenso sobre a

colaboração interprofissional revelaram mudanças de paradigmas e alteração da dinâmica do trabalho coletivo em saúde, em um cenário de ausência ou incipiência das equipes do Nasf-AB nos municípios, que podem ter contribuído para uma resposta insuficiente frente à pandemia.

Cabe, por fim, ressaltar algumas possíveis limitações do estudo. Uma delas refere-se à indisponibilidade de informações científicas e técnicas sobre a temática no período analisado. Todavia, acredita-se que o cotejamento com outras fontes de informação tenha minimizado essas possíveis lacunas. Apesar das limitações, este trabalho procura lançar mais uma luz sobre o tema no contexto brasileiro, principalmente no que diz respeito à importância do trabalho multiprofissional do Nasf-AB frente a uma pandemia como a da Covid-19. Revisitar a experiência durante a crise pode fortalecer o movimento de reconstituição das condições necessárias para ampliar a resolubilidade, equidade e integralidade da atenção à saúde na APS. Assim, as reflexões sobre esse tema podem suscitar novas investigações, estudos ou intervenções, com vistas a potencializar uma *práxis* em saúde voltada para a coconstrução de ações e trabalho coletivo, ainda mais neste momento pós-pandêmico e de reconstrução paradigmática e operacional do modelo de atenção priorizado pelo SUS, mediante a proposta das novas equipes multiprofissionais na APS.

Colaboradores

Santos HLPC (0000-0003-2722-7945)*, Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)*, Santos LHPE (0000-0001-6709-0678)*, Maciel FBM (0000-0002-6421-3940)*, Pereira LV (0000-0002-7767-2417)* e Teixeira CF (0000-0002-8080-9146)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. 4 Mar 2008.
2. Almeida ER. A Gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.
3. Mattos MP, Gutiérrez AC, Campos GWS. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2023 jul 5]; 27(09):3503-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. (v. 1).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
6. Roser M, Ritchie H, Ortiz-ospina E, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). 2020. [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
7. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2019; 43(esp5):137-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S51>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. 13 Nov 2019.
9. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc. saúde coletiva*. 2021 [acesso em 2023 jul 5]; 26(supl2):3781-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.
10. Coelho OCS, Ferreira ATM, Mendonça RD. Pandemia COVID-19 e Ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Rede SUS. *APS Revista*. 2021 [acesso em 2023 jul 5]; 3(3):156-67. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.199>.
11. Santana MP, Alves AM, Gama ICS, et al. Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022 [acesso em 2023 jul 5]; 17(44):3033. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf17\(44\)3033](https://doi.org/10.5712/rbmf17(44)3033).
12. Cavagnoli KC, Ferreira PT, Pacheco AP, et al. A pandemia de Covid-19 e a crise na saúde no Rio de Janeiro: discutindo biopolítica e precarização. *Rev Psicol. Polít.* 2021; 21(51):449-62.
13. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014 [acesso em 2023 jul 5]; 23(1):183-184. Disponível em: 10.5123/S1679-49742014000100018.
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. 2010 [acesso em 2023 jul 5]; 8(1pt1):102-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Publicações Técnicas Covid-19. [acesso em 2022 maio 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas>.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
17. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde*. 2020 [acesso em 2023 jul 5]; 18(sup1):e0024678. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
18. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001 [acesso

- em 2023 jul 5]; 35(1):103-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).
 20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do Novo Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária À Saúde. Brasília, DF: MS; 2020.
 21. Oliveira MAB, Monteiro LS, Oliveira RC, et al. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia Covid-19. APS. 2020; 2(2):142-50.
 22. Brasileiro HMLM, Monte CD, Santos WJ, et al. Controle glicêmico à distância dos idosos diabéticos insulinizados: uma experiência da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em tempos de pandemia da COVID-19. APS. 2021; 3(3):168-75.
 23. Becchi AC, Moisés SCC, Lovato NS, et al. Incentivo a prática da atividade física: estratégias do NASF em meio à Pandemia de Covid-19. APS. 2021; 3(3):176-81.
 24. Coelho OCS, Ferreira ATM, Mendonça RD. Pandemia COVID-19 e Ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Rede SUS. APS. 2021; 3(3):156-67.
 25. Costa AFR, Lopes CA, Gonçalves FS, et al. Reorganização do trabalho do NASF-AB no enfrentamento da pandemia COVID- 19: um relato de experiência. Com. Ciênc. Saúde. 2020; 31(3):3339.
 26. Silva AS, Goebel ROR. A função do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF AB frente o novo cenário de pandemia: teleatendimento de pacientes suspeitos de Covid-19. Rev Cient Fac Educ e Meio Ambient. 2022 [acesso em 2023 jul 5]; 13(esp):1-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31072/ISSN: 2179-4200>.
 27. Monteiro CMOM, Silva ASO, Lima ACS, et al. Desafios e possibilidades na reorientação do processo de trabalho dos terapeutas ocupacionais nos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica em meio à pandemia da Covid-19. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 2021 [acesso em 2023 jul 5]; 2(5):244-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47222/2526-3544.rbto35371>.
 28. Azevedo TF. O trabalho do/a Assistente Social no enfrentamento a Covid-19: ações e competências no NASF em Montanhas/RN. [monografia]. 2021. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021.
 29. Vilaça SPO, Coutinho DJG. Covid-19: a importância do autocuidado apoiado a pacientes com diabetes tipo II, favorecido pela equipe de apoio matricial NASF-AB. REASE. 2020; 6(12):1-10.
 30. Rodrigues AS, Pipper SO, Costa FRN. The clinical practice of the pharmacist working in the family health support center with emphasis on the irrational use of medicines in the period of the pandemic: A Systematic Review. RSD. 2022 [acesso em 2023 jul 5]; 11(4):e22611427193. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27193>.
 31. Faria DA, Fonseca PHN. WhatsApp® como Recurso para a Educação em Saúde: Acompanhamento de grupo de cessação do tabagismo diante da pandemia da COVID-19. RSD. 2021; 10(7):1-6.
 32. Freitas VP, Araújo LEA, Mascarenhas MS, et al. Produção de redes sociais digitais como estratégia de educação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19. APS. 2021; 24(3):617-27
 33. Dal Prá KR, Martini D, Pereira da Cruz S. A pandemia de covid-19 e o pandemônio do (tele) trabalho: reflexões a partir da experiência das/os assistentes sociais na área da saúde. Emancipação. 2021; 21:1-17.
 34. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv. Res. 2008; 188:1-14.
 35. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collabora-

- tion: preliminary results of a mixed methods study. *J Interpr. Care.* 2017; 31(2):184-6.
36. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde. Nota técnica SAPS/SGAIS/SES-RJ nº 01/2020. Orientações quanto à atuação do NASF-AB no contexto de pandemia Covid-19. [acesso em 2023 jul 5]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzIyOTQ%2C>.
 37. Recife. Secretaria de Saúde. Diretora Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. Nota Técnica 01. Processo de trabalho do NASF no contexto de enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus (COVID-19). 2020; 1:1-16.
 38. Giovanella L. APS na rede de enfrentamento à Covid-19. Informe ENSP. 2020 abr 20. [acesso em 2023 jan 7]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40918/2/APSEnfrentamentoCovid-19.pdf>.
 39. Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. *Trab. educ. saúde.* 2019 [acesso em 2023 jan 7]; 17(2):e0019424. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>.
 40. Bispo JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2023 jan 7]; 33(9):e00108116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>.
 41. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2007 [acesso em 2023 jan 7]; 23(2):399-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
 42. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, et al. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis.* 2020; 30(4):e300405. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>.
 43. Souza TS, IRS Aleluia, Pinto EB, et al. Organização e oferta da assistência fisioterapêutica em resposta à pandemia da COVID-19 no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022; 27(6):2133-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.00752022>.
 44. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor; 1992.
 45. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. saúde.* 2020; 18:e0024678. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

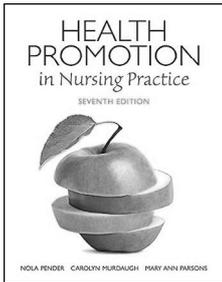
Recebido em 17/01/2023

Aprovado em 15/08/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: este trabalho é fruto da Bolsa de Iniciação a Pesquisa Edital PROAE 03/2021 - Projeto Nº 20634

Enfrentamento da covid-19: síntese de evidências acerca do processo de trabalho multiprofissional no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil - número do plano 39925



Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice

Daniela Bulcão Santi¹, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera²

DOI: 10.1590/0103-1104202313919

AS TEORIAS DE ENFERMAGEM SÃO CLASSIFICADAS DESDE AS grandes teorias até as da prática. A teoria do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender é considerada como uma teoria de médio alcance, ou seja, possui um número restrito de conceitos para reflexão teórica com potencial para orientar a prática¹. No MPS, as afirmações filosóficas e os conteúdos são consistentes e claros, além disso, ele possui uma estrutura lógica e foi aplicado a diversos grupos etários de diferentes culturas, com vários problemas de saúde².

Nola Pender é uma das mais importantes teóricas contemporâneas da enfermagem. Sua prerrogativa é de que a promoção da saúde é uma competência da enfermagem e que deve ser ofertada para todos. Assim, por meio de seu modelo, a autora consolida uma ferramenta teórico-prática para enfermeiros desenvolverem a promoção da saúde baseados em evidências para as mais diversas populações.

O MPS foi criado em 1982 e revisado em 1987, 1996 e 2002; postulado nas publicações do livro 'Health promotion in nursing practice', de Nola Pender, em parceria com Carolyn Murdaugh e Mary Ann Parsons. A ênfase dessa edição se dá em uma base sólida para construção da ciência da promoção da saúde, agregando a importância do apoio das tecnologias e de intervenções culturalmente competentes.

O livro é composto por seis partes. Na Parte 1, 'A busca pela saúde humana', é explanado sobre a definição de saúde e os modelos individuais e comunitários de promoção da saúde; na Parte 2, 'Planejamento para a promoção e prevenção', orienta-se a avaliação de comportamentos em saúde e desenvolvimento de um plano de promoção da saúde; na Parte 3, 'Intervenções para promoção e prevenção da saúde', ações em quatro áreas fundamentais são exploradas: atividade física, nutrição, gerenciamento de estresse e suporte social; na Parte 4, 'Avaliando a efetividade da promoção da saúde', são abordados modelos de avaliação do programa; a Parte 5, 'Promoção da saúde em populações, diversas', trata de estratégias de autocuidado em todo ciclo de vida de populações vulneráveis, de forma culturalmente sensível; a Parte 6, 'Abordagens para promover uma sociedade mais saudável', envolve a promoção da saúde em ambientes comunitários (família, escola, trabalho) por meio de parcerias e políticas, enfatizando a necessidade da mudança socioambiental.

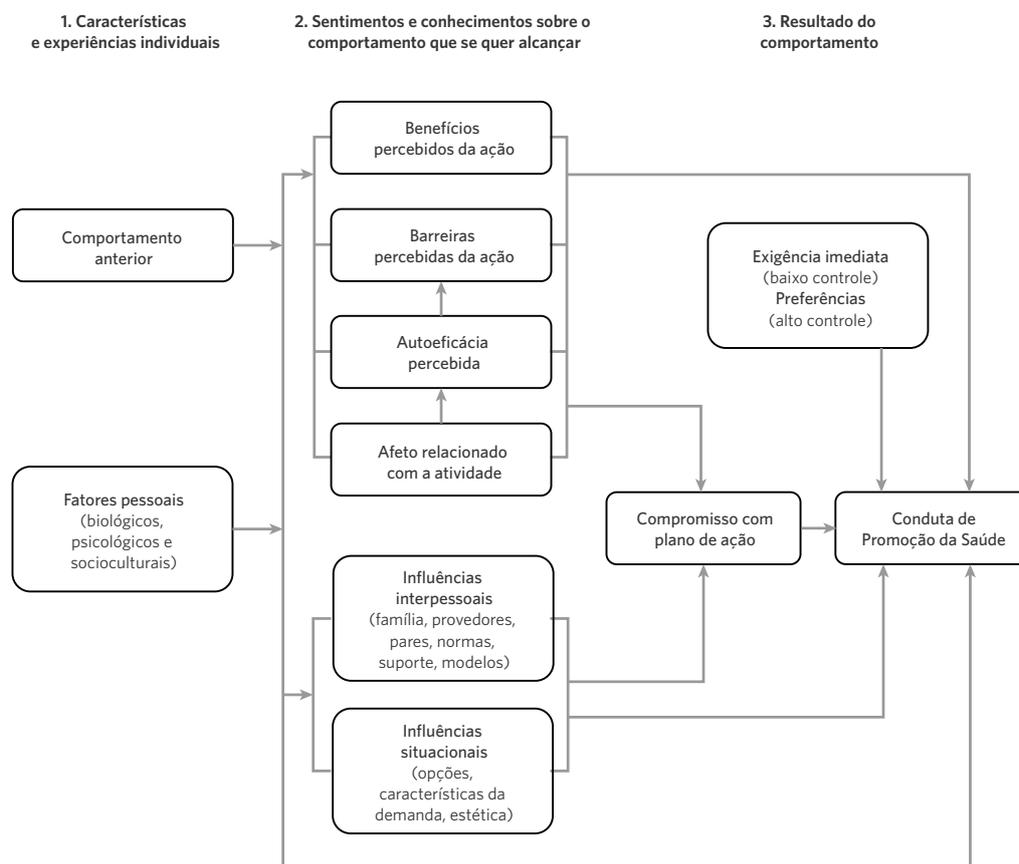
O diagrama que representa o consolidado do modelo proposto por Nola Pender é apresentado abaixo (*figura 1*).

¹Instituto Federal Catarinense (IFC) - Blumenau (SC), Brasil. danielabsanti@gmail.com

²Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Maringá (PR), Brasil.



Figura 1. Modelo de Promoção da Saúde (Revisado)



Fonte: Pender, Murdaugh, Parsons³.

A promoção da saúde envolve estilos de vida e comportamentos que permitem que as pessoas maximizem seu potencial por intermédio de mudanças individuais, organizacionais e comunitárias³.

Para as autoras, “os indivíduos têm capacidade para a mudança devido à capacidade de autoconhecimento, autorregulação, tomada de decisão e resolução de problemas”³⁽²⁷⁾, assim, isso pode ser motivado pelo desejo de proteger a saúde, evitando doenças ou com o desejo de aumentar a saúde na presença ou ausência de doença.

Ao contrário de modelos de prevenção, o medo ou a ameaça como fonte de motivação/adeseção são refutados, por isso, elaborar com a população o valor e o significado da saúde é fundamental para desenvolver um plano de mudança efetivo³.

O primeiro componente do MPS aborda as ‘Características e experiências individuais’, sendo esse importante porque oportuniza conhecer, na perspectiva dos indivíduos, suas vivências e interpretações – essas afetam diretamente seus comportamentos³. Esse componente é constituído pelo ‘Comportamento anterior’, ou seja, o comportamento existente e que deve ser mudado⁴, o qual tem influência direta porque relaciona-se com a força do hábito³; e pelos ‘Fatores pessoais’, divididos em fatores biológicos (como sexo, idade, estágio puberal, índice de massa corpórea, agilidade); psicológicos (por exemplo, autoestima, automotivação) e socioculturais (tais como educação, nível socioeconômico)³.

O segundo componente, ‘Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento

específico', constitui um núcleo central e de atenção para a enfermagem porque eles podem ser modificados por meio de intervenções.

Os 'Benefícios percebidos', são apreendidos quando existe uma experiência positiva, direta ou indireta. Sobre isso, é importante fazer um reforço positivo de tais condições e fomentar um automonitoramento a fim de evidenciar tais aspectos³.

As 'Barreiras percebidas', são percepções negativas de um comportamento, como dificuldades e custos pessoais⁴, que podem ser difíceis de transpor, pois geralmente os sentimentos negativos são mais elaborados cognitivamente do que os positivos³. Nesse ponto, é fundamental o enfermeiro elencar benefícios *versus* barreiras para maximizar os efeitos positivos no curto e no longo prazo do comportamento promotor de saúde.

A 'Autoeficácia' é o julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar as ações⁴, por isso é um forte preditor da mudança de comportamento observado em muitos estudos que utilizaram o MPS⁵. São fontes de autoeficácia: domínio, experiências e persuasão verbal³. A autoeficácia modula diretamente o "Afeto relacionado com a atividade"³⁽³⁷⁾, desse modo, as autoras enfatizam a relevância do *feedback* positivo nas estratégias de promoção da saúde.

Quanto às 'Influências interpessoais', relacionam-se com a influência de outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde ou por normas e modelos sociais⁴; algumas culturas dão maior ênfase do que outras a cada um desses, sendo que existe uma maior suscetibilidade a isso na fase da vida da adolescência⁵.

As 'Influências situacionais' dizem respeito às percepções das opções disponíveis no ambiente e às normas e regulamentos, ou seja, o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde⁴. É importante ter conhecimento dessas influências para poder aproveitar ou criar um contexto ambiental propício ao comportamento promotor de saúde.

Concluindo o MPS, o terceiro componente aborda o 'Comportamento de promoção

da saúde desejável', para isso, destaca-se o 'Compromisso com o plano de ação', em que se determinam a ação específica e os atores envolvidos³. Nessa fase de execução do comportamento promotor de saúde propriamente dito, as autoras preveem uma correlação de forças apontadas em 'Demandas concorrentes e preferências', que seriam situações sobre as quais o(s) indivíduo(s) teria(m) baixo ou alto controle para manutenção do comportamento; sendo esse apontado no 'Comportamento promotor de saúde'.

No aspecto comunitário, as autoras ressaltam que a avaliação realizada com a comunidade, e não sobre ou para a comunidade, aumenta a probabilidade de sucesso. Nesse sentido, é importante destacar que nem todos aceitarão a mudança no mesmo prazo, pode haver aqueles com os seguintes perfis: "inovadores, adotantes precoces, maioria inicial, maioria tardia, retardatários"³⁽⁶⁷⁾.

A fim de esclarecer o MPS e os pressupostos apresentados, segue uma sequência de itens fundamentais no processo de planejamento em saúde:

1. Revisar e resumir dados da avaliação;
2. Enfatizar os pontos fortes e competências do cliente;
3. Identificar metas de saúde e opções de mudanças comportamentais;
4. Identificar desfechos comportamentais ou de saúde para indicar o sucesso do plano na perspectiva do cliente;
5. Desenvolver um plano de mudança de comportamento baseado nas preferências do cliente e no conhecimento "estado da ciência" sobre intervenções efetivas;
6. Reforçar os benefícios da mudança e identificar incentivos para mudança no ponto de vista do cliente;

7. Abordar facilitadores ambientais e interpessoais e barreiras à mudança de comportamento;

8. Determinar um período para implementação;

9. Formalizar um compromisso com metas de mudança de comportamento e fornecer o suporte necessário para realizá-las³⁽¹⁰⁵⁾.

No MPS, o papel do enfermeiro seria de ajudar os indivíduos a

moldar uma história comportamental positiva para o futuro, enfocando os benefícios, ensinando como superar obstáculos e construindo altos níveis de eficácia e afeto positivo por meio da experiência de desempenho bem-sucedido³⁽³⁶⁾.

Um desafio é que a maioria dos estudos que utilizou voltados à promoção da saúde atingiu nível individual, interpessoal e organizacional, poucos foram direcionados ao nível de comunidade e política³, bem como apenas testes parciais do MPS têm sido realizados em vez de aplicar todos os conceitos do modelo⁵.

Colaboradoras

Santi DB (0000-0001-8687-9877)* contribuiu para concepção do estudo, coleta de dados e elaboração do manuscrito final. Baldissera VDA (0000-0003-1680-9165)* contribuiu para concepção do estudo, revisão crítica e elaboração do manuscrito final. ■

Referências

1. Tonin L, Batista J, Lacerda MR, et al. Referenciais utilizados nas teorias de médio alcance: revisão integrativa. *Adv. Nurs. Health*. 2019 [acesso em 2023 jul 9]; (1):23-33. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/anh.2019v1.id38066>.
2. Khoshnood Z, Rayyani M, Tirgari B. Theory analysis for Pender's health promotion model (HPM) by Barnum's criteria: a critical perspective. *Int. j. adolesc. med. health*. 2018 [acesso em 2023 jul 9]; 32(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0160>.
3. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 7. ed. Boston: Pearson; 2015.
4. Victor JF, Lopes MVO, Ximenes LB. Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola Pender. *Acta Paul. Enferm*. 2005 [acesso em 2023 jul 9]; 18(3):235-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>.
5. Santi DB, Nogueira IS, Baldissera VDA. O Modelo de Nola Pender para promoção da saúde do adolescente: revisão integrativa. *Rev. Min. Enferm*. 2023; (27):e-1507. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>.

Recebido em 09/07/2023

Aprovado em 14/07/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

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

Pareceristas que atuaram na avaliação dos artigos deste número da Saúde em Debate

Aderita Sena
Adriana Coser
Alberto Jucelino Pereira Junior
Ana Angélica Martins da Trindade
André Luiz da Silva Lima
André Sobral
Antenora Maria da Mata Siqueira
Antonio José Costa Cardoso
Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Cláudia G. Thaumaturgo da Silva
Cláudia Maria Bógus
Denise Cristina Ayres Gomes
Edna Gurgel Casanova
Eluana Borges Leitão de Figueiredo
Emmanuelly Correia de Lemos
Fausto Pereira dos Santos
Fernanda Serpeloni
Flávia Cristina Silveira Lemos
Francis Sodré

Gabriel Eduardo Schutz
José Fernando Casquel Monti
Karla Coelho
Karla Memória
Karol Veiga Cabral
Kátia Ovídia José de Souza
Lilian de Mello Lauria
Luciana Bicalho Cavanellas
Maria Helena Ruzany
Marilyn Dione de Sena Leal
Mônica de Rezende
Nilza Rogéria de Andrade Nunes
Rafaela Facchetti
Rosa Maria Marques
Rozeli Maria Porto
Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Sandra Oliveira Teixeira
Simone Cynamon Cohen
Viviane Martins da Silva

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.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
	Lívia 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
Helena 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

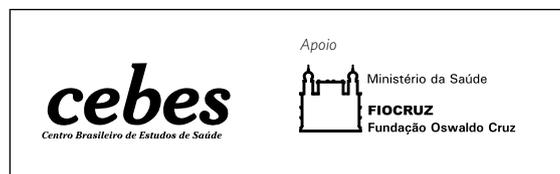
Matheus Zuliane Falcão
Francisco Barbosa
Fernanda Regina da Cunha

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. 139; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1