



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 48, NÚMERO 140  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2024  
ISSN 2358-2898

## SAÚDE EM DEBATE

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

### EDITORIA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com)  
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - [elda.cab@gmail.com](mailto:elda.cab@gmail.com)  
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - [iola@medicina.ufmg.br](mailto:iola@medicina.ufmg.br)  
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - [fatsuerj@gmail.com](mailto:fatsuerj@gmail.com)  
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - [gmachineski@gmail.com](mailto:gmachineski@gmail.com)  
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - [ingriddavilla@gmail.com](mailto:ingriddavilla@gmail.com)  
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - [jamilli.santos@ufba.br](mailto:jamilli.santos@ufba.br)  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - [lenaualobato@uol.com.br](mailto:lenaualobato@uol.com.br)  
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - [mapale.2008@gmail.com](mailto:mapale.2008@gmail.com)  
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - [maurasobreira@ufrn.br](mailto:maurasobreira@ufrn.br)  
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - [rabra.peg@gmail.com](mailto:rabra.peg@gmail.com)  
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - [ronaldosann@gmail.com](mailto:ronaldosann@gmail.com)

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> - [arthur.chioro@unifesp.br](mailto:arthur.chioro@unifesp.br)  
Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> - [astolkner@gmail.com](mailto:astolkner@gmail.com)  
Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> - [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com)  
Angel Martinez Hernaiz - Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España. <https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> - [angel.martinez@urv.cat](mailto:angel.martinez@urv.cat)  
Breno Augusto Souto Maior Fontes - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> - [brenofontes@gmail.com](mailto:brenofontes@gmail.com)  
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> - [cbotazzo@hotmail.com](mailto:cbotazzo@hotmail.com)  
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> - [stralen@medicina.ufmg.br](mailto:stralen@medicina.ufmg.br)  
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> - [d.diniz@anis.org.br](mailto:d.diniz@anis.org.br)  
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico. <https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> - [emenendez1@yahoo.com.mx](mailto:emenendez1@yahoo.com.mx)  
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> - [freese@cpqam.fiocruz.br](mailto:freese@cpqam.fiocruz.br)  
Elda Coelho de Azevedo Bussinguer - Faculdade de Direito de Vitória, Vitória (ES), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4303-4211> - [elda.cab@gmail.com](mailto:elda.cab@gmail.com)  
Eli Iola Gurgel Andrade - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462> - [iola@medicina.ufmg.br](mailto:iola@medicina.ufmg.br)  
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, London, England. <https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> - [kondilis@qmul.ac.uk](mailto:kondilis@qmul.ac.uk)  
Fátima Sueli Neto Ribeiro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8201-4806> - [fatsuerj@gmail.com](mailto:fatsuerj@gmail.com)  
Gicelle Galvan Machineski - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8084-921X> - [gmachineski@gmail.com](mailto:gmachineski@gmail.com)  
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> - [helenocorreia@uol.com.br](mailto:helenocorreia@uol.com.br)  
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina. <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> - [hugospinelli09@gmail.com](mailto:hugospinelli09@gmail.com)  
Ingrid D'avilla Freire Pereira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2042-2871> - [ingriddavilla@gmail.com](mailto:ingriddavilla@gmail.com)  
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> - [jairnil@ufba.br](mailto:jairnil@ufba.br)  
Jamilli Silva Santos - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904> - [jamilli.santos@ufba.br](mailto:jamilli.santos@ufba.br)  
Jean Pierre Unger - Institut de MédecineTropicale, Anvers, Belgique. <https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> - [contact@jeanpierreunger.com](mailto:contact@jeanpierreunger.com)  
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> - [bragajcs@uol.com.br](mailto:bragajcs@uol.com.br)  
Jose da Rocha Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> - [jrcarval@fiocruz.br](mailto:jrcarval@fiocruz.br)  
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> - [kenneth@uerj.br](mailto:kenneth@uerj.br)  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> - [lenaualobato@uol.com.br](mailto:lenaualobato@uol.com.br)  
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> - [ligiagianovella@gmail.com](mailto:ligiagianovella@gmail.com)  
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> - [luizfacchini@gmail.com](mailto:luizfacchini@gmail.com)  
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> - [odorico@saude.gov.br](mailto:odorico@saude.gov.br)  
Maria Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> - [maria.salette.jorge@gmail.com](mailto:maria.salette.jorge@gmail.com)  
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> - [mariohernandez62@gmail.com](mailto:mariohernandez62@gmail.com)  
Mario Parada - Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - [mapale.2008@gmail.com](mailto:mapale.2008@gmail.com)  
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> - [roveremario@gmail.com](mailto:roveremario@gmail.com)  
Maura Vanessa Silva Sobreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó (RN), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6804-4198> - [maurasobreira@ufrn.br](mailto:maurasobreira@ufrn.br)  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> - [pauloamarante@gmail.com](mailto:pauloamarante@gmail.com)  
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> - [paulo.buss@fiocruz.br](mailto:paulo.buss@fiocruz.br)  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> - [pttarso@gmail.com](mailto:pttarso@gmail.com)  
Raquel Abrantes Pego - Aposentada, Belo Horizonte (MG), Brasil. <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - [rabra.peg@gmail.com](mailto:rabra.peg@gmail.com)  
Ronaldo Teodoro - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0125-7700> - [ronaldosann@gmail.com](mailto:ronaldosann@gmail.com)  
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> - [radorno@usp.br](mailto:radorno@usp.br)  
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> - [profsoniafleury@gmail.com](mailto:profsoniafleury@gmail.com)  
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> - [sulamis@uol.com.br](mailto:sulamis@uol.com.br)  
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> - [wfolive@terra.com.br](mailto:wfolive@terra.com.br)

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

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

### EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

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

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

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

### DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

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

Ana Lafaiete (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)  
Katia Muller (inglês/english)  
Marília Daniele Soares Vieira (português e inglês/portuguese and english)  
Paula Santos Diniz (inglês/english)  
Simone Basilio (português/portuguese)  
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

# saúde

## EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 48, NÚMERO 140  
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2024

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
ISSN 2358-2898

## EDITORIAL | EDITORIAL

### O que querem as mulheres? Saúde e direitos sexuais e reprodutivos

*What do women want? Sexual and reproductive health and rights*

Ana Maria Costa, Lenaura de Vasconcelos da Costa Lobato

## ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

### Especialização em Educação Popular em Saúde na Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis da Fiocruz: uma análise sob a ótica dos próprios educandos

*Specialization in Popular Health Education in the Promotion of Healthy and Sustainable Territories at Fiocruz: an analysis from the students' perspective*

Andressa Cavalcante Paz e Silva, Sonha Maria Coelho de Aquino, Heide Barbosa dos Santos

### Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

*Model for evaluating the effectiveness of physiotherapeutic activities in primary care*

Joyce Ribeiro Rothstein, José Francisco Gontan Albiero, Sérgio Fernando Torres de Freitas

### Vivência e expectativas de doulas em região brasileira de fronteira

*Experience and expectations of doulas in a Brazilian border region*

Larissa Djanilda Parra da Luz, Sebastião Caldeira, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel

### Avaliação de indicadores sociais e de saúde em municípios de Minas Gerais conforme tipologia rural-urbano

*Assessment of social and health indicators in municipalities of Minas Gerais according to the rural-urban typology*

João Alves Pereira, Renata Fiúza Damasceno, Marta Raquel Mendes Vieira, Alfredo Maurício Batista de Paula, Rafaela da Silveira Pinto, Daniele Lopes Leal, Desirée Sant'Ana Haikal

### Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem

*The Social Determinants of Health inside and outside the household: capturing a new approach*

Kelen Gomes Ribeiro, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Sheila Pires Raquel, Toa Leonor Munoz, Cardoza Santos

### A saúde na região do Médio Solimões no estado do Amazonas: a centralidade de Tefé

*Health in the Middle Solimões region, state of Amazonas: the centrality of Tefé*

Michele Rocha El Kadri, Claudio Pontes Ferreira, Carlos Machado de Freitas

### Análise da clareza metodológica como dimensão de qualidade do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

*Analysis of methodological clarity as a quality dimension of the National Register of Health Establishments*

Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho, Kátia Rejane de Medeiros, Marciana Feliciano, Simara Lopes Cruz Damázio, Carlos Renato dos Santos

### Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas

*Health care for adolescents who are susceptible to drug use*

Grasiella Bueno Mancilha, Amalia Neide Covic

**Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal**

*From the 'Rede Cegonha' to 'RAMI': tensions between paradigms of maternal and infant health care*

Priscila Kiselar Mortelaro, Jessica Fernandes Cirelli, Nadia Zanon Narchi, Edemilson Antunes de Campos

**Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul**

*Previne Brasil Program: analysis of the implementation process in a Southern region county*

Ester Cano Rodrigues, Leonardo Dresch Eberhardt

**Promoção de Saúde Bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas**

*Oral Health Promotion at the workplace in rural areas: echoes from dental surgeons*

Suyene de Oliveira Paredes, Franklin Delano Soares Forte, Maria Socorro de Araújo Dias

**Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde**

*Professional profiles and educational practices of oral health in Primary Health Care*

Lílian Fernandes Amarante, Sharmênia de Araújo Soares Nuto, Franklin Delano Soares Forte, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Lizaldo Andrade Maia

**Fatores contextuais do desempenho do atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica entre municípios baianos**

*Contextual factors of the performance of dental care for pregnant women in Primary Care among municipalities in Bahia*

Manoelito Ferreira Silva Junior, Amanda Cristina Laranjeira Saraiva, Patrícia Elizabeth Souza Matos

**Fatores psicossociais e Transtornos Mentais Comuns no teletrabalho do judiciário trabalhista na pandemia de Covid-19**

*Psychosocial factors and common mental disorders in telework in the labor judiciary during the COVID-19 pandemic*

Fauzi El Kadri Filho, Sérgio Roberto de Lucca

**ENSAIO | ESSAY****O coração no yoga: um estudo hermenêutico sobre a ontologia das upanişad's**

*The heart in yoga: a hermeneutic essay on the ontology of the upanişad's*

Léo Fernandes Pereira, Charles Dalcanale Tesser

**RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY****Vigilância participativa: caminhos para a Saúde Única no Pantanal e na fronteira oeste**

*Participatory surveillance: paths to One Health in the Pantanal and the western border*

Jessica Andrade de Oliveira, Alexsandra Rodrigues de Mendonça Favacho, Raquel Soares Juliano, Lucas França de Barros, Pedro Zeno, Alex Pauvolid-Corrêa, Marcia Chame

**Acesso aos contraceptivos e direito à saúde em Angola: experiências de mulher e de farmacêutica**

*Access to contraceptives and the right to health in Angola: experiences of women and pharmacist*

Elisa Dulce João Fundanga Calipi, Fernanda Manzini, Silvana Nair Leite

**RESENHA | CRITICAL REVIEW****Gadelha CAG, Gimenez DM, Cassiolato JE. Saúde é desenvolvimento: o Complexo Econômico-Industrial da Saúde como opção estratégica nacional**

Nilson do Rosário Costa, Rafaela Küster Gon



## O que querem as mulheres? Saúde e direitos sexuais e reprodutivos

Ana Maria Costa<sup>1</sup>, Lenaura de Vasconcelos da Costa Lobato<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024140ED-P

**TODOS OS ANOS, O MÊS DE MARÇO É UM CONVITE PARA REFLETIR** sobre a condição feminina, nossas conquistas e desafios perante o Estado, os governos e a sociedade. Não há dúvida que, do lugar onde fomos jogadas e submetidas na hierarquia de poder na sociedade, andamos muito. Contudo, mesmo assim, há ainda um longo caminho que abrange as esferas legais, econômicas, culturais e tantas outras. Na saúde, e tomando em particular a medicina, o corpo e a identidade da mulher nunca foram motivo do respeito merecido e necessário. Desde os primórdios da chamada Medicina Moderna, os livros didáticos ensinam barbaridades sobre as mulheres e orientam um intervencionismo desmedido, confirmando o padrão do patriarcado na ciência do cuidado do corpo e da alma. Nessa perspectiva, a medicalização sobre o corpo feminino espelha-se como efeito do incômodo e do desrespeito sobre as mulheres como sujeitas e cidadãs.

### Feminismo, saúde e avanços históricos

Nos anos 1980, além do movimento da reforma sanitária, propondo o direito universal à saúde, o movimento feminista incidiu sobre a saúde das mulheres para mudar o enfoque ‘materno-infantilista’, que restringe a atenção à saúde aos aspectos da maternidade. Nesse contexto, surgiu, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism). Ele foi e ainda é uma política de vanguarda porque propõe para a mulher a autonomia decisória nos assuntos reprodutivos, a abordagem ampla por parte da oferta dos serviços abrangendo o conjunto dos problemas e demandas femininas e advoga por mudança nas relações de poder entre mulheres e profissionais de saúde.

A estratégia inovadora do Paism é a inclusão das práticas educativas que fornecem ferramentas para a intervenção crítica das mulheres no processo do cuidado. O movimento feminista celebrou essa conquista e passou a ser parceiro e referência do movimento sanitário na reforma sanitária em curso. Entretanto, a implementação real das mudanças propostas pelo Paism e aperfeiçoadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), anunciada em 2003, tem sido dificultada tanto pelos religiosos fundamentalistas e sua bancada de deputados e senadores quanto por uma cultura prevalente baseada em um conceito verticalizado, fragmentado e focalizado sobre a organização da atenção à saúde.

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



A consequência disso tem sido a fragmentação da saúde da mulher em diversos programas não comunicantes, o que leva à perda da perspectiva do modelo de atenção integral, que se baseia na singularidade e na complexidade próprias às mulheres, com múltiplas e distintas demandas e necessidades de saúde de acordo com idade, classe social, raça, etnia, orientação sexual e cultura. Dessa forma, a concepção da integralidade deve nortear a organização dos serviços e as redes de saúde, que, de forma integrada e coordenada, estejam aptas a dar resolutividade à atenção à saúde das mulheres.

## Os desafios do presente

Sob essa perspectiva da integralidade, é urgente e imprescindível retomar o desafio do cuidado integral, rompendo com o paradigma da fragmentação e da focalização instituídas na saúde. É fato que o País avançou em relação à mortalidade por câncer de colo de uterino, mas dispara na mortalidade de mulheres até 49 anos por câncer de mama<sup>1</sup>. Nesse sentido, é intolerável a persistente desigualdade de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento de câncer de mama, cujo prognóstico está relacionado com o tratamento adequado e oportuno.

A oferta das práticas de contracepção, que deveriam ocorrer pela ampla oferta de alternativas fornecendo informação suficiente para a livre escolha por parte das mulheres, perdeu-se em uma realidade na qual, além da esterilização cirúrgica, prevalece o uso de métodos hormonais seja por via oral, injetável, subcutânea, seja no dispositivo intrauterino. As ações educativas desapareceram da rotina dos serviços que deveriam ser espaços de construção de cidadania feminina. Além disso, o risco subjacente ao uso de hormônios é real e transparece na presença dos acidentes vasculares que deixam sequelas ou matam milhares de mulheres no País.

Dentre os enormes desafios para qualificar a atenção às mulheres, destaca-se a necessidade iminente de enfrentamento do aborto, este inquestionável problema de saúde pública e tragédia na vida cotidiana das mulheres. Ainda hoje, as mulheres têm seu direito ao aborto legalizado negado quando engravidam por ato de violência sexual, e não há serviços para cuidar delas, em sua maioria meninas e jovens negras. Nunca houve serviços suficientes, nem em número nem na distribuição territorial<sup>2</sup>. Trata-se de uma situação inadmissível, mas que persiste e precisa de visibilidade. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) precisa garantir o acesso e a atenção oportuna a essas mulheres em condição de sofrimento e vulnerabilidade. Da mesma forma, o setor de saúde suplementar deve assumir essa demanda das mulheres vinculadas a planos de saúde, já que são igualmente omissos.

Enfrentar o tema dos direitos das mulheres ao aborto mais amplamente é, também, um desafio imprescindível e inadiável para a nossa democracia, para garantir a proteção e os direitos reprodutivos das mulheres. A América Latina tem avançado legalizando o aborto em diversos países enquanto o Brasil retrocedeu nos últimos tempos, quando o Congresso se abarrota de parlamentares cujos mandatos estão ancorados no fundamentalismo e na misoginia. A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442, impetrada pelo Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) com apoio da Anis Instituto de Bioética ainda em 2017, que argui pela descriminalização da interrupção voluntária da gravidez (aborto) nas primeiras 12 semanas de gestação, permanece sem solução. Com voto favorável da ministra Rosa Weber, a ADPF foi novamente paralisada por pedido de vista do ministro Roberto Barroso, que, embora tenha se manifestado publicamente a favor da ação, alega que a sociedade precisa discutir o tema mais a fundo e que, por isso, não há previsão de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF). Enquanto isso, gritam os casos graves de criminalização, que ameaçam a vida de muitas de nós. Rybka e Cabral<sup>3</sup>, analisando os debates da ação no STF, citam Casseres ao afirmar que

[...] a defesa do estatuto de crime do aborto tem muito mais a ver com a conservação de uma ordem social que não pode prescindir do controle da sexualidade e da capacidade reprodutiva das mulheres (sobretudo, de determinadas mulheres) do que com a proteção à vida dos chamados 'nascituros', [como propagado pelos conservadores contrários à ação].

Às vésperas do março que celebra a luta das mulheres, mais um episódio do embate entre as conquistas e os direitos das mulheres e o domínio religioso fundamentalista emergiu com a publicação e a revogação precipitada de uma nota técnica pelo Ministério da Saúde. A Nota Técnica nº 2/2024, emitida pelas Secretarias de Atenção Primária à Saúde (Saps) e de Atenção Especializada à Saúde (Saes) do Ministério da Saúde (MS), substituiu uma norma revogada do governo Bolsonaro que restringia o aborto legal a até 21 semanas de gestação, em desacordo com o Código Penal de 1940. Contudo, a rápida reação da bancada evangélica do Congresso Nacional e da mídia conservadora, distorcendo seu conteúdo, levou à sua revogação em menos de 24 horas, revelando a tensão entre a proteção dos direitos das mulheres e as pressões ideológicas, morais e religiosas. Em reação, dezenas de entidades científicas, profissionais e feministas se manifestaram em favor do retorno à nota e ainda esperam uma convocatória do governo para negociar saída que preserve o direito das mulheres. A circunstância demonstra a urgência em garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, especialmente diante das tentativas de manipulação e retrocesso por parte de setores conservadores.

O aborto foi a terceira causa direta de mortes maternas no Brasil em 2018<sup>4</sup>. Diniz, Medeiros e Madeiro<sup>5</sup>, analisando a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2010 (PNAD 2010), chamam atenção que, em termos aproximados, aos 40 anos, quase uma em cada cinco mulheres brasileiras fez um aborto e que, somente no ano de 2015, houve cerca de meio milhão de abortos. Hoje, estima-se que mais de 7,4 milhões de brasileiras tenham passado por essa situação ao menos uma vez.

Para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a sociedade brasileira vê-se diante da necessidade de refletir sobre propostas políticas que buscam restringir direitos fundamentais em nome de valores morais. Por isso, o governo deve assumir postura firme e ousada na promoção da saúde e do bem-estar das mulheres. Desse modo, garantir a laicidade do Estado e ampliar o direito das mulheres ao aborto livre e seguro e a serviços voltados a atendê-las de forma resolutiva, integral e integradamente segue sendo um desafio para a sociedade e para o Estado brasileiro.

À medida que o voto está sendo definido pelas igrejas fundamentalistas, nossa democracia vai sendo mutilada, e mingam as possibilidades de ampliar os direitos reprodutivos das mulheres. O Brasil elegerá prefeitos nos próximos meses; com isso, vai se desenhando o perfil da próxima legislatura no Congresso Nacional, o que merece atenção do campo democrático. Ampliar a consciência do voto, portanto, é tarefa urgente para o campo democrático nacional.

Esta é a conclamação do Cebes em nome da vida e da saúde das mulheres!

## Colaboradoras

Costa AM (0000-0002-1931-3969)\* e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Silva GRP, Guimarães RA, Vieira FVM, et al. Tendência da taxa de mortalidade por câncer de mama em mulheres com 20 anos ou mais no Brasil, 2005–2019. *Ciênc. saúde coletiva*. 2024 [acesso em 2024 mar 11]; 29(3):e05092023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05092023>.
2. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2024 mar 9]; 37(12):e00085321. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085321>.
3. Rybka LN, Cabral CS. Morte e vida no debate sobre aborto: uma análise a partir da audiência pública sobre a ADPF 442. *Saúde Soc*. 2023 [acesso em 2024 mar 9]; 32(2):e220527pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220527pt>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Audiência pública - interrupção voluntária da gravidez. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal; 2018.
5. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2024 mar 11]; 22(2):653-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/#>.

## What do women want? Sexual and reproductive health and rights

Ana Maria Costa<sup>1</sup>, Lenaura de Vasconcelos da Costa Lobato<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-28982024140ED-1

**EVERY YEAR, THE MONTH OF MARCH IS AN INVITATION TO REFLECT ON** the female condition, our achievements and challenges before the State, governments and society. There is no doubt that, from the place where we were thrown and subjected in the hierarchy of power in society, we have come a long way. However, even so, there is still a long way to go that covers the legal, economic, cultural, and many other spheres. In health, and medicine in particular, a woman's body and identity have never been the subject of the deserved and necessary respect. Since the beginnings of so-called Modern Medicine, textbooks have taught barbaric things about women and guided excessive interventionism, confirming the pattern of patriarchy in the science of caring for the body and soul. From this perspective, the medicalization of the female body is seen as an effect of discomfort and disrespect on women as subjects and citizens.

### Feminism, health, and historical advances

In the 1980s, in addition to the Health Reform Movement, proposing the universal right to health, the feminist movement focused on women's health to change the 'maternal-infantilist' approach, which restricts health care to aspects of motherhood. In this context, the Comprehensive Assistance Program for Women's Health (PAISM) emerged in 1983. It was and still is a vanguard policy because it proposes decision-making autonomy for women in reproductive matters, a broad approach to the provision of services covering all female problems and demands and advocates for a change in power relations between women and health professionals.

PAISM's innovative strategy is the inclusion of educational practices that provide tools for women's critical intervention in the care process. The feminist movement celebrated that achievement and became a partner and reference for the health movement in the ongoing health reform. However, the actual implementation of the changes proposed by PAISM and perfected in the National Policy for Comprehensive Care for Women's Health (PNAISM), announced in 2003, has been hampered both by religious fundamentalists and their group of deputies and senators and by a prevalent culture based in a verticalized, fragmented, and focused concept on the organization of health care.

The consequence of that has been the fragmentation of women's health into several non-communicating programs, which leads to the loss of the perspective of the comprehensive care

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



model, which is based on the uniqueness and complexity inherent to women, with multiple and distinct demands and health needs according to age, social class, race, ethnicity, sexual orientation, and culture. Therefore, the concept of comprehensiveness must guide the organization of services and health networks, which, in an integrated and coordinated way, are capable of providing solutions to women's health care.

## Challenges of the present

From this perspective of comprehensiveness, it is urgent and essential to return to the challenge of comprehensive care, breaking with the paradigm of fragmentation and focus established in health. It is a fact that the country has advanced in relation to mortality from cervical cancer, but the mortality rate of women up to 49 years of age from breast cancer is soaring<sup>1</sup>. In this sense, the persistent inequality of access to early diagnosis and treatment of breast cancer, whose prognosis is related to adequate and timely treatment, is intolerable.

The provision of contraceptive practices, which should occur through a wide range of alternatives providing sufficient information for women to make a free choice, has been lost in a reality in which, in addition to surgical sterilization, the use of hormonal methods prevails, whether via oral, injectable, subcutaneous, or intrauterine device. Educational actions disappeared from the routine of services that should be spaces for building female citizenship. Furthermore, the risk underlying the use of hormones is real and is evident in the presence of vascular accidents that leave sequelae or kill thousands of women in the country.

Among the enormous challenges to qualifying care for women, the imminent need to tackle abortion stands out, this unquestionable public health problem and tragedy in women's daily lives. Even today, women are denied their right to legal abortion when they become pregnant through an act of sexual violence, and there are no services to care for them, the majority of whom are black girls and young women. There were never enough services, neither in number nor in territorial distribution<sup>2</sup>. This is an unacceptable situation, but one which persists and needs visibility. In this context, the Unified Health System (SUS) needs to guarantee access and timely care to these women in conditions of suffering and vulnerability. Likewise, the supplementary health sector must take on this demand from women linked to health plans since they are equally silent.

Facing the issue of women's rights to abortion more broadly is also an essential and urgent challenge for our democracy, to guarantee the protection and reproductive rights of women. Latin America has advanced in legalizing abortion in several countries while Brazil has retreated in recent times, when the Congress is filled with parliamentarians whose mandates are anchored in fundamentalism and misogyny. The Claim of Non-compliance with Fundamental Precept (ADPF) 442, filed by Socialism and Freedom Party (PSOL) with the support of Anis Instituto de Bioética in 2017, which argued for the decriminalization of voluntary termination of pregnancy (abortion) in the first 12 weeks of pregnancy, remains unresolved. With a favorable vote from Minister Rosa Weber, the ADPF was once again paralyzed following a request for a review from Minister Roberto Barroso, who, although having publicly expressed in favor of the action, claims that society needs to discuss the issue further and that, therefore, there is no prediction of a decision from the Federal Supreme Court (STF). Meanwhile, there are serious cases of criminalization that threaten the lives of many of us. Rybka and Cabral<sup>3</sup>, analyzing the debates of the action in the STF, quote Casseres when stating that

[...] the defense of the criminal status of abortion has much more to do with the conservation of a social order that cannot do without controlling the sexuality and reproductive capacity of women (especially certain women) than with protecting the lives of so-called 'unborn', [as propagated by conservatives opposed to the action].

Right before the month of March which celebrates women's struggle, another episode in the clash between women's achievements and rights and fundamentalist religious dominance emerged with the publication and hasty revocation of a technical note by the Ministry of Health. Technical Note No 2/2024, issued by the Secretariats of Primary Health Care (SAPS) and Specialized Health Care (SAES) of the Ministry of Health (MS), replaces a revoked rule from the Bolsonaro administration that restricted legal abortion to up to 21 weeks of pregnancy, in disagreement with the Penal Code of 1940. However, the rapid reaction of the evangelical bench of the National Congress and the conservative media, distorting its content, led to its repeal in less than 24 hours, revealing the tension between the protection of women's rights and ideological, moral, and religious pressures. In reaction, dozens of scientific, professional, and feminist entities spoke out in favor of returning to the note and are still waiting for a call from the government to negotiate a solution that preserves women's rights. The circumstance demonstrates the urgency in guaranteeing women's sexual and reproductive rights, especially in the face of attempts at manipulation and setbacks by conservative sectors.

Abortion was the third direct cause of maternal deaths in Brazil in 2018<sup>4</sup>. Diniz, Medeiros and Madeiro<sup>5</sup>, analyzing the 2010 National Household Sample Survey (PNAD 2010), draw attention to the fact that, in approximate terms, at age of 40, almost one in every five Brazilian women had an abortion and, in 2015 alone, there were around half a million abortions. Today, it is estimated that more than 7.4 million Brazilian women have experienced such situation at least once.

For the Brazilian Center for Health Studies (CEBES), Brazilian society finds itself faced with the need to reflect on political proposals that seek to restrict fundamental rights in the name of moral values. Therefore, the government must take a firm and bold stance in promoting women's health and well-being. This way, guaranteeing the secularity of the State and expanding women's right to free and safe abortion and services aimed at serving them in a resolute, comprehensive, and integrated manner continues to be a challenge for society and the Brazilian State.

As the vote is being defined by fundamentalist churches, our democracy is being mutilated, and the possibilities of expanding women's reproductive rights are diminishing. Brazil will elect mayors in the coming months; With this, the profile of the next legislature in the National Congress is being shaped, which deserves attention from the democratic field. Expanding voting awareness, therefore, is an urgent task for the national democratic field.

This is the CEBES' call on behalf of women's lives and health!

## Collaborators

Costa AM (0000-0002-1931-3969)\* and Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)\* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## References

1. Silva GRP, Guimarães RA, Vieira FVM, et al. Tendência da taxa de mortalidade por câncer de mama em mulheres com 20 anos ou mais no Brasil, 2005–2019. *Ciênc. saúde coletiva*. 2024 [acesso em 2024 mar 11]; 29(3):e05092023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05092023>.
2. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2024 mar 9]; 37(12):e00085321. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085321>.
3. Rybka LN, Cabral CS. Morte e vida no debate sobre aborto: uma análise a partir da audiência pública sobre a ADPF 442. *Saúde Soc*. 2023 [acesso em 2024 mar 9]; 32(2):e220527pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220527pt>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Audiência pública - interrupção voluntária da gravidez. Brasília, DF: Supremo Tribunal Federal; 2018.
5. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2024 mar 11]; 22(2):653-60. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/#>.

## Especialização em Educação Popular em Saúde na Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis da Fiocruz: uma análise sob a ótica dos próprios educandos

*Specialization in Popular Health Education in the Promotion of Healthy and Sustainable Territories at Fiocruz: an analysis from the students' perspective*

Andressa Cavalcante Paz e Silva<sup>1</sup>, Sonha Maria Coelho de Aquino<sup>2</sup>, Heide Barbosa dos Santos<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408489P

**RESUMO** Este estudo objetivou compreender a experiência do curso de Especialização em Educação Popular em Saúde na Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob a ótica dos educandos. Foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas feitas com estudantes do curso (n = 20). Os dados foram interpretados pela análise de conteúdo temática de Bardin. Os resultados compuseram três categorias temáticas: a Pedagogia da Formação, que apresenta a compreensão das estratégias formativas e metodológicas do curso; a Pedagogia do Encontro, que traz as potências que se fizeram no encontro entre as diversidades; a Pedagogia do Movimento, que levanta as implicações do curso para a transformação pessoal e profissional dos participantes. A formação apresentou-se como um potente instrumento de transformação de perspectivas e de práticas, em que o encontro atuou como via de articulação política e de cuidado à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação. Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Ensino.

**ABSTRACT** *This study aimed to understand the experience of the Specialization course in Popular Health Education in the Promotion of Healthy and Sustainable Territories at Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), from the student's perspective. A qualitative research was carried out through semi-structured interviews with students from the course (n = 20). Data were interpreted by Bardin's thematic content analysis. The results comprised three thematic categories: the Pedagogy of Training, which presents the understanding of the training and methodological strategies of the course; the Pedagogy of the Encounter, which brings the powers that have been made in the encounter between diversity; the Pedagogy of Movement, which raises the implications of the course for the personal and professional transformation of the participants. Training presented itself as a powerful instrument for transforming perspectives and practices, in which the meeting acted as a means of political articulation and health care.*

**KEYWORDS** *Professional education. Public Health. Unified Health System. Teaching.*

<sup>1</sup>Universidade Evangélica de Goiás (Unievangélica) – Anápolis (GO), Brasil.  
andressa.silva2@universo.univates.br

<sup>2</sup>Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Jussara (SMSJ) – Jussara (GO), Brasil.



## Introdução

A Educação Popular em Saúde (EPS) consolida-se enquanto campo de construção do conhecimento e de prática em saúde desde os anos 1960 pela América Latina. Contudo, sua história antecede esse período, uma vez que, no começo dos anos 1950, ela começa a ser construída a partir da perspectiva de educação popular de Paulo Freire, da produção de processos críticos, participativos e emancipatórios, aliada ao desenvolvimento de uma medicina social e comunitária, desenvolvida como resistência no período da ditadura militar no Brasil<sup>1-3</sup>.

A EPS levou a práticas articuladas de saúde e educação baseadas em movimentos de autonomia e participação da população, inspirados nos movimentos da educação popular. Convocados pela situação de extrema vulnerabilidade e condições precárias da população, estudantes e professores universitários saíram da academia e foram até comunidades rurais e periféricas das cidades, promovendo atividades extensivas pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Comunitária, apoiados por grupos progressistas da Igreja Católica, seguidores da Teologia da Libertação<sup>4</sup>.

Assim, profissionais e movimentos populares do campo da saúde levaram os questionamentos da educação popular para as questões da área da saúde, constituindo o que ficou conhecido como EPS, que influenciou a própria proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980<sup>2</sup>. A EPS vincula-se aos próprios princípios e diretrizes do SUS, com vistas a constituir uma saúde sob a perspectiva da garantia de direitos, da justiça social, da integralidade e da participação social.

Em 2013, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS)<sup>5</sup>. Uma conquista das lutas populares na busca do fortalecimento do SUS e reorientação do modelo de atenção médico centrado que ainda organiza e estrutura os cotidianos do trabalho em saúde.

Entre importantes acontecimentos que impulsionaram a consolidação da PNEP-SUS,

cita-se a criação da Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, no final dos anos 1990, e, em 2003, a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps), em atuação até hoje. As organizações constituíram-se como forma de organizar trabalhadores que acreditavam e trabalhavam a partir dessa perspectiva. Também, como forma de ampliar a formação do modelo para mais trabalhadores e de articular as iniciativas brasileiras a outros movimentos com objetivos comuns, espalhados pela América Latina, na luta pelas políticas sociais e pela participação do povo na construção e no controle social dessas políticas<sup>6</sup>.

Entende-se que a instituição da PNEP-SUS é apenas mais uma etapa da consolidação do modelo de EPS no SUS, o que leva a questionamentos constantes na história sobre os impactos de sua institucionalização em órgãos do governo<sup>4</sup>. Ainda mais quando se vivenciam tempos difíceis de retrocessos nas políticas sociais e desmontes no SUS, como os que enfrentamos há pouco no País, tal como aponta Pedrosa<sup>4</sup>.

Nessa perspectiva, torna-se fundamental a problematização e reorientação da própria formação dos profissionais de saúde. A formação de profissionais é parte da luta pelo fortalecimento do SUS. Contudo, como trazem Nascimento e Oliveira<sup>7</sup>, ela ainda é majoritariamente estruturada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, restringindo a compreensão do modelo ampliado de saúde e limitando a atuação sobre os condicionantes e determinantes de saúde das comunidades e das pessoas.

A EPS fundamenta-se em práticas horizontais e participativas, problematizando e construindo saídas para enfrentamento aos problemas de saúde de forma compartilhada entre gestão, profissionais e usuários. Para além de um método, é uma concepção de mundo voltada para a transformação do campo da saúde e de toda a sociedade. Constrói-se a partir das práticas coletivas e populares, na busca da superação das iniquidades sociais<sup>2</sup>.

Nesse contexto, uma das dimensões de atuação da EPS é a própria formação dos

profissionais de saúde. Entre um dos seus objetivos específicos da PNEP-SUS está a contribuição para educação permanente dos trabalhadores da saúde. A política busca atuar para fortalecer a EPS enquanto campo de produção do conhecimento, a fim de fundamentar um novo modelo de prática assistencial na perspectiva da educação popular, por meio de capacitações dos profissionais de saúde<sup>5</sup>.

Dantas, Silva e Castro<sup>8</sup> indicam que a principal estratégia de implementação da política foi exatamente um curso de educação permanente voltado para os profissionais de saúde, o EdPopSUS, que aconteceu em três edições no País, em 2013/2014, 2015 e 2016/2018, em mais de 15 estados brasileiros. O curso ofertou vagas, em sua maioria, para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde, mas, também, para outros profissionais e lideranças comunitárias.

Além do EdPopSUS, citam-se, também, entre as experiências de amplitude nacional de formação, no contexto da PNEPS-SUS, o Projeto de Pesquisa e Extensão ‘Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS’ (Vepop-SUS) e o Curso de Formação Histórica e Política para Estudantes das Áreas da Saúde (FHP). O primeiro, realizado por meio da cooperação entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), entre os anos de 2013 e 2018, em apoio a projetos de extensão com a perspectiva da EPS. A segunda experiência foi realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em parceria com outras instituições de ensino superior, e propôs a realização do Curso de FHP com diálogos e reflexões sobre a importância dos espaços de formação política para graduandos, com edições em 2012 e 2014<sup>9</sup>.

Em 2019, realizou-se a primeira especialização na área, o curso de Especialização e de Aperfeiçoamento em Educação Popular e Promoção de Territórios Saudáveis na Convivência com o Semiárido, uma parceria da Fiocruz Ceará, Aneps e Rede Saúde, Saneamento, Água e Direitos Humanos (RESSADH)<sup>9</sup>.

E, em 2021, a Fiocruz Brasília lançou o curso com amplitude nacional, a Especialização em Educação Popular em Saúde na Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis (EEPS). Realizado em parceria com o Grupo de Trabalho de Educação Popular e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT de EPS da Abrasco), a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde do Distrito Federal (Aneps-DF), Internacional da Esperança, Conselho de Educação Popular da América Latina e Caribe (CEAAL), a Associação Brasileira da Rede Unida, assim como grupos de pesquisa de universidades, como Universidade Federal do Piauí (UFPI), Uerj, Universidade Estadual do Ceará (Uece), Universidade de Pernambuco (UPE) e Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)<sup>10</sup>.

No entanto, mesmo com a institucionalização da PNEPS-SUS, percebe-se que sua implementação não foi totalmente consolidada e que há desafios para a implantação no cotidiano dos serviços. Alguns desafios documentados da implantação da PNEP-SUS estão atrelados a falta de financiamento para as ações, dificuldade de engajamento de integrantes e entraves nos diálogos com a gestão<sup>11</sup>. Assim, considerando que há uma forte relação entre educação e saúde, e visto que o SUS está organizado de acordo com os princípios supracitados, é imprescindível suscitar uma reflexão em torno do tema.

A reflexão sobre a ação é fundamento da EPS, o que torna crucial olhar para os processos experienciados, levantando as aprendizagens, fragilidades e potências do vivido. Dessa forma, este trabalho constrói-se com o objetivo de compreender a experiência de formação do curso de EEPS, sob a ótica dos próprios educandos.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, cuja finalidade foi

compreender a perspectiva dos educandos sobre a experiência da EEPS, aprofundando-se na forma como eles percebem subjetivamente as suas realidades e os impactos do curso<sup>12</sup>.

O curso supracitado foi lançado pela Escola de Governo Fiocruz, da Fundação Oswaldo Cruz, da Gerência Regional de Brasília (EFG/Gereb/Fiocruz). A primeira edição ocorreu ao longo de 2021 e 2022 na modalidade semi-presencial, em nível de Pós-Graduação *Lato Sensu*. Foram ofertadas quarenta vagas para trabalhadores graduados de formações acadêmicas afins e para residentes no Distrito Federal ou outro local do Brasil.

Na especialização, a metodologia adotada da práxis (ação-reflexão-ação) desenvolveu-se entre dois tempos articulados entre si: tempo-aula – quando ocorriam os encontros síncronos, em periodicidade quinzenal, às sextas-feiras à noite e aos sábados, nos períodos da manhã e da tarde, além de outras atividades teóricas remotas; e tempo-comunidade – atividades de dispersão, articulando o tempo-aula com as realidades dos educandos<sup>10</sup>.

A carga horária total do curso foi de 450 horas/aula (h/a), dispostas em: 288h/a do Tempo-Aula, sendo aulas teórico-práticas e Seminários Integradores (198h/a), elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso ou Sistematização do Projeto de Interação com o Território (30h/a) e atividades de imersão em realidades, processos identitários (30h/a); e 162h/a do Tempo-Comunidade. As atividades foram desenvolvidas por meio de Trilhas Metodológicas, estruturadas de acordo com os eixos da PNEP-SUS no SUS, a saber: Participação, controle social e gestão participativa; Formação, comunicação e produção de conhecimento; Cuidado em saúde; Intersetorialidade e diálogos multiculturais. Também contou com as trilhas: Metodologia da Pesquisa Científica; Seminários Integradores; Percursos e Vivências Autogestionadas<sup>10</sup>.

A amostra da pesquisa é considerada do tipo intencional e foi constituída pelos estudantes em situação regular de matrícula que estivessem frequentando o curso até a data de

encerramento da coleta de dados, previamente determinada. Os critérios de exclusão foram: educandos que não estivessem regularmente matriculados; educandos em licença de saúde, atestado ou afastamento durante o período da coleta de dados; e educandos que não aceitassem participar da pesquisa.

Os dados foram coletados mediante roteiro semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores. O instrumento contemplou uma breve caracterização dos participantes, seguida de questões norteadoras acerca da percepção do educando com relação à Especialização. O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo do primeiro semestre de 2022, por meio da plataforma on-line Google Forms. O *link* de acesso ao convite da pesquisa foi disparado em grupo de comunicação virtual da Especialização (WhatsApp). Só era possível acessar o instrumento de coleta de dados após leitura e aprovação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas de cada participante eram automaticamente salvas em uma planilha virtual após o preenchimento.

A análise dos dados ocorreu de acordo com a Análise de Conteúdo Temática de Bardin<sup>13</sup>. Inicialmente, houve uma pré-análise, que contemplou a operacionalização e sistematização intuitiva das ideias iniciais e a elaboração de um *corpus* da pesquisa contendo, em um mesmo documento, todas as respostas das seis perguntas norteadoras acerca da percepção do educando com relação à Especialização para análise visual e leitura flutuante do material. Após a pré-análise, o conteúdo foi explorado e codificado em unidades de registro. A unidade, nesse caso, foi o tema.

Em seguida, três categorias foram formadas: ‘a Pedagogia da Formação’, ‘a Pedagogia do Encontro’ e ‘a Pedagogia do Movimento’. As categorias foram elaboradas orientadas pela interpretação do conteúdo das respostas dos educandos e não existiam previamente à exploração do corpus. O conceito de pedagogia explorado baseia-se na definição de Pedrosa<sup>4</sup>, citando Carrillo, que considera a pedagogia o processo que transforma as práticas educativas

em saberes e qualifica essas práticas como sendo de educação popular.

O processo desenvolveu-se a partir da interpretação e compreensão aprofundada do conteúdo das mensagens, não sendo, portanto, uma mera descrição das mensagens<sup>14</sup>. Assim, as categorias foram inferidas a partir da descoberta dos núcleos de sentido que compunham as mensagens e, também, a partir do caráter qualitativo da frequência das unidades de registo, o que representou significado para as pesquisadoras<sup>15</sup>.

Destaca-se que o trabalho tem um objetivo analítico. Neste tipo de estudo, as entrevistas são analisadas a partir do tema base, que é utilizado como unidade de registro para estudar a perspectiva subjetiva, como opiniões, atitudes, valores, crenças etc.<sup>15</sup>. Assim, essa pesquisa se volta para uma dimensão qualitativa de compreensão da experiência pelos participantes, não se configurando em um estudo avaliativo do curso.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Brasília), conforme o Parecer

nº 5.292.757. A fim de preservar a identidade dos educandos, foram utilizadas letras, seguidas de números, para codificar a identidade de cada participante (P1 a P20).

## Resultados e discussão

Participaram da pesquisa vinte educandos da Pós-Graduação (n = 20). Diante do levantamento das características pessoais dos participantes da pesquisa, obteve-se, como resultado, a prevalência do gênero feminino, com 80%. A faixa etária de maior porcentagem foi de 31 a 40 anos, com 40%, com idade média de 35,45 anos (DP = 7,40). Entre as formações, destacaram-se: Psicologia, com 15%, seguida por Enfermagem, Serviço Social e Pedagogia, com 10% cada. A maioria dos participantes, 60% deles, possui mais de cinco anos de formação. Quanto ao local de residência, a maior prevalência foi no Distrito Federal (45%), Bahia (15%), Pernambuco (10%) e Minas Gerais (10%), como especificado na *tabela 1*.

Tabela 1. Perfil dos participantes com o número total de indivíduos por característica (N) e porcentagem correspondente ao quantitativo (%)

Características		N	%
Gênero	Feminino	16	80%
	Masculino	4	20%
Faixa Etária	24-30 anos	6	30%
	31- 40 anos	8	40%
	41- 48 anos	6	30%
Residência	Distrito Federal	9	45%
	Bahia	3	15%
	Pernambuco	2	15%
	Minas Gerais	2	15%
	Goiás	1	10%
	Rio Grande do Norte	1	10%
	Sergipe	1	10%
	Ceará	1	10%
Formação	Psicologia	3	15%
	Serviço Social	2	10%
	Enfermagem	2	10%

Tabela 1. Perfil dos participantes com o número total de indivíduos por característica (N) e porcentagem correspondente ao quantitativo (%)

Características		N	%
Formação	Pedagogia	2	10%
	Outras	11	45%
Tempo de Formação	Até 5 anos	8	40%
	Entre 6 e 10 anos	7	35%
	Acima de 10 anos	5	25%

Fonte: elaboração própria.

A seguir serão apresentadas as três categorias obtidas pelo estudo. A primeira categoria, 'a Pedagogia da Formação', apresenta a compreensão das estratégias formativas e metodológicas do curso. Em seguida, a categoria 'a Pedagogia do Encontro' traz o reconhecimento da potência do encontro e da diversidade de educandos, territórios e temáticas no curso. E a última categoria, 'a Pedagogia do Movimento', identifica as implicações do curso para a transformação de si e da prática.

## A Pedagogia da Formação

Ao se discutir o processo formativo da Especialização, suas metodologias e estratégias foram apontadas pelos educandos como facilitadoras da incorporação dos princípios da EPS pela vivência deles no processo educacional. A experiência de formação foi vivenciada como um processo participativo, que promoveu aproximação entre os participantes com criação de vínculos, bem como aproximação com os saberes, na articulação entre os saberes teóricos com os saberes da experiência. Isso levou a transformações de perspectivas e de práticas de trabalho, promovendo a práxis, conforme se pode identificar nas falas, que trazem as potências das estratégias metodológicas:

*A metodologia pedagógica das trilhas com base na PNEPS; a formação de cirandas e o formato dinâmico das aulas; uso da plataforma on-line e recursos educacionais, promovendo interação, troca e exercício da teoria e prática. (P4).*

*Os momentos em que discutimos sobre dialogicidade e amorosidade também me marcaram bastante, pois pude senti-los no processo de aprendizagem da especialização, transcendendo as explicações conceituais. Jamais esquecerei esses processos e os incorporei nas diversas dimensões da vida. (P17).*

A EPS refere-se a processos, práticas e experiências que valorizam as classes ditas populares. O traquejo vem de criar possibilidades de transformar o que está em desacordo na formulação de questões sociais invisibilizadas pelos aspectos que foram puramente hegemônicos, patriarcais e que se mantêm dominantes, em grande parte, nos discursos<sup>17</sup>.

Dentro dessa perspectiva, a Pedagogia da Formação possibilita a capacidade de analisar de forma crítica a metodologia empregada na EEPS. Através da pesquisa empregada aos educandos do curso, estabeleceram-se questões sobre a visão dentro do que foi proposto pelo arcabouço teórico e prático.

Contudo, não é somente isso. A EPS, segundo Cruz et al.<sup>17</sup>, é colocada como uma perspectiva bastante promissora por acatar em sua metodologia visões de cunho político e epistemológico, voltadas à ação dos profissionais da área da saúde, de fortalecimento da práxis de suas atuações, bem como de aprimoramento dos movimentos sociais e de capacidade para tornar os saberes populares, meios de promoção da autonomia e de emancipação dos educandos.

A notoriedade do processo dialógico e a valorização dos saberes foi constatada ao se questionar a importância da Especialização

para os educandos, na pesquisa em questão, e, como resposta, o grau da relevância desse item: *“É importante para consolidar a formação de profissionais com uma prática mais humana, aberta ao diálogo, que potencializam o saber do outro”* (P15).

Um enfrentamento ao atual momento histórico vivenciado, em que as dimensões verticais são hegemônicas, com estruturas patriarcais estabelecidas, situações em que o desrespeito impera e questões relacionadas aos direitos humanos são constantemente violadas, em que há afronta às liberdades, até mesmo às de expressão. Em contraposição, estão os processos dialógicos, em que todos têm poder de voz e participação. E como afirma Freire<sup>16(43)</sup>,

ser dialógico, para o humanismo verdadeiro, não é dizer-se descomprometidamente dialógico; é vivenciar o diálogo. Ser dialógico é não invadir, é não manipular, é não sloganizar. Ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade. Esta é a razão pela qual, sendo o diálogo o conteúdo da forma de ser própria à existência humana, está excluído de toda relação na qual alguns homens sejam transformados em ‘seres para outro’ por homens que são falsos ‘seres para si’. E que o diálogo não pode travar-se numa relação antagônica.

Dentro dos aspectos da Pedagogia da Formação, um educando ressalta a potência do diálogo e da construção compartilhada no processo formativo da Especialização:

*O curso é potente por ampliar conhecimento e sensibilização para arte, cultura, saúde e educação de forma humanizada, com uma metodologia participativa, inclusive que dá voz aos educandos através da coparticipação e compartilhamento de experiências. O que serve para dismantelar o pensamento normativo e hegemônico da academia e revolucionar novos saberes e fazeres, através de novos olhares e de novas metodologias possíveis, trazendo a herança do inédito viável do patrono da educação brasileira e meu conterrâneo, Paulo Freire. (P10).*

Seu posicionamento transborda propriedades de falas nos aspectos da formação. A EPS trabalha para minimizar as desigualdades e o elitismo acadêmico estrutural. As questões sobre a contra-hegemonia estabelecem relações de poder muito mais profundas sobre as quais estamos comumente em concordância, mas Freire<sup>16</sup> apresenta os processos dialógicos como potente estratégia na construção de processos de transformação, significando-os como o encontro amoroso entre as pessoas mediatizado pelo mundo e em um processo recíproco de transformação e humanização.

Nessa perspectiva, a experiência analisada aponta a EPS como estratégia e instrumento para alcançarmos um trabalho em saúde com enfoque integral, afetivo e efetivo. É modelo de educação em saúde participativo, dialógico, crítico, amoroso e emancipatório na superação de modelos com enfoque meramente informativo e autoritário, e na superação de modelos de formação dos trabalhadores de saúde privatistas e fragmentados.

## A Pedagogia do Encontro

A vivência da EEPS foi apontada como promotora de encontros potentes, sistematizados na categoria ‘a Pedagogia do Encontro’. Nesse sentido, viver a EEPS caracterizou-se, também, como o ato de valorizar a exposição pessoal e coletiva à multiplicidade de temas e de culturas, por vezes, desconhecidos aos educandos: *“no meu caso, como não sou da área da saúde, não conhecia nada sobre o tema, considero que muitos assuntos foi a primeira vez que acompanhei”* (P3).

O contato dos educandos com *“a diversidade da turma, diversidade de territórios, de categorias e campos de atuação [...] as reflexões e partilhas dos processos”* (P2) foi relacionado, principalmente, ao encontro, considerado o promotor-catalisador da experiência, como trazem seus depoimentos: *“compreender isso e articular com as/os colegas foi muito fortalecedor”* (P20); *“o compartilhamento das ideias com essas pessoas foi muito potente”* (P15).

Um encontro de diversas identidades e territórios que levaram à ampliação de perspectivas e à apreensão de novos saberes da experiência pela via da reflexão:

*pensar e refletir temáticas que perpassam a saúde com gentes de várias cores, de várias formações, credos e culturas, de diversas regiões do País, com uma multiplicidade de experiências e olhares.* (P10).

Todavia, foram apontadas fragilidades na formação ligadas, principalmente, ao distanciamento do contato físico, majoritariamente devido ao fato de os encontros ocorrerem de modo virtual, gerando “*um distanciamento e distrações que reduzem a nossa [dos educandos] capacidade de interação*” (P15), bem como limitando as interações: “*a educação popular traz um acolhimento muito potente, que no formato on-line não acontece de forma completa*” (P11).

Além de pedagógico, o encontro fomentou tecnologias de cuidado a si e ao outro. Ele possibilitou um espaço de “*amorosidade*” (P4), de fortalecimento de vínculos pelo “*acolhimento em tempos de desamparo e cansaço, [...] partilhar angústias e inéditos-viáveis*” (P2), e de promoção “*[...] poderosa para a saúde integral de todos*” (P19).

Identifica-se que os saberes produzidos no processo de formação se potencializam na dimensão do coletivo e das partilhas, mediados pela amorosidade e pelo cuidado. Traços que demarcam os processos de formação em EPS, como trazidos em outras experiências pela literatura<sup>8</sup>. A amorosidade reconhece e valoriza os afetos e a importância de os processos de aprendizagem serem, também, processos de vivenciar o cuidado<sup>6</sup>.

Ademais, evidenciou-se que o encontro funcionou como uma ferramenta de organização política “*para construir a emancipação*” (P16). O encontro também funcionou como espaço potente para disparar processos organizativos, criativos e discussões, tendo em vista a conjuntura política do momento:

*o momento atual exige [...] organização do povo, que possibilite o enfrentamento dos retrocessos nos direitos e políticas sociais, e que fomente a sua capacidade inventiva e ideias transformadoras.* (P17).

Segundo Bonetti, Odeh e Carneiro<sup>18</sup>, citando Gadotti, historicamente, a emancipação humana é um dos compromissos da educação popular. Nesse sentido, vivenciar um processo formativo de EPS, em um cenário de retirada de direitos da classe trabalhadora e do abandono da PNEP-SUS pela, então, gestão do Ministério da Saúde<sup>19</sup>, foi um desafio e um propulsor de reflexões sobre a realidade política inserida. Isso só reforça como é imprescindível o estímulo de encontros contínuos que provoquem reflexões contra-hegemônicas e fortaleçam coletivos e movimentos de EPS.

## A Pedagogia do Movimento

E a Pedagogia do Encontro promoveu movimentos. A terceira trilha dos resultados e discussões apresenta esses movimentos como enredo das aprendizagens no processo pedagógico do curso. Essas são possibilitadas, sobretudo, pelo encontro entre diversos saberes e experiências, uma dinâmica da própria EPS, que promove a construção do conhecimento pelo envolvimento e partilha entre os participantes da experiência<sup>4,20</sup>. Os relatos das educandas e educandos explicitam como a formação possibilitou deslocamentos e como isso reverberou nos seus cotidianos e em seus cenários de atuação:

*Tanto no aspecto teórico quanto prático, esta formação trouxe aprendizagens significativas para o fazer em saúde que acredito e defendo. Apontou possibilidades de uma efetiva construção compartilhada com o território e de práticas emancipadoras, que problematize as situações-limites e vivencie os inéditos viáveis nos contextos reais de minha atuação. Ao mesmo tempo, trouxe-me referenciais que ajudam a dialogar e refletir sobre as práticas.* (P2).

*Novas maneiras de se reinventar, (re)existir, e uma resistência diante de todas as dificuldades que enfrentamos num contexto social e político fragilizado. (P13).*

*Compreender a área da Educação Popular em Saúde, compreender seus pilares e possibilidades de compartilhamento certamente me abriu os horizontes de forma positiva. (P20).*

Nesse contexto, o curso apresentou-se como um espaço de movimento. As percepções expressas pelas educandas e educandos revelam em comum a implicação que o curso teve em seus processos formativos. Todos concordaram sobre a relevância da especialização, apontando diversas contribuições em suas trajetórias, que transformaram perspectivas e modos de atuação, a exemplo de uma das falas dos participantes:

*percebo que estou mais perceptiva quanto à minha comunicação, observando para que não reproduza aspectos opressores em meu cuidado, em minha ação no mundo [...]. (P15).*

O trecho citado revela a própria especificidade da EPS enquanto perspectiva transformadora de contextos e práticas. Um pensar e fazer o cuidado em saúde que supera os modelos dominantes baseados em biomedicalização, autoritarismo, medicalização e desumanização, invertendo a lógica por um modelo fundamentado nos processos educativos e nos encontros humanos<sup>1</sup>.

A formação é percebida como uma oportunidade de educação permanente, de aproximação com a EPS para os iniciantes e de aprofundamento para os que já tinham outras experiências de formação na área. As mudanças nas perspectivas incidiram sobre transformações nas práticas em saúde, bem como em outros campos de atuação nos quais os educandos estão inseridos, como educação

*com certeza a formação trouxe transformações para minha prática enquanto docente e educadora, aflorando reflexões antes não desenvolvidas. (P7).*

E cultura:

*Eu acho que o aprendizado da experiência da educação popular me mostra possibilidades em seguir no campo da cultura abordando essa temática. (P3).*

Nessa perspectiva, Nespoli<sup>20</sup> destaca que as metodologias da EPS propiciam a reflexão e a ação que questionam e problematizam criticamente a realidade, promovendo processos capazes de envolver e articular a população na organização popular em torno da luta pelo direito à saúde. Assim como, também, a luta pela educação, por melhores condições de vida, moradia, trabalho, meio ambiente e todas as dimensões indispensáveis para construção de territórios e sujeitos saudáveis.

As percepções elencadas apontam para a potência da formação como prática de educação permanente, e já foram corroboradas em outras experiências<sup>8,9</sup>, o que decorre da possibilidade de articulação entre os saberes da experiência e os saberes acadêmicos, oportunizando vivências interdisciplinares e o desenvolvimento da criticidade. Uma articulação entre teoria e prática. No reconhecimento e na valorização dos saberes populares, dos saberes da experiência e do cuidado integrativo:

*Nasci com a ajuda de uma parteira, mas minha formação focada no modelo biomédico me fez acreditar que isso era algo que não deveria mais acontecer, que a hospitalização é o melhor caminho. Conhecer a história dessas mulheres e o quanto eram e são importantes nos territórios me fez romper esse preconceito e valorizar essa profissão que ainda não tem o seu devido reconhecimento. (P6).*

Na escuta e no diálogo com as realidades. Um fazer contextualizado e crítico:

*Através de uma escuta mais atenta às pessoas dos meus territórios e um diálogo mais convergente de acordo com as experiências de cada um do território. (P11).*

*A especialização me fez conhecer novos métodos e formas de enxergar a saúde pública, quebrando tabus e preconceitos em relação a algumas práticas tradicionais e aprendendo a valorizar o conhecimento tradicional. (P6).*

Na reorientação de perspectivas e fazeres:

*A partir dos aprendizados, eu treino o meu olhar pra mudar a forma como enxergo o mundo, as coisas, as pessoas, os animais, o território, pra, a partir desse olhar, observar e aprender a me humanizar e ter sensibilidade para tomadas de decisão. (P10).*

Na incorporação dos princípios norteadores da EPS nos seus cotidianos, seja nos serviços de saúde:

*[...] uma atuação mais amorosa, valorizando os saberes dos sujeitos dentro dos territórios, inclusive com o público hospitalar. (P5).*

Ou na comunidade:

*[...] tenho tentado praticar no território, junto ao usuário, a prática da amorosidade e valorização do conhecimento popular. (P6).*

Em diversas situações da vida:

*jamais esquecerei esses processos, e os incorporei nas diversas dimensões da vida. (P17).*

As percepções acima, apresentadas pelos participantes, podem indicar que as educandas e os educandos foram incorporando os elementos da EPS na prática. Entre eles, pode-se destacar o diálogo, a amorosidade, a problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação, compromisso com a construção do projeto democrático e popular e a construção compartilhada do conhecimento<sup>6</sup>.

As contribuições do curso na formação técnica, ética e crítica do fazer saúde seguem implicações evidenciadas em outras experiências de formação baseadas na perspectiva

da EPS, reforçando a relevância da EPS como referencial da formação em saúde<sup>8,9</sup>.

*Quando ingressei na especialização, esperava conseguir fazer grupos com a população na perspectiva da educação popular. Hoje percebo que isso está muito além de uma ação pontual, é uma maneira de vivenciar a prática no território, conseguir ter sensibilidade para acolher as diversas demandas dos participantes e perceber qual a bagagem e necessidade daquele usuário que busca ou não o serviço de saúde. Compreendendo que por trás das demandas de saúde existe todo um contexto no qual o usuário está inserido e que vivências, crenças, condições sociais e diversos outros aspectos são, sim, parte de sua saúde. Me perceber como ser complexo e perceber a comunidade com esse olhar tem me transformando em uma profissional mais humanizada. (P18).*

Assim, a Especialização em referência qualifica a formação permanente em saúde, permitindo caminhos e produção de percursos para a práxis. Dessa forma, colabora, também, diretamente, para o fortalecimento do próprio SUS, capacitando profissionais para uma produção de saúde fundamentada nos pressupostos da EPS, do diálogo, da amorosidade, da problematização, da construção compartilhada e da emancipação.

Os achados apontam, também, respostas em torno dos questionamentos que a literatura expõe sobre a sustentação do pensamento crítico da perspectiva em experiências institucionalizadas. Identifica-se, no processo, a promoção da criticidade e de ações transformadoras de realidades, contribuindo para a formação de sujeitos conscientes, críticos, ativos e criativos para o SUS<sup>4</sup>, como exemplificado na fala a seguir, de um dos participantes:

*as potencialidades adquiridas ao longo do curso são diversas, com destaque para o desenvolvimento de visões mais críticas em relação aos trabalhos desenvolvidos dentro da minha comunidade. (P7).*

Os processos de educação em saúde fundamentados na EPS constituem parte da história de luta contra modelos hegemônicos na construção de práticas de cuidado, de gestão e controle social reflexivas, humanizadas e emancipatórias<sup>1</sup>. Uma perspectiva de construção compartilhada entre gestores, profissionais de saúde e usuários. O que se tece em partilhas, valorização dos saberes populares, articulados pela compreensão e interpretação crítica da realidade, mas sem deixar de se pautar em relações dialógicas e intersubjetivas que promovem encontro de saberes e de afetos. Um encontro que promove o processo compartilhado de superação das condições opressoras, na busca de uma sociedade justa, democrática, igualitária e com respeito à diversidade e à valorização das culturas tradicionais<sup>4,6,9</sup>.

## Considerações finais

A Especialização em questão promoveu um espaço importante de inovação no contexto da pós-graduação, aplicando conceitos da Educação Popular no espaço acadêmico. Também, permitiu a integração de áreas formativas variadas em um contexto horizontalizado e problematizador de aprendizado. Fomentou-se o encontro como estratégia de articulação política e de cuidado em saúde.

Embora o distanciamento social e o ensino remoto tenham sido apontados como barreiras, ressaltou-se fortemente a potência do curso em transformar a trajetória pessoal e profissional dos participantes, sobretudo na reorientação da práxis, transformando perspectivas e fazeres em educação, saúde, arte, entre outras. Assim, este estudo direciona

para que sejam firmadas futuras pesquisas, em busca de compreender melhor o perfil dos egressos e o papel da formação em Educação Popular em longo prazo.

Analisar a experiência de formação do curso de EEPS sob a ótica dos próprios educandos proporcionou não apenas refletir sobre a vivência do Curso de Especialização supracitado, mas também colabora para a promoção desse novo espaço de prática de EPS no País, contribuindo para a qualificação da caminhada de consolidação da EPS na formação dos trabalhadores e no SUS.

Entre a Pedagogia da Formação, do encontro e do movimento, diversos desafios foram levantados mediante as estratégias metodológicas adotadas. É necessário avançar no acompanhamento das atividades propostas, sobretudo qualificar os espaços assíncronos. Contudo, as potências foram de maior destaque, as metodologias participativas, o encontro entre uma diversidade de territórios, saberes e experiências, que promoveram transformações de si e das práticas.

## Colaboradoras

Paz e Silva AC (0000-0002-1065-2614)\* e Aquino SMC (0000-0002-2166-9454)\* contribuíram igualmente e substancialmente para a concepção e desenho da obra; aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; elaboração do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Santos HB (0000-0002-8916-9640)\* contribuiu substancialmente para a concepção e desenho da obra; aquisição, análise, interpretação de dados e elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Cruz PJSC, organizador. Educação popular em saúde, seus caminhos e desafios na realidade atual brasileira. In: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Educação Popular em Saúde: desafios atuais. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 19-32. (Grupo Temático de Educação Popular em saúde).
2. Morel APM. Da educação sanitária à educação popular em saúde: reflexões sobre a pandemia do coronavírus. *Revista estudos libertários*. 2020; 2(3):30-8.
3. Vasconcelos EM, Cruz PJSC, Prado EV. A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):835-8.
4. Pedrosa JIS. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde em debate: (re)conhecendo saberes e lutas para a produção da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200190.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União*. 20 Nov 2013.
6. Bornstein VJ, Travassos RS, Lima LO, et al. A Pnep-SUS e os princípios da educação popular presentes na política. In: Bornstein VJ, Alencar A, Leandro BBS, et al., organizadores. Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV; 2016. p. 57-60.
7. Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *REME rev. min. enferm*. 2006; 10(4):435-439.
8. Dantas MA, Silva MRF, Castro AR. Aprendizagens com o corpo todo na (trans)formação de educadores(as) populares do Curso Livre de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS). *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e190205.
9. Botelho BO, Cruz PJSC, Bornstein VJ, et al. Experiências de formação no contexto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200195.
10. Escola Fiocruz de Governo. Projeto Político Pedagógico da Especialização em Educação Popular em Saúde na Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis. Brasília, DF: Fiocruz; 2021.
11. Santos MS. O processo de implantação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde na Paraíba: estratégias, desafios e perspectivas do Comitê Estadual de Educação Popular em Saúde da Paraíba. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2020.
12. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de pesquisa. 5. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2020.
14. Batista HFF, Oliveira GS, Camargo CCO. Análise de conteúdo: pressupostos teóricos e práticos. *Rev. Prisma*. 2021; 2(1):48-62.
15. Cardoso MRG, Oliveira GS, Ghelli KGM. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*. 2021; 20(43):98-111.
16. Freire P. Extensão ou comunicação? 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
17. Cruz PJSC, Silva MRF, Pulga VL. Educação Popular e Saúde nos processos formativos: desafios e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e200152.
18. Bonetti OP, Odeh MM, Carneiro FF. Problematizando a institucionalização da educação popular em saúde no SUS. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2):1413-26.

19. Bonetti OP. Por uma institucionalidade transformadora e contra-hegemônica: reflexões sobre o inédito viável da Política de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200660.
20. Nespoli G. Da educação sanitária à educação popular em saúde. In: Bornstein VJ, Alencar A, Leandro BBS, et al., organizadores. *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2016. p. 47-52.

---

Recebido em 12/04/2023

Aprovado em 03/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto



## Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

*Model for evaluating the effectiveness of physiotherapeutic activities in primary care*

Joyce Ribeiro Rothstein<sup>1</sup>, José Francisco Gontan Albiero<sup>2</sup>, Sérgio Fernando Torres de Freitas<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408749P

**RESUMO** A pesquisa objetivou elaborar um modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica. O modelo foi elaborado com base na literatura, em entrevistas com experts envolvidos na atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde e conferência de consenso para validação com especialistas. A matriz avaliativa proposta é composta por três dimensões – ações assistenciais, de gestão e de promoção de saúde – e nove indicadores. Esse modelo proposto será posteriormente aplicado para verificar sua aplicabilidade, necessidade de ajustes e possibilidade de replicação em diferentes contextos.

**PALAVRAS-CHAVE** Modalidades de fisioterapia. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *The research aimed to develop a model to evaluate the effectiveness of physiotherapeutic activities in primary care. The model was elaborated based on the literature, through interviews with experts involved in physiotherapeutic activities in Primary Health Care and a consensus conference for validation with specialists. The proposed evaluation matrix is composed of three dimensions – care, management and health promotion actions – and nine indicators. This proposed model will be later applied to verify its applicability, the need for adjustments and the possibility of replication in different contexts.*

**KEYWORDS** *Physical therapy modalities. Health evaluation. Primary Health Care.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.  
joycefisio@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Universidade Regional de Blumenau (Furb) - Blumenau (SC), Brasil.



## Introdução

Na busca da consolidação dos princípios da Atenção Básica à Saúde (ABS), fisioterapeutas apresentam relevante taxa de crescimento nacional entre os profissionais cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), constituindo-se, atualmente, na quarta profissão de nível superior mais frequente no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>, e compõem as equipes multiprofissionais, compartilhando demandas com médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários e outros profissionais<sup>2</sup>.

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis, associadas às consequências da pandemia do novo coronavírus<sup>3</sup>, somadas à crise econômica, impacta os determinantes sociais de saúde<sup>4,5</sup> e o fim do financiamento da equipe dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) pelo programa Previne Brasil<sup>6</sup>, e exige maior vigilância com relação a cuidados integrais e longitudinais da população. Nesse contexto, fisioterapeutas buscam ressignificar e reformular sua atenção, de forma que a reabilitação compartilhe espaço com atividades de promoção, educação em saúde, prevenção de riscos e venha a desvincular-se do paradigma apenas assistencial, aproximando-se das reais necessidades da ABS<sup>7</sup>.

Considerando que o processo avaliativo oferece suporte ao planejamento e ao processo decisório<sup>8</sup>, um modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS poderá subsidiar tomadas de decisões. Para pesquisadores<sup>9</sup>, a avaliação é um valor assumido por um julgamento realizado com base em critérios previamente definidos, com o objetivo de orientar políticas que busquem a melhoria de serviços de saúde. Quando institucionalizada, permite aperfeiçoar resultados de acordo com o contexto em que se insere, corrigindo problemas detectados e possibilitando a conquista de novas metas, sendo uma importante ferramenta de gestão que pode contribuir para a qualificação da atenção à saúde<sup>10</sup>.

Especialmente na fisioterapia, observa-se uma escassez de estudos que avaliem a efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS sob uma perspectiva avaliativa, visto que, nos últimos anos, estudos contemplaram, em sua maioria, relatos de caso, revisões sistemáticas e estudos de caráter clínico em uma perspectiva normativa, sem a emissão de juízo de valor, evidenciando uma deficiência metodológica do ponto de vista da avaliação para o planejamento e a gestão. Em vista disso, pesquisas normativas tendem a não ultrapassar a análise do mérito ‘eficácia e eficiência’ das ações, não contemplando aspectos de qualidade de um serviço que estejam relacionados ao seu valor ‘efetividade e relevância’<sup>11</sup>.

Diante de tal fato, assume-se o conceito de avaliação elaborado por Contrandriopoulos et al.<sup>12(31)</sup>, “avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”, aliado ao conceito de Kovalski et al.<sup>13(42)</sup> e Kovalski<sup>11(58)</sup> de que a

efetividade ultrapassa aspectos técnicos e sanitários, para incluir aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde, estando atrelada a maximização de resultados da qualidade da gestão em saúde.

O presente estudo teve como objetivo elaborar um modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem qualitativa<sup>14</sup>, com a finalidade de elaborar um modelo de avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS.

A pesquisa foi realizada por meio de revisão de literatura, entrevistas com *experts* envolvidos com atuação fisioterapêutica na ABS e técnica de conferência de consenso para

definição e validação das dimensões, indicadores e medidas da avaliação.

## Revisão de literatura

Foram consultadas as seguintes plataformas digitais: BVS, Pubmed, Embase, Web of Science, Banco de Tese da Capes e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Estratégias de buscas específicas para cada plataforma foram formuladas com uma bibliotecária experiente, a fim de captar estudos com os descritores: efetividade, fisioterapia, atenção básica, Atenção Primária à Saúde, contemplando publicações dos últimos 10 anos, em inglês, português e espanhol.

O modelo construído também considerou o modelo proposto por Buch<sup>15</sup>, elaborado para uma pesquisa avaliativa sobre a eficácia da atuação fisioterapêutica nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). De acordo com esse modelo, a atenção fisioterapêutica é definida por Ações Pedagógicas, Mistas e Assistenciais. Essas três ações, com auxílio de ferramentas tecnológicas, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto saúde no território, apoio matricial e pactuação do apoio, influenciam o resultado da atuação da fisioterapia no SUS.

## Entrevista com experts

Especialistas/experts em Fisioterapia e Saúde Coletiva foram entrevistados. A entrevista constava de 4 perguntas com o propósito de levantar os indicadores de efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS. A entrevista foi criada e validada na disciplina de pós-graduação Métodos em Avaliação, cursada em 2019-1. Dois fisioterapeutas foram entrevistados: um Doutor em Saúde Coletiva, e um Mestre em Saúde Coletiva. Ambos possuíam ampla experiência docente assistencial na área de fisioterapia na ABS.

As entrevistas foram transcritas, lidas e analisadas a partir da técnica framework<sup>16</sup>, visando a identificar categorias e indicadores

citados pelos participantes e o consenso com o modelo proposto. Os elementos consensuais foram categorizados entre os diferentes participantes, e foram identificados, por ordem de frequência, os elementos condicionantes da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS.

Também foram entrevistados gestores da ABS de seis municípios da macrorregião da Grande Florianópolis. Os experts/gestores trouxeram informações sobre a descrição dos processos de trabalho, funções, atribuições e rotinas de trabalho relacionadas à atuação fisioterapêutica na ABS, o que serviu como base para a construção de uma tipologia de atuação.

## Conferência de Consenso

A terceira etapa possibilitou o debate e a validação dos indicadores identificados na revisão de literatura e nas entrevistas. Os dados foram analisados, organizados e submetidos a validação com especialistas, sob forma de Conferência de Consenso. Essa técnica foi aplicada buscando conciliar a discussão aberta e a preservação do anonimato dentro de uma lógica que seja viável visando ao consenso de um grupo a respeito de um determinado fenômeno<sup>17</sup>.

Na primeira etapa, por e-mail, os participantes receberam a proposta inicial do modelo teórico, modelo teórico-lógico e da matriz de avaliação, termo de consentimento livre e esclarecido do comitê de ética em pesquisa. Os participantes foram solicitados a manifestar sua concordância ou discordância com a proposta, bem como foram solicitados a atribuir a importância de cada uma das dimensões, subdimensões e dos critérios de avaliação, a fim de sugerirem a inclusão ou exclusão dos itens propostos. Os participantes tiveram 30 dias para apresentar suas concordâncias plena, parcial ou discordância.

Com as respostas em mãos, as informações foram consolidadas de forma anônima, e iniciou-se a segunda etapa, onde todos foram convidados para uma reunião na qual uma

nova matriz foi apresentada, considerando as sugestões enviadas pelos participantes, com debate aberto.

Os participantes tiveram oportunidade de expressar suas opiniões e seus argumentos, e foram identificados os pontos de maior e menor desacordo até chegarem a uma unanimidade com relação a todos os itens da matriz. No final do encontro, a nova matriz, incorporando sugestões dos participantes, foi consolidada.

A Conferência de Consenso ocorreu no mês de novembro de 2022, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e contou com 6 participantes, sendo 4 *experts* e 2 pesquisadores que conduzem a pesquisa 'Avaliação da Efetividade da Atuação Fisioterapêutica na ABS'. Quanto aos *experts*, participaram: fisioterapeuta, Doutor em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Saúde que atua na ABS há mais de dez anos; fisioterapeuta, gestora de serviço de fisioterapia na ABS; fisioterapeuta, Doutora em Saúde Coletiva na área de Avaliação em Saúde e docente da Universidade do Estado de Santa Catarina; e uma Doutora, docente da Universidade Federal de Santa Catarina, com ampla experiência em pesquisas em Avaliação em Saúde.

Ao final das três etapas descritas, consolidaram-se o modelo teórico, o modelo teórico-lógico e a matriz avaliativa da atuação fisioterapêutica na ABS, que será apresentada nos resultados a seguir.

### Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Parecer nº 5.309.694, CAAE nº 53011421.3.0000.0121.

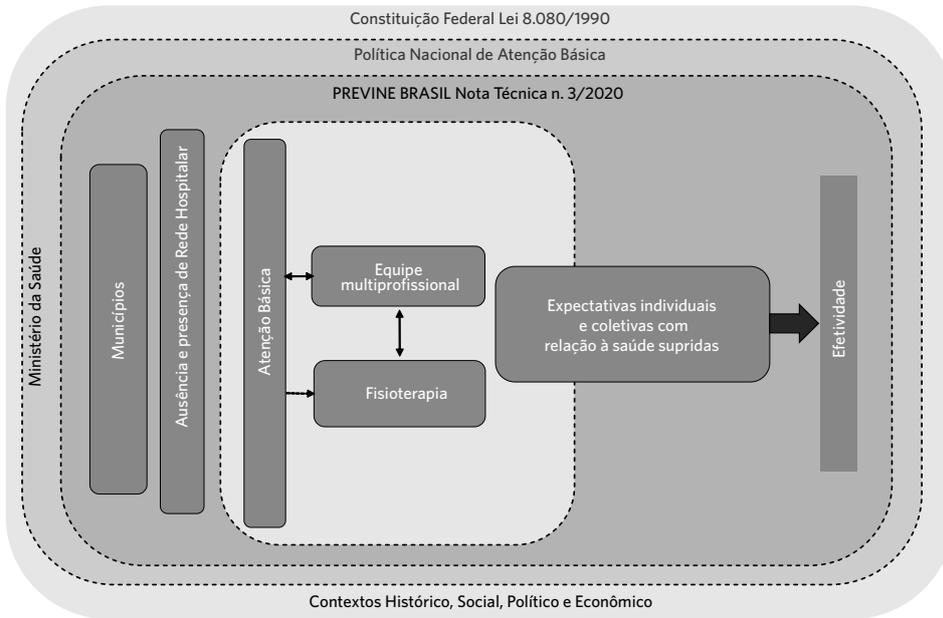
## Resultados

Considerando as entrevistas com os gestores, consolidou-se a seguinte tipologia de atuação fisioterapêutica na ABS: Tipo 1 – Equipe multidisciplinar com fisioterapeuta – equipes que operam em modelo de equipes multidisciplinares mesmo após as mudanças de financiamento instituídas pela Nota Técnica nº 3/2020; Tipo 2 – Equipe multidisciplinar com Fisioterapeuta terceirizado/credenciado – equipes multidisciplinares que não possuem fisioterapeuta na equipe, as quais, para suprir a demanda de fisioterapia na ABS, contam com suporte técnico de clínicas credenciadas; Tipo 3 – Mista, abarca os tipos 1 e 2, contando com fisioterapeutas próprios que fazem parte das equipes multidisciplinares e, também, terceirizados/credenciados, a fim de suprir as demandas de fisioterapia da ABS.

O modelo teórico-lógico proposto retrata os elementos necessários para que a atuação fisioterapêutica atinja critérios de efetividade, estando em consonância com a Constituição Federal, Lei nº 8.080/1990<sup>18</sup>, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)<sup>19</sup>, a literatura emergente e o contexto histórico atual (2022).

No modelo teórico-lógico, especifica-se que a atuação fisioterapêutica contempla ações assistenciais, ações de gestão e ações de promoção da saúde e qualidade de vida conforme referencial teórico consultado e consulta a especialistas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da PNAB<sup>19</sup>, visando a atender às principais demandas e expectativas coletivas e individuais da população.

Figura 1. Modelo teórico da atuação fisioterapêutica na atenção básica



Fonte: elaboração própria.

Figura 2. Modelo teórico-lógico para avaliar efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica



Fonte: elaboração própria.

Para tanto, seus componentes, consolidados como descrito na metodologia, estão apresentados no *quadro 1*.

Os indicadores consolidados têm como foco usuários restritos ao domicílio e usuários com dor lombar crônica. Com relação à dor lombar

crônica, a definição de uma condição musculoesquelética em específico ocorreu após a revisão de literatura, por observar a prevalência de estudos dessa condição, captados com os descritores utilizados.

Quadro 1. Indicadores para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica e respectivos autores de referências

Dimensões e indicadores	Autores de referência
<b>1 - Ações assistenciais</b>	
1 - Modificação da sintomatologia e da independência física funcional	Bispo Junior <sup>20</sup> , Piscitelli et al. <sup>21</sup> , Moi et al. <sup>22</sup> , López Lória et al. <sup>23</sup> , Maselli et al. <sup>24</sup> ; Zhang, Yang, Gu et al. <sup>25</sup> , Nordi e Acioli <sup>26</sup>
2 - Modificação na dependência física funcional	López Lória et al. <sup>23</sup> , Nordi e Acioli <sup>26</sup>
3 - Modificação no uso de medicamentos	Babatunde, Macdermid e Macintyre <sup>27</sup> , Mota et al. <sup>28</sup>
<b>2 - Ações de gestão</b>	
4 - Resolubilidade da assistência fisioterapêutica na ABS em usuários com condições crônicas	Lopez Lória et al. <sup>23</sup> , Nordi e Acioli <sup>26</sup>
5 - Garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio	Cruz et al. <sup>29</sup> , Puschel, Ide e Chaves <sup>30</sup>
6 - Qualidade da gestão da assistência	Maselli et al. <sup>24</sup> , Oliveira et al. <sup>31</sup> , Bastiaens, Barten e Veenhof <sup>32</sup> , Goodwin e Hendrick <sup>33</sup>
7 - Oferta de educação permanente	Brasil <sup>34</sup> , Ceccin e Feuerwerker <sup>35</sup> , Ghizoni, Arruda e Tesser <sup>36</sup> , Albiero e Freitas <sup>37</sup>
<b>3 - Ações de promoção da saúde</b>	
8 - Modificação de comportamento relacionado ao estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico	Bim et al. <sup>38</sup> , Combinato et al. <sup>39</sup> , Friedrich et al. <sup>40</sup>
9 - Qualidade de vida	Babatunde et al. <sup>41</sup> , Ho-henriksson et al. <sup>42</sup> , Bornhöft et al. <sup>43</sup> , Bishop et al. <sup>44</sup> , Gardner et al. <sup>45</sup>

Fonte: elaboração própria.

No *quadro 2*, estão sistematizadas as dimensões e subdimensões estabelecidas, seus respectivos indicadores e medidas.

Quadro 2. Dimensões, indicadores e medidas da matriz avaliativa para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

Dimensão	Indicador	Medida
1- Ações assistenciais	1 - Modificação da sintomatologia e da independência física funcional	1 - Percepção sobre a redução nos sintomas apresentados em lombalgia crônica após três meses de intervenções fisioterapêuticas na Atenção Básica à Saúde 2 - Percepção sobre alterações na realização de atividades cotidianas
	2 - Modificação na dependência física funcional	1 - Percepção sobre a dependência física funcional. 2 - Percepções sobre estrutura e função do corpo (escaras, respiração e circulação)
	3 - Modificação no uso de medicamentos	1 - Modificação no uso de medicamentos após/durante a atenção fisioterapêutica
2- Ações de gestão	4 - Resolubilidade da assistência fisioterapêutica na ABS em usuários com condições crônicas	1 - Percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na Atenção Básica à Saúde nos últimos seis meses
	5 - Garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio	1 - Acompanhamento regular de pacientes restritos ao domicílio do território
	6 - Qualidade da gestão da assistência	1 - Grau de satisfação do usuário

Quadro 2. Dimensões, indicadores e medidas da matriz avaliativa para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

Dimensão	Indicador	Medida
	7 - Oferta de educação permanente	1 - Oferta de educação permanente com carga horária garantida no último ano
3- Ações de promoção da saúde	8 - Modificação de comportamento relacionado ao estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico	1 - Percepção sobre a modificação de comportamento e estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico
	9 - Qualidade de vida	1 - Percepção sobre a qualidade de vida

Fonte: elaboração própria.

## Rationales

### DIMENSÃO 1 - AÇÕES ASSISTENCIAIS

As ações assistenciais envolvem o desenvolvimento de ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários da ABS e contempla os indicadores descritos a seguir:

#### INDICADOR 1 - MODIFICAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA E MELHORA DA INDEPENDÊNCIA FÍSICA FUNCIONAL

Pesquisadores, ao discorrer sobre ações de fisioterapia na ABS, mencionam que a dor lombar é um problema comum enfrentado pela população brasileira, levando a demandas por serviços de saúde e a limitações funcionais<sup>26</sup>. A dor lombar crônica tem alta prevalência na população e é causadora de incapacidades, limitando atividades de vida diárias, impactando desde atividades de cuidados pessoais até a vida social<sup>24,25,45</sup>.

Estudos demonstram que a atenção fisioterapêutica tem impacto sobre a incapacidade e a dor<sup>22,24</sup>, promovendo maior independência e menor tempo de afastamento de atividades produtivas em pessoas com dor lombar<sup>20,21,23,26</sup>; sua atuação deve impactar na redução de sintomas da dor lombar crônica, bem como promover ganhos na independência física funcional, afetando a capacidade de realizar atividades cotidianas com mais facilidade e de retornar às atividades que foram interrompidas devido

aos sintomas apresentados.

Consideram-se aqui atividades cotidianas aquelas como levantar da cama e calçar os sapatos, dirigir, até atividades relacionadas a retomar o trabalho, a recreação e o lazer<sup>25</sup>. Com isso, o indicador identifica se usuários que estão na ABS há mais de três meses, participando das diversas intervenções ofertadas, tais quais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), grupos, consulta individual, consulta compartilhada, entre outras intervenções, percebem que a atuação fisioterapêutica promove redução dos sintomas de lombalgia e, com isso, promovem alterações na realização das suas mais diversas atividades, sendo, portanto, uma atuação efetiva.

Para obter tal informação, o Indicador 1 (Modificação da sintomatologia e melhora da independência física funcional) é composto por duas medidas: 1 - Percepção sobre a redução dos sintomas apresentados em lombalgia crônica após três meses de intervenções fisioterapêuticas na ABS, com a questão: quanto você considera que o sintoma apresentado melhorou?; e 2 - Percepção sobre alterações na realização de atividades cotidianas, com a questão: após o atendimento fisioterapêutico, você conseguiu realizar atividades cotidianas com mais facilidade ou a fazer outras atividades que não estava fazendo?. As duas questões serão respondidas pelo usuário com dor lombar crônica. As opções de respostas e respectivos parâmetros são: muito=bom, pouco=regular, nada/piorou=ruim.

## **INDICADOR 2 - MODIFICAÇÃO NA DEPENDÊNCIA FÍSICA FUNCIONAL**

As altas prevalência e morbidade das doenças crônicas degenerativas, aliadas ao avanço tecnológico, promoveram aumento de demanda de assistência a pessoas restritas ao domicílio, haja vista que tais doenças trazem relevantes repercussões na incapacidade, muitas vezes promovendo dependência física funcional, o que desafia o sistema de saúde<sup>23</sup>.

Orientar e informar o usuário, cuidadores e familiares sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo fazem parte da atuação fisioterapêutica na ABS<sup>26</sup>.

O Indicador 2 – Modificação na dependência física funcional identifica se há modificação na dependência física funcional de usuários restritos ao domicílio. Para tal, o indicador é composto por duas medidas: 1 – Percepção sobre a dependência física funcional. Relacionada à percepção do impacto da atuação fisioterapêutica com relação à melhora na realização de atividades de vida diária, como trocar de roupa, comer ou mudar de postura, com a questão: após o atendimento fisioterapêutico observou melhora com relação à realização de atividades de vida diária (ex.: trocar roupa, comer, mudar de postura)?; 2 – Percepção sobre estrutura e função do corpo. Relacionada à percepção sobre estrutura e funções do corpo, tais como presença de escaras, edema, inchaço e respiração, com a questão: após o atendimento fisioterapêutico, observou melhora com relação a respiração, inchaço no corpo e a presença de escaras (feridas)?

As perguntas serão respondidas pelos usuários ou seu cuidador. As duas medidas contam com uma pergunta cada, com as opções de respostas e respectivos parâmetros: ‘não’ – considera-se a opção ‘nada/piorou=ruim’, e ‘sim’ – classifica-se a resposta como ‘muito=bom’ ou ‘pouco=regular’. Obs.:

o avaliador deve considerar a percepção do usuário independentemente da perspectiva física funcional, por exemplo: se observar que o relato demonstra que o paciente se manteve estável em todos os aspectos relacionados a respiração, edema e escaras, e ele relatar não ter melhorado nada por não perceber o impacto da atuação fisioterapêutica, deve-se considerar a resposta do usuário.

## **INDICADOR 3 - MODIFICAÇÃO NO USO DE MEDICAMENTOS**

A atuação fisioterapêutica pode impactar o uso de medicamentos, pois as ações assistenciais envolvendo cinesioterapia, terapia manual, Pics, entre outras estratégias associadas às estratégias de educação em saúde, promovem a melhora de diversas sintomatologias e possivelmente uma menor necessidade de consumo de medicamentos, principalmente os relacionados a situações de doenças musculoesqueléticas.

Apesar de sua capacidade de amenizar sintomas, o uso incorreto de medicamentos é um problema de saúde pública, tendo em vista a possibilidade de aparecimento de reações adversas, falhas terapêuticas e de desenvolvimento de doenças iatrogênicas<sup>28,46</sup>. Nesse sentido, pesquisadores citam que um maior acesso à fisioterapia está ligado a uma expressiva redução no consumo de medicamentos na população<sup>27</sup>.

O Indicador 3 – Modificação no uso de medicamentos – consiste em uma medida de Modificação no uso de medicamentos após/durante a atenção fisioterapêutica, que identifica se a atuação fisioterapêutica promoveu um uso mais racional dos medicamentos utilizados, ou até mesmo a descontinuidade de uso, com a questão: houve alguma modificação no uso de medicamentos durante/após a atenção fisioterapêutica? As opções de respostas e seus respectivos parâmetros são: uso mais racional com redução ou não usa mais=bom; uso mais racional, com manutenção=regular; e não modificou o padrão de uso=ruim. Os

medicamentos considerados serão analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares, por serem frequentemente usados para aliviar a lombalgia<sup>25</sup>. O fisioterapeuta será consultado para obter a resposta desse indicador.

## **DIMENSÃO 2 - GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA**

Esta dimensão avalia aspectos de gestão que podem impactar diretamente a efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS, contemplando a resolubilidade da assistência a usuários crônicos, a garantia de acesso às pessoas restritas ao domicílio, a qualidade da gestão da assistência e a oferta de educação permanente.

### **INDICADOR 4 - RESOLUBILIDADE DA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NA ABS EM USUÁRIOS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Pesquisadores citam que a atenção fisioterapêutica tem papel fundamental no manejo de doenças crônicas não transmissíveis<sup>23,26,47</sup>, sendo resolutiva e resultando na diminuição da necessidade de encaminhamentos para outros níveis de saúde.

Esse indicador identifica o impacto de atenção fisioterapêutica no percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na ABS. Para tal, uma medida é utilizada: Percentual de usuários com lombalgia crônica que permaneceram na ABS nos últimos seis meses, com a questão: qual é o percentual de usuários com lombalgia crônica que permanecem na ABS? A medida será obtida através do questionamento do gestor e equipe ou dado secundário. As respostas serão classificadas segundo os seguintes parâmetros: 80% ou mais=bom, 70 a 79%=regular e menor de 70%=ruim.

### **INDICADOR 5 - GARANTIA DO CUIDADO A PESSOAS RESTRITAS AO DOMICÍLIO**

A atuação fisioterapêutica pode ampliar a cobertura de assistência a pessoas restritas ao

domicílio. Segundo Cruz et al.<sup>29</sup>, a inserção do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares favorece o acesso a este profissional por meio de visitas/atendimentos domiciliares, atuando na prevenção e reabilitação no âmbito domiciliar; visa ao tratamento de disfunções físicas funcionais, à restauração de problemas respiratórios e a evitar as complicações da doença que levaram à imobilização. Conta com auxílio da família e/ou do cuidador e maior independência na realização de atividades de vida diária e melhor qualidade de vida<sup>30</sup>.

Esse indicador identifica o percentual de pessoas restritas ao domicílio que são acompanhadas pelo fisioterapeuta. Com isso, a matriz consta com a seguinte medida: Acompanhamento regular de pacientes restritos ao domicílio do território. Para obter tal informação, o gestor será questionado: qual é o percentual de pacientes restritos ao domicílio do território que são acompanhados pelo fisioterapeuta? Com os seguintes parâmetros: acima de 80%=bom, de 60 a 79%=regular e abaixo de 59%=ruim.

### **INDICADOR 6 - QUALIDADE DA GESTÃO DA ASSISTÊNCIA**

A atuação fisioterapêutica pode promover maior satisfação dos usuários com relação à qualidade da gestão devido à ampliação do acesso e resolubilidade das ações. O aumento da satisfação dos usuários é descrito na experiência exitosa de Sobral, Ceará, onde equipes com fisioterapeutas ampliaram o acesso da população ao SUS, o que gerou satisfação na população atendida<sup>31,47</sup>.

A satisfação dos usuários com a atenção fisioterápica está bem documentada por pesquisadores: Bastiaens, Barten e Venhof<sup>32</sup> apontam impacto sobre eficácia, qualidade e satisfação dos usuários. Moi et al.<sup>22</sup> mencionam que a satisfação dos usuários é alta onde há atuação fisioterapêutica; e Masselli et al.<sup>24</sup> a mencionam como segura, custo-efetiva e que gera satisfação.

O indicador 6 identifica a qualidade da gestão da assistência com a medida grau de

satisfação do usuário. Para obter tal informação, o usuário será questionado sobre o grau de satisfação com a fisioterapia, com opções de respostas que vão desde muito satisfeito até nada satisfeito e com os seguintes parâmetros: muito satisfeito (acima de 75%) = bom, satisfeito (de 74 a 50%) = regular, pouco satisfeito (49% a 40%) e nada satisfeito (abaixo de 40%) = ruim. Tanto usuários com dor lombar crônica como usuários restritos ao domicílio ou seus cuidadores irão responder à referida questão.

#### **INDICADOR 7 - OFERTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A educação permanente é feita a partir de problemas enfrentados na realidade e processos de trabalho, sendo que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores devem ser pautadas pelas necessidades da população e operacionalização do SUS<sup>34</sup>.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) considera a formação dos trabalhadores como componente decisivo para efetivação da política nacional de saúde, aumentando a qualidade de respostas às necessidades relacionadas à saúde da população<sup>34</sup>. Albiero e Freitas<sup>37</sup> complementam que, para que se estabeleçam novas práticas e processos de trabalho, há necessidade de formação permanente, para que o conceito ampliado de saúde seja de fato incorporado na prática.

Nas atividades de educação permanente, há a dissolução de identidades, da forma de agir, configurando novas subjetividades acerca dos assuntos vivenciados. Na problematização do pensar-agir-perceber e de sua interpretação, emergem aprendizagens significativas<sup>35</sup>. Além disso, a educação permanente, bem como o trabalho interdisciplinar, precisam ser constantes e conectados às reais necessidades do SUS para que sejam efetivos<sup>36</sup>.

Portanto, considera-se que a oferta de educação permanente com carga horária garantida pode maximizar os impactos da qualidade da gestão, visto que fisioterapeutas poderão encontrar respostas para atender às principais

demandas dos usuários e suas expectativas com relação à saúde.

O indicador tem uma medida: oferta de educação permanente com carga horária garantida no último ano. Para obter a resposta do indicador, o fisioterapeuta será questionado se a gestão ofertou educação permanente com carga horária garantida no último ano, com opções de respostas e respectivos parâmetros: sim=bom, não=ruim.

#### **DIMENSÃO 3 - AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

As ações de promoção da saúde contemplam ações que promovem a aprendizagem de diversos assuntos relacionados a saúde, que modifiquem o estilo de vida e as práticas cotidianas em direção a uma vida mais saudável.

#### **INDICADOR 8 - MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTO RELACIONADO AO ESTILO DE VIDA A PARTIR DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

A atuação fisioterapêutica pode promover autonomia na população usuária, pois as temáticas trabalhadas nos grupos podem aumentar a capacidade do indivíduo de tomar decisões assertivas e conscientes com relação a cuidados de saúde, gerando autonomia na tomada de decisão em saúde. Ações coletivas interdisciplinares possibilitam a apropriação de conhecimentos que são significativos e impactam em mudanças na vida dos usuários do sistema de saúde, facilitando a adoção de comportamentos relacionados à promoção da saúde<sup>39,40</sup>. Bim et al.<sup>38</sup> também citam que as práticas de promoção da saúde podem ampliar a autonomia dos sujeitos, sendo potencial ferramenta para ampliar a resolutividade dos serviços de saúde.

O Indicador 8 tem uma medida: percepção sobre a modificação de comportamento e estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico, indicando se as ações de promoção de saúde impactaram na adoção de novos

comportamentos e estilo de vida. Para obter resposta para este indicador, o usuário com lombalgia será questionado: o tratamento de fisioterapia fez com que você adotasse hábitos mais saudáveis? Com opções de respostas e parâmetros: não=ruim e sim=bom; se modificou de 2 a 3 hábitos: sim=regular; se modificou apenas um hábito em saúde. Os hábitos considerados serão: passou a se movimentar mais, melhorou a qualidade do sono e melhorou a saúde mental.

E a pessoa restrita ao domicílio ou seu cuidador responderão à seguinte questão: o tratamento fisioterapêutico fez com que você tivesse oportunidade de ter maior interação com sua família? Com as seguintes opções de respostas e parâmetros: sim=bom, não=ruim.

#### INDICADOR 9 - QUALIDADE DE VIDA

Quando vista de forma focalizada, a qualidade de vida em saúde tem sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade, sendo que profissionais da saúde podem influenciar diretamente essas situações, aliviando sintomas como dor, mal-estar, minimizando consequências de doenças etc.<sup>48</sup>.

Bornhoft et al.<sup>43</sup> analisaram a triagem realizada por fisioterapeutas com doenças musculoesqueléticas, demonstrando que o maior acesso a esse profissional levou a uma maior qualidade de vida relacionada à saúde. Ho-Henriksson et al.<sup>42</sup>, ao contemplarem a perspectiva do fisioterapeuta como avaliador primário, também citam que sua atuação impactou a qualidade de vida de pacientes. Ganhos em qualidade de vida com atuação fisioterapêutica também são descritos no estudo de Babatunde et al.<sup>41</sup>, Bishop et al.<sup>44</sup>, Gardner et al.<sup>45</sup>.

O Indicador 9 identifica com uma medida a percepção do usuário sobre qualidade de vida. Para obter resposta para esse indicador, o usuário com lombalgia crônica

será questionado: você se considera mais ativo em sua comunidade ou que melhorou sua participação em atividades sociais? O usuário restrito ao domicílio ou seu cuidador será questionado: você considera que melhorou sua interação com outras pessoas da família e fora dela? As duas questões têm as seguintes opções de respostas e parâmetros: sim=bom, não=ruim.

Além das opções de respostas, todos os indicadores têm um 'campo aberto para observações', para que o avaliador registre os fatores relacionados às respostas identificadas.

### Julgamento das dimensões

#### PONTUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES

No julgamento de cada dimensão, foram atribuídas pontuações e as qualificações 'boa', 'regular' ou 'ruim'. A classificação da pontuação da dimensão e o julgamento da dimensão estão apresentados no *quadro 3*.

As dimensões serão julgadas considerando a pontuação máxima possível de ser atingida. Na dimensão 01 – Ações assistenciais –, o parâmetro e a pontuação para opção de resposta em cada medida é: bom=4 pontos, regular=2 pontos, ruim=0 ponto, com possibilidade de pontuação máxima de 20 pontos.

Na dimensão 02 – Ações de gestão: bom=3 pontos, regular=2 pontos e ruim=1 ponto, com possibilidade de pontuação máxima de 12 pontos.

Na dimensão 03 – Ações de Promoção da Saúde: bom=2 pontos, regular=1 ponto e ruim=0, com pontuação máxima de 8 pontos.

A matriz considerará para lançamento as respostas com predomínio. Em questões para as quais só há duas opções de respostas, sendo elas sim=bom e não=ruim, quando houver empate, deverá ser considerada a classificação regular, somando 1 ponto.

Quadro 3. Classificação da pontuação das dimensões e julgamento da dimensão e juízo de valor da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica

Dimensão	Classificação pontuação	Julgamento da Dimensão
1. Ações assistenciais Pontuação máxima: 20 pontos	Muito bom = de 18 até 20 Bom = 14 a 17 Regular = 9 a 13 Ruim = 0 a 8 Se fizer acima de 18 pontos e for ruim em algum indicador, será regular	Muito Bom = 4 pontos Bom = 3 pontos Regular = 2 pontos Ruim = 0 ponto
2. Ações de Gestão Pontuação máxima: 12 pontos	Bom = 10 a 12 Regular = 7 a 9 Ruim = de 0 a 6 Se fizer 10 pontos e for ruim em algum indicador, será regular	Bom = 2 pontos Regular = 1 ponto Ruim = 0 ponto
3. Ações de promoção da saúde Pontuação máxima: 8 pontos	Bom = acima de 7 pontos Regular = 5 a 6 pontos Ruim = 0 e 4 Se fizer acima de 5 pontos e for ruim em algum indicador, será regular	Bom = 2 pontos Regular = 1 ponto Ruim = 0 ponto
Efetiva	Parcialmente efetiva	Não efetiva
Pontuação final de 7 a 8, com mínimo 3 em assistencial (sem possibilidade de ser efetiva se for ruim em alguma das três dimensões)	5 a 6 pontos (sem possibilidade de ser efetiva se for ruim em alguma das três dimensões)	Abaixo de 5 pontos

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

A dimensão ‘ações assistenciais’ contemplou três indicadores: redução da sintomatologia e melhora da independência física funcional, modificação na dependência física funcional da pessoa restrita ao domicílio e modificação no uso de medicamentos.

Entende-se que uma atuação fisioterapêutica efetiva deve impactar em sintomas de lombalgia crônica e, como consequência, na realização de atividade de vida diária de pessoas com lombalgia, bem como promover o uso mais consciente de medicamentos, visto que diversos pesquisadores relatam tais impactos referentes à atuação fisioterapêutica na ABS<sup>20,21,23,26</sup>.

Além disso, a atuação fisioterapêutica efetiva deve impactar em aspectos relacionados a dependência física funcional de pessoas restritas ao domicílio, auxiliando a pessoa ou cuidador com orientações que possam promover melhor manuseio e facilitar a troca de posturas, melhorando

a realização das atividades de vida diárias e evitando consequências relacionadas a imobilização, como doenças respiratórias, úlceras de pressão e problemas circulatórios<sup>26</sup>.

Todas as ações são baseadas na realidade da comunidade e concebem todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão<sup>26,49,50</sup>. Tal fato é imprescindível nas intervenções domiciliares, onde o ambiente em que o sujeito reside é considerado durante o processo de reabilitação e educação e promoção da saúde, ampliando as fronteiras de intervenção profissional, pois passa-se a conhecer a realidade social, cultural e econômica da família<sup>7,49,51</sup>.

A dimensão ‘Ações de gestão’ contempla quatro indicadores, sendo eles: resolutividade da assistência fisioterapêutica na ABS em usuários com condições crônicas, garantia do cuidado a pessoas restritas ao domicílio, qualidade da gestão da assistência e oferta de educação permanente.

Argumenta-se que uma atuação fisioterapêutica efetiva é resolutive e, portanto, as intervenções propostas reduzem o encaminhamento para outros níveis de atenção, impactando em uma maior retenção de usuários na ABS. Segundo pesquisadores, a atuação fisioterapêutica articulada, multimodal e interdisciplinar, valorizando e redefinindo epistemologicamente o campo científico da profissão, torna-se comprometida com o contexto social e sanitário do qual faz parte, visando à integralidade e à universalidade em suas ações e tornando-se mais resolutive em suas ações, fortalecendo a ABS<sup>7,26,52,53</sup>.

Com relação ao acesso a pessoas restritas ao domicílio, segundo Cruz et al.<sup>29</sup>, a inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na ABS pode ser percebida por gestores, trabalhadores da ABS e fisioterapeutas como uma solução para as dificuldades de acesso a esse profissional nos serviços especializados. Os pesquisadores complementam que o atendimento domiciliar pode ser considerado um modelo alternativo de assistência fisioterapêutica, favorecendo o acesso a esse serviço, especialmente para pessoas com dificuldade de acesso.

Já a qualidade da assistência é refletida na satisfação do usuário com relação à atuação fisioterapêutica, visto que pesquisas de satisfação retratam as condições dos serviços oferecidos aos usuários e envolvem questões relacionadas desde à estrutura até ao processo de cuidado em saúde. Agilidade para agendamento e atendimento, acolhimento, confiança, humanização do cuidado, eficácia do tratamento e expectativa sobre os serviços estão atrelados a satisfação<sup>54</sup>. Nesse sentido, Albiero e Freitas<sup>37</sup> mencionam que a gestão tem como papel base a busca da melhoria da atenção prestada à população, sendo responsável pela organização da oferta de serviço e pela ampliação de acesso, potencializando, assim, a resolubilidade da atenção e a satisfação dos usuários.

Além disso, novos arranjos e ferramentas de trabalho demandam novas compreensões do trabalho em saúde e um processo

que possibilite aos profissionais que atuam frente aos desafios encontrados. Por isso, no âmbito da ABS, ações de educação permanente são essenciais e devem ser incorporadas na rotina do SUS; no entanto, há a necessidade de sensibilizar gestores a assumirem a educação permanente como uma ação inerente à atenção à saúde, haja vista que a formação inadequada tem implicações sobre o desenvolvimento e a qualidade da atenção prestada<sup>55</sup>.

A dimensão 'Promoção da saúde' contempla dois indicadores: 'modificação de comportamento relacionado ao estilo de vida a partir do tratamento fisioterapêutico' e 'qualidade de vida', pois estudos demonstram que a atuação fisioterapêutica na ABS vai além da assistência, na medida em que atua em ações de prevenção, promoção e educação em saúde, almejando a melhora da qualidade de vida da população<sup>50,56,57</sup>.

Pesquisadores citam que as intervenções em grupo na ABS impactam hábitos de saúde, como sono, condições afetivas e funcionais, preservando o desenvolvimento da autonomia dos usuários do sistema de saúde<sup>7,50</sup>.

## Considerações finais

A construção do modelo da avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS contou com três processos distintos e complementares: revisão de literatura emergente, entrevistas com especialistas da área e Conferência de Consenso com *experts*.

A matriz consta de 3 dimensões e 9 indicadores, visando a identificar a efetividade da atuação fisioterapêutica em aspectos assistenciais, gerenciais e de promoção da saúde e da qualidade de vida.

O modelo será testado em 6 municípios do estado de Santa Catarina de diferentes portes e presença e ausência de rede hospitalar, a fim de verificar sua aplicabilidade, necessidades de ajustes, possíveis limitações e possibilidade de ser aplicado em diferentes contextos em maior escala.

Com relação às limitações deste estudo, uma possível é ter sido ouvido um número reduzido de especialistas, embora todos tenham experiência e acúmulo científico na área de atenção fisioterapêutica, em atenção básica e avaliação em saúde. Outra limitação diz respeito à forma de medir os desfechos e o modelo teórico, que são coerentes, mas ainda não foram aplicados na prática. Pesquisas futuras poderão considerar ajustes e a melhor forma de medir os indicadores.

Ao considerar o momento atual do País onde o SUS é ameaçado devido a políticas de austeridade fiscal, identificar e avaliar a efetividade da atuação fisioterapêutica na ABS poderá potencializar melhorias nesse processo e alertar gestores e autoridades para as reais necessidades de melhorias na oferta desse serviço à população.

## Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), devido à concessão de bolsa de doutorado para Joyce Ribeiro Rothstein (Processo nº 88882.437589/2019-01).

## Colaboradores

Rothstein JR (0000-0002-8303-0381)\*, Albiero JFG (0000-0002-9042-395X)\* e Freitas SFT (0000-0002-8904-5998)\* contribuíram para concepção e desenho da obra; análise e interpretação de dados; elaboração do trabalho e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. 2021. [acesso em 2017 jan 2]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/>.
2. Carvalho MN, Gil CRR, Dallacosta EMO, et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2017 jan 2]; 23(1):295-302. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08702015>.
3. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv. Saúde*. 2020 [acesso em 2022 jan 3]; 29(2):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-4974202000200024>.
4. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, et al. As mudanças na política de atenção primária e a insustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate*. 2023 [acesso em 2021 abr 3]; 47(137):13-30. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7841>.
5. Fonseca MA, Rodrigues JP, Mascarenhas MTM, et al. Fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2016 [acesso em 2021 jun 20]; 29(2):288-94. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p288>.
6. Giovannella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 3]; 34(8):e00029818. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>.
7. Calvo MCM, Henrique F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- JL, editors. *A Odontologia e a estratégia da saúde da família*. 1. ed. Tubarão: Unisul; 2006. p. 115-39.
9. Tanaka OY, Melo C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp; 2001. 85 p.
  10. Nickel DA. *Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal*. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008. 89 p. [acesso em 2024 jan 17]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106618/314620.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  11. Kovalski DF. *A relevância como critério de avaliação da gestão em saúde*. Curitiba: Editora CRV; 2018. 121 p.
  12. Contandriopoulos AP, François C, Denis JL, et al. *Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: Hartz ZMA, editor. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
  13. Kovalski DF, Colussi CF, Freitas SFT, et al. *Contribuições de Benno Sander para a Avaliação da Gestão em Saúde*. *Rev Enfer*. 2010 [acesso em 2021 jun 20]; 6(7-6):31-46. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/720>.
  14. Scaratti D, Calvo MCM. *Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde*. *Rev. Saúde Pública*. 2012 [acesso em 2021 fev 20]; 46(3):446-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000034>.
  15. Buch FWP. *Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina*. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 112 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129344/328409.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  16. Ritchie J, Spencer L. *Análise de dados qualitativos para pesquisa de política aplicada*. In: Bryman A, Burgess RG. *Análise de dados qualitativos*. London: Routledge; 2002. p. 187-208.
  17. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. *Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil*. In: Hartz ZMA, Silva LMV, editores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
  18. Brasil. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
  19. Brasil. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017.
  20. Bispo Júnior JP. *Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 [acesso em 2021 fev 20]; 15(sup1):1627-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>.
  21. Piscitelli D, Furmanek MP, Meroni R, et al. *Direct access in physical therapy: a systematic review*. *Clin Ter*. 2018 [acesso em 2021 jun 22]; 169(5):249-60. Disponível em: <https://doi.org/10.7417/ct.2018.2087>.
  22. Moi JHY, Phan U, Gruchy A, et al. *Is establishing a specialist back pain assessment and management service in primary care a safe and effective model? Twelve-month results from the Back pain Assessment Clinic BAC prospective cohort pilot study*. *BMJ Open*. 2018 [acesso em 2021 dez 12]; 8:e019275. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019275>.
  23. López-Liria R, Vega-Ramírez FA, Aguilar-Parra JM, et al. *Evaluation of the Effectiveness of a Nursing/Physiotherapy Program in Chronic Patients*. *Int j environ res public health*. 2019 [acesso em 2021

- mar 20]; 16(12):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph16122236>.
24. Maselli F, Piano L, Cecchetto S, et al. Direct Access to Physical Therapy: Should Italy Move Forward? *Int J Environ Res Public Health*. 2022 [acesso em 2024 jan 17]; 19(1):555. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010555>.
  25. Zhang SK, Yang Y, Gu ML, et al. Effects of Low Back Pain Exercises on Pain Symptoms and Activities of Daily Living: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Percept Mot Skills*. 2022 [acesso em 2021 jun 21]; 129(1):63-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00315125211059407>.
  26. Nordi ABA, Acirole GG. Ampliando a Família da Saúde: ações de fisioterapia na Atenção Primária. *Cad. Educ. Saúde Fisio*. 2020 [acesso em 2021 mar 20]; 7(13):1-16. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v7n13.a10>.
  27. Babatunde F, MacDermid J, MacIntyre N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2017 [acesso em 2021 jun 20]; 17:375. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>.
  28. Mota DM, Melo JRR, Freitas DRC, et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 [acesso em 2021 jun 21]; 17(1):61-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100009>.
  29. Cruz AP, Brito EGG, Barbalho LSS, et al. Fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura. *Rev. de Aten. à Saúde*. 2021 [acesso em 2021 fev 11]; 19(69):135-49. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n69.7875>.
  30. Püschel VAA, IDE CAC, Chaves EC. Competências psicossociais para an assistência domiciliar. *Rev. Bras. Enferm*. 2005 [acesso em 2021 mar 20]; 58(4):466-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400017>.
  31. Oliveira G, Andrade ES, Santos ML, et al. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. *Rev. Bras. de Prom. da saúde*. 2011 [acesso em 2021 mar 20]; 24(4):332-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/2090>.
  32. Bastiaens F, Barten DJ, Veenhof C. Identifying goals, roles and tasks of extended scope physiotherapy in Dutch primary care – an exploratory, qualitative multi-step study. *BMC Health Serv Res*. 2021 [acesso em 2021 jan 22]; 21(19):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05986-w>.
  33. Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Prim Health Care Res. Dev*. 2016 [acesso em 2021 jun 21]; 17(5):489-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1463423616000189>.
  34. Brasil. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 20 Ago 2007.
  35. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2004 [acesso em 2021 jan 22]; (14)1:41-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
  36. Ghizoni AC, Arruda MP, Tesser CD. A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. *Interface (Botucatu)*. 2010 [acesso em 2021 jun 21]; 14(35):825-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-328320100005000023>.
  37. Albiero JFG, Freitas SFT. Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2021 fev 15]; 41(114):753-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711407>.
  38. Bim CR, Carvalho BG, Trelha CS, et al. Práticas fisioterapêuticas para a produção do cuidado na atenção primária à saúde. *Fisiot. Mov*. 2021 [acesso em 2021 fev 22]; 34:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/fm.2021.34109>.

39. Combinato DS, Vecchia MD, Lopes EG, et al. "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicol. Soc.* 2010 [acesso em 2021 fev 22]; 22(3):558-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000300016>.
40. Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB, et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. *Interface – Com., Saúde, Edu.* 2017 [acesso em 2021 ago 22]; 22(65):373-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>.
41. Babatunde OO, Bishop A, Cottrell E, et al. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One.* 2020 [acesso em 2021 fev 15]; 15(7):e0235364. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>.
42. Ho-Henriksson CM, Svensson M, Thorstensson CA, et al. Physiotherapist or physician as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care – a cost-effectiveness analysis of a pragmatic trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022 [acesso em 2021 fev 18]; 23(260):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05201-3>.
43. Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, et al. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskelet Disord.* 2019 [acesso em 2021 mar 22]; 20(186):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2553-9>.
44. Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, et al. STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open.* 2017 [acesso em 2021 abr 12]; 7:e012987. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012987>.
45. Gardner T, Refshauge K, McAuley J, et al. Patient-led Goal Setting. *Spine (Phila Pa 1976).* 2016 [acesso em 2021 jun 12]; 41(18):1405-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/brs.0000000000001545>.
46. Secoli SR, Nita ME, Ono-Nita SK, et al. Avaliação de tecnologia em saúde II. A análise de custo-efetividade. *Arq. Gastroenterol.* 2010 [acesso em 2021 jun 3]; 47(4):329. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032010000400002>.
47. Ribeiro CD, Soares MCF. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2014 [acesso em 2021 jan 22]; 36(2):117-23. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v36n2/07.pdf>.
48. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva.* 2000 [acesso em 2021 fev 13]; 5(1):7-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100002>.
49. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010 [acesso em 2021 abr 2]; 15(4):2155-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400029>.
50. Ribeiro CD, Soares MCF, Baisch ALM. Caminhos da atenção em fisioterapia: a inserção na atenção básica. *Braz. J. Develop.* 2021 [acesso em 2021 dez 2]; 7(2):14991-007. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-224>.
51. Medeiros PA, Pivetta HMF, Mayer MS. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Trab. Educ. Saúde.* 2012 [acesso em 2021 fev 2]; 10(3):407-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462012000300004>.
52. Soares G, Bezerra M. Estratégias, possibilidades e conquistas da fisioterapia na atenção primária à saúde: estudo de caso. *Rev Fisioter S Fun.* 2014 [acesso em 2021 jan 3]; 3(1):45-52. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/fisioterapiaesaudefuncional/article/view/20582>.
53. Simoni DE, Carvalho JB, Moreira AR, et al. A formação educacional em fisioterapia no Brasil: fragmentos

- históricos e perspectivas atuais? *Hist. enferm. Rev. eletrônica*. 2015 [acesso em 2021 jan 3]; 6(1):10-20. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029011>.
54. Machado N, Nogueira L. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev. Bras. de Fisio.* 2008 [acesso em 2021 fev 2]; 12(5):401-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-3552008000500010>.
55. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2021 fev 3]; 33(9):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>.
56. Ferrer MLP, Silva AS, Silva JRK, et al. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter. Pesq.* 2015 [acesso em 2021 fev 2]; 22(3):223-30. Disponível em: <https://doi.org/10.590/1809-2950/13038422032015>.
57. Graniço AS, Martins ACG, Araújo VB, et al. A Fisioterapia como instrumento modificador nos hábitos de vida diária de uma população desfavorecida da região serrana/RJ. *Cad. de Edu., Saúde Fisio.* 2018 [acesso em 2021 fev 2]; 5(10). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2022>.

---

Recebido em 01/07/2023

Aprovado em 26/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Bolsa de doutorado para Joyce Ribeiro Rothstein (Processo nº 88882.437589/2019-01)

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

## Vivência e expectativas de doulas em região brasileira de fronteira

*Experience and expectations of doulas in a Brazilian border region*

Larissa Djanilda Parra da Luz<sup>1</sup>, Sebastião Caldeira<sup>2</sup>, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408386P

**RESUMO** O estudo buscou compreender a vivência e as expectativas das doulas que atuam ou atuaram em dois municípios de região de fronteira: Foz do Iguaçu e Cascavel, Paraná, Brasil. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa pautada no referencial da Fenomenologia Social. A coleta das informações deu-se por entrevistas com roteiro semiestruturado em língua portuguesa. As entrevistas foram feitas on-line. Os resultados foram classificados em seis categorias: motivação para tornar-se doula, conhecimento sobre o papel da doula, o cotidiano das doulas, abrangendo as subcategorias de experiências exitosas e desafios da atividade na região de fronteira, a invisibilidade da doulagem, as expectativas enquanto doulas frente ao cenário obstétrico e o esperado da sua atuação profissional. O estudo permitiu compreender a vivência das doulas e o conhecimento do papel da sua função no Sistema Único de Saúde (SUS), no setor privado e em partos domiciliares, evidenciando a importância da atuação multiprofissional. Foram ponderadas resistências no cenário obstétrico por desconhecimento dos profissionais da assistência sobre o papel da doula. Em relação à atuação na região de fronteira, as doulas relataram o acompanhamento de mulheres paraguaias no Brasil e, com menos frequência, no Paraguai. As barreiras culturais e linguísticas foram destacadas como obstáculos para o exercício profissional em outro país.

**PALAVRAS-CHAVE** Doulas. Saúde pública. Bem-estar materno. Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT** *The study sought to understand the experience and expectations of doulas who worked or worked in two municipalities in the border region: Foz do Iguaçu and Cascavel, Paraná, Brazil. This was a qualitative research based on the framework of Social Phenomenology. The collection of information took place through interviews with a semi-structured script in Portuguese. The interviews were done online. The results were classified into six categories: motivated to become a doula, knowledge about the role of the doula, the daily life of the doulas, covering the subcategories of successful experiences and challenges of the activity in the border region, the invisibility of the doula, the expectations as doulas facing the obstetric scenario and what is expected of their professional performance. The study made it possible to understand the experience of doulas and knowledge of the role of their role in the Unified Health System (SUS), in the private sector and in home births, highlighting the importance of multidisciplinary action. Resistance in the obstetric scenario was considered due to the lack of knowledge on the part of care professionals about the role of the doula. Regarding work in the border region, the doulas reported accompanying Paraguayan women in Brazil and, less frequently, in Paraguay. Cultural and linguistic barriers were highlighted as reasons that make professional practice in another country unfeasible.*

**KEYWORDS** Doulas. Public health. Maternal welfare. Qualitative research.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz  
Brasília (Fiocruz) - Rio de  
Janeiro (RJ), Brasil.  
lariparra.luz@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual  
do Oeste do Paraná  
(Unioeste) - Foz do Iguaçu  
(PR), Brasil.



## Introdução

A assistência à gestação, ao parto e ao puerpério passou por mudanças significativas com a incorporação de tecnologias na atenção à saúde. De evento natural, fisiológico, cultural e com o envolvimento de pessoas do círculo afetivo das gestantes, parturientes e puérperas, o parto passa a ser visto como fenômeno que requer cuidado médico e institucionalizado<sup>1-4</sup>.

Algumas evidências científicas sustentam a ideia de que o apoio físico e emocional ofertado às mulheres durante o ciclo gravídico e puerperal promove benefícios, afetando positivamente as práticas relacionadas à assistência aos partos em instituições hospitalares como nos partos domiciliares<sup>5-7</sup>. Atualmente, este apoio é exercido pelas doulas, ocupação da área da saúde cujo exercício está pautado na prestação de apoio físico e emocional com o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e do desconforto, palavras de apoio e de empoderamento e informação à mulher e seu/sua acompanhante sobre a assistência prestada nos serviços da rede de atenção à saúde<sup>8-10</sup>.

A etimologia da palavra doula é grega: *‘δολα’* (pronuncia-se ‘dula’) significa ‘aquela que serve’, correspondendo à ocupação que se designa a servir às mulheres no processo de gestar, parir e maternar<sup>6-10</sup>. O intuito dessa profissão não é interferir no processo de trabalho da equipe obstétrica, mas prestar cuidado, fornecer apoio e informação com embasamento científico<sup>11-13</sup>, de modo que o acompanhamento das doulas não deve ser substituído pelo acompanhante da parturiente – direito garantido pela Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 –, uma vez que este acompanhamento não possui as especificidades técnicas do trabalho exercido pelas doulas<sup>6,14,15</sup>.

Em 2010, o Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil (MTE) regulamentou a atuação das doulas, incluindo-a na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com o código 3221-35, classificando-a como uma ocupação da área da saúde descrita por prestar suporte contínuo à gestante em todo

ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a evolução do parto e o bem-estar da parturiente<sup>16</sup>. As doulas realizam avaliação das disfunções fisiológicas, sistêmicas, energéticas, vibracionais e inestéticas das pacientes/clientes<sup>8</sup>.

Em março de 2022, o Senado brasileiro aprovou o Projeto de Lei nº 3.941 de 2021<sup>8</sup>, que regulamentou o ofício de doula, assegurando sua presença nas maternidades, casas de parto e em outros estabelecimentos da rede pública ou suplementar, inclusive em caso de intercorrências na gestação e aborto legal, incentivando a atuação da doula nas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).

A regulamentação da ocupação estabeleceu alguns critérios para o exercício da atuação da doula, sendo eles: 1) diploma de ensino médio; 2) curso de qualificação profissional de no mínimo 120 horas, com exceção às que atuam há mais de três anos. As doulas ficam vedadas de usar ou manusear equipamentos médico-assistenciais, realizar procedimentos médicos ou de enfermagem, administrar medicamentos e interferir nos procedimentos técnicos dos profissionais de saúde<sup>8</sup>.

A temática sobre as doulas perpassa o caminho da humanização do parto e possui relevância para a saúde pública, tendo em vista que as doulas são incluídas e recomendadas em políticas e programas de saúde materno-infantil<sup>17-19</sup>. Há evidências de que a atuação das doulas pode reduzir danos e agravos à saúde materna e infantil, estando associada à diminuição da interferência das iniquidades sociais e culturais no desfecho do parto, à redução da frequência da depressão pós-parto e à promoção do aleitamento materno<sup>5,14-20</sup>.

No cenário nacional, a atuação da doula foi evidenciada no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, principalmente em projetos de atuação voluntária<sup>21</sup>. No cenário internacional, observou-se a atuação das doulas na preparação para o parto durante todo o período gestacional, no parto e no pós-parto imediato, resultando em experiências satisfatórias para as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal<sup>8,11,12</sup>.

Apesar da evidenciação da atuação da doula no trabalho de parto e parto, enfatiza-se estrategicamente o cenário do pré-natal e do pós-parto, podendo ser uma profissional estratégica na APS no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de danos por meio de atividades de preparação para o parto, plano de parto, amamentação e cuidados com o recém-nascido, contribuindo para o aperfeiçoamento da atenção ao pré-natal na rede pública de saúde e garantindo a multiprofissionalidade<sup>14</sup>.

Contudo, observou-se uma lacuna nas publicações de estudos que abordam a atuação das doulas profissionalmente e voluntariamente nos serviços de saúde na América Latina, bem como notou-se a necessidade de explorar a temática na região da tríplice-fronteira, em que, embora haja doulas atuando desde 2015 em Foz do Iguaçu e Cascavel, estado do Paraná, é uma profissional quase desconhecida por profissionais da saúde e pela população, sendo consideradas um ‘novo fenômeno’ na rede de serviços de saúde.

No Brasil, a região de fronteira é dividida em três arcos, Arco Norte, Arco Central e Arco Sul, tendo 17 sub-regiões que abrangem 588 municípios e corresponde a 27% do território nacional. Os municípios das regiões de fronteira são identificados por pertencerem a um limite territorial de 150 quilômetros paralelos à linha divisória entre o Brasil e outros países. A vida dos residentes em zonas de fronteira sofre o impacto dos limites territoriais que acabam por acentuar desigualdades sociais, culturais, econômicas e na assistência à saúde entre cidadãos de municípios vizinhos, mas de nações diferentes<sup>22-25</sup>.

Os municípios brasileiros de Foz do Iguaçu e de Cascavel, Paraná, estão situados no Arco Sul e pertencem à sub-região fronteira XVI, tendo como limite internacional a fronteira com outros dois países: Ciudad Del Este, Paraguai, e Puerto Iguazú, Argentina<sup>23</sup>. Considerando as diferenças sociais, econômicas, culturais e nos modelos de assistência à saúde nos três países, o fluxo transfronteiriço

da atuação das doulas nessas localidades pode contribuir para experiências exitosas ao preencher lacunas percebidas na assistência à saúde materna e infantil na tríplice fronteira<sup>23</sup>.

Em virtude disto, esta pesquisa teve como objetivo compreender a vivência e as expectativas de doulas que atuam ou atuaram no ciclo gravídico-puerperal (gestação, parto, nascimento e puerpério) em região de fronteira. Participaram do estudo doulas residentes nos municípios de Foz do Iguaçu e de Cascavel.

## Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa fundamentada no referencial da Fenomenologia Social, viabilizando a compreensão da ação humana no mundo social. Compreende-se como mundo social o contexto em que os sujeitos estão inseridos conscientemente e interagem compartilhando conhecimentos adquiridos durante sua trajetória e, considerando os contextos socioeconômico, cultural e político caracterizando sua situação biográfica<sup>26</sup>.

A Fenomenologia Social baseia-se em pressupostos que, neste caso, possibilitaram traduzir a vivência e as expectativas acerca da assistência ao parto e ao nascimento na percepção das doulas. Os pressupostos que sustentaram esta pesquisa foram: motivação (motivos porque e motivos para), bagagem de conhecimento, situação biográfica, relação social, intersubjetividade e reciprocidade de intenções<sup>26</sup>.

A intersubjetividade é uma das condições para vida social e define-se pelo compartilhamento das vivências e conhecimentos, possibilitando a comunicação entre os sujeitos. Toda relação humana no mundo social se estabelece face a face e estão presentes motivações recíprocas<sup>26</sup>. As motivações relacionadas às experiências do passado e do presente, que atuaram na construção do sujeito durante sua existência, são identificadas como ‘motivos porque’, algo já concretizado. Esta vivência estimula os sujeitos a terem novos

objetivos gerando expectativas para ações no futuro, caracterizando os ‘motivos para’<sup>26</sup>. Assim, a Fenomenologia Social nos permitiu compreender a vivência e as expectativas de doulas a partir das relações sociais que foram estabelecidas com gestantes, parturientes e puérperas, seus acompanhantes e as equipes de assistência à saúde.

Considerando a Fenomenologia Social, referencial teórico da pesquisa, estruturamos o trabalho de campo. O estudo foi desenvolvido em Foz do Iguaçu e Cascavel, cidades situadas no oeste do estado do Paraná. Participaram do estudo dez doulas que atuam e/ou atuaram na região de fronteira, contatadas a partir de informações disponibilizadas na internet, especificamente em *sites* de busca por doulas e pelas redes sociais. Após contato primário via telefone, houve um momento para esclarecimentos acerca do estudo e o envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Devido ao advento da pandemia da Covid-19, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) elaborou orientações para o desenvolvimento das pesquisas envolvendo seres humanos<sup>27</sup>. Assim, as entrevistas foram realizadas em formato online, por meio do *software* Google Meet, com microfone e câmera habilitados, e ocorreram entre os meses de julho de 2020 e fevereiro de 2021. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes foi estabelecido pela técnica de saturação, não havendo um número previamente definido. No momento em que as informações se tornaram congruentes para a elaboração de categorias e subcategorias, considerou-se o número de participantes suficiente<sup>28</sup>.

Após as primeiras, as entrevistas subsequentes ocorreram por indicação das doulas que já haviam sido entrevistadas, caracterizando-se como método bola de neve (*snowball sampling*) de amostra lineal. A técnica da bola de neve permite a definição da amostra por referência, sendo novos sujeitos indicados pelos anteriormente entrevistados por apresentarem características que os tornam elegíveis para a pesquisa<sup>29</sup>.

Na coleta das informações, utilizou-se a entrevista semiestruturada, gravada por intermédio de dispositivo digital, com um roteiro abrangendo os seguintes pontos: Fale-me sobre a sua motivação para ser doula: Qual o seu conhecimento sobre o papel da doula? O que te motivou e/ou desmotivou ser doula? O que pensa sobre a assistência ao parto? Quais são as dificuldades para atuação das doulas? Na sua percepção, quais são os benefícios da atuação das doulas? Quais as suas expectativas de mudanças para a assistência no ciclo gravídico puerperal? O que você espera da atenção ao parto hospitalar e domiciliar nos próximos anos? Qual seria o cenário ideal de atuação para a doula e outros profissionais no cenário obstétrico? O que espera sobre a atuação das doulas, bem como sua formação?

A análise e organização dos dados se deram a partir dos passos propostos por alguns pesquisadores da Fenomenologia Social: 1) Leitura sequencial e detalhada dos relatos das doulas, buscando identificar as unidades de significado; 2) Leitura das unidades de significado, agrupando-as de acordo com suas convergências, para formar as categorias concretas do vivido da percepção das doulas; 3) Construção das categorias, identificação daquelas que expressam os ‘motivos porque’ e os ‘motivos para’ das ações dos membros da equipe multiprofissional e; 4) Discussão dos resultados à luz dos elementos teóricos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz e outros referenciais relacionados à temática<sup>30</sup>.

A pesquisa foi respaldada pelo Comitê de Ética de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (CEP/Unioeste) conforme parecer favorável número 4.084.262 e CAAE: 33158320.4.0000.0107, de 12 de junho de 2020, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012<sup>31</sup>. As participantes da pesquisa tiveram seu anonimato preservado, sendo identificadas como ‘Doula’ e o número da entrevista: Doula 1, Doula 2, Doula 3 e assim por diante.

## Resultados

As características sociodemográficas das doulas foram detalhadas no *quadro 1*. As idades das participantes variaram de 29 a 47 anos, com média de 33 anos de idade, de nacionalidade brasileira, predominantemente casadas, com filhos e de cor branca. Em relação à escolaridade, verificou-se que duas participantes não possuíam ensino superior completo e oito possuíam formação superior

nas áreas de enfermagem, fisioterapia, direito e administração.

Ressaltou-se que das sete doulas que estavam atuando, quatro conciliavam a atuação com outra profissão, a saber: uma policial militar, duas enfermeiras obstetras e uma advogada. Vimos que as doulas atuaram em mais de uma localidade nos estados do Paraná e São Paulo e no Paraguai – houve relatos de doulas que acompanharam mulheres paraguaias tanto em território brasileiro, quanto no Paraguai.

Quadro 1. Características sociodemográficas das doulas que atuam/atuarão na região de fronteira, Brasil, 2021

Participantes	Município de residência	Idade	Cor	Estado civil	Filhos	Está atuando	Tempo de atuação	Locais de atuação
Doula 1	Foz do Iguaçu	29	Branca	Divorciada	Sim, 1	Não	2 anos	Foz do Iguaçu, Cascavel e Paraguai
Doula 2	Cascavel	32	Branca	Casada	Sim, 1	Sim	2 anos	Cascavel
Doula 3	Foz do Iguaçu	33	Branca	Divorciada	Sim, 1	Sim	3 anos	Foz do Iguaçu
Doula 4	Cascavel	37	Branca	Solteira	Sim, 1	Sim	5 anos	Cascavel e Toledo
Doula 5	Cascavel	23	Branca	Solteira	Não	Não	2 anos	Cascavel
Doula 6	Cascavel	31	Branca	Casada	Sim, 1	Sim	2 anos	Cascavel, Guaíra e Toledo
Doula 7	Foz do Iguaçu	34	Parda	Casada	Sim, 1	Sim	1 ano e 6 meses	Foz do Iguaçu e São Paulo
Doula 8	Foz do Iguaçu	47	Branca	Casada	Sim, 2	Sim	7 anos	Foz do Iguaçu
Doula 9	Cascavel	32	Branca	Casada	Sim, 3	Não	2 anos	Cascavel e Toledo
Doula 10	Foz do Iguaçu	31	Branca	Solteira	Sim, 1	Não	2 anos	Foz do Iguaçu

Fonte: elaboração própria.

A Fenomenologia Social permitiu compreender as vivências das doulas no contexto da intersubjetividade do mundo social. A partir dos relatos das participantes, foram obtidas seis categorias concretas do vivido: quatro referentes aos ‘motivos porque’ e duas aos ‘motivos para’.

Quanto aos ‘motivos porque’, destacaram-se: 1. Motivação para tornar-se doula; 2. Conhecimento sobre o papel da doula; 3. A vivência no cotidiano das doulas, abarcando as subcategorias: 3.1. Experiências exitosas e 3.2. Os desafios da doulagem na região de fronteira, e; 4. A invisibilidade da doulagem.

As duas categorias a seguir referem-se aos ‘motivos para’: 5. As expectativas enquanto doulas frente ao cenário obstétrico e 6. O que se espera no que tange à ação da doula.

Acerca da categoria 1, ‘motivação para tornar-se doula’, os motivos pelos quais as mulheres decidiram pela atuação profissional e/ou voluntária da doulagem estão relacionados com sua ancestralidade, experiências de partos com violência obstétrica, experiências de partos exitosos e a ambição de proporcionar uma vivência respeitosa e afetuosa para mulheres e recém-nascidos, conforme apresentado a seguir:

*A minha bisavó era parteira no interior do Rio Grande do Sul, fez muito parto. A gente está resgatando o nosso passado [...] na tradição das parteiras, das indígenas, na ancestralidade, da força feminina, da mulher. (Doula 3).*

*Eu descobri a paixão pela doulagem no meu parto, quando eu me preparei para o meu parto. (Doula 6).*

*Eu entrei na doulagem, na verdade, muito mais por uma questão jurídica do que por saúde, porque quando eu engravidei, eu percebi como as mulheres não têm conhecimento sobre os seus direitos [...]. (Doula 2).*

*[...] eu engravidei e tive meu filho na Inglaterra, onde eu morava e trabalhava. Ele nasceu de um parto domiciliar planejado e depois de dois meses eu retornei para o Brasil e aqui eu me deparei com uma realidade bem triste que me chocou muito: as mulheres não amamentavam, as mulheres não tinham partos, elas tinham cesarianas e ninguém sabia o que que era parto. (Doula 4).*

*Eu comecei a me interessar pela assistência ao parto depois que eu tive a minha primeira filha em que eu buscava um parto, porém eu não tinha nenhuma informação. (Doula 9).*

Ao serem questionadas com relação ao que definimos como categoria 2, ‘conhecimento sobre o papel da doula’, as participantes responderam:

*Ser doula é servir. É atender a necessidade de outro ser humano sem interesses. (Doula 2).*

*Uma massagem pra ajudar ali ou uma posição, que é o nosso trabalho mesmo, que é o acompanhamento, carinho, afeto, posição, massagem [...]. (Doula 1).*

*[...] Servir à mulher é o papel principal da doula, mas também proporcionar um mundo de informações que pode contribuir na prevenção, fazendo com que esse momento seja mais leve para essas mulheres [...] O principal é o foco na mulher, aquela*

*mulher que está ali parindo, se reconstruindo, nascendo e morrendo. (Doula 4).*

*Eu acho que a doula tem um papel muito importante na vida da gestante, ela está ali para dar o suporte, aquela atenção que a gestante precisa naquele momento. (Doula 3).*

*Eu acho que ser doula pra mim é isso: saber respeitar a religiosidade, a particularidade de cada paciente, tentando levar ela sempre para o lugar mais correto, da informação mais correta e deixar que ela tire as conclusões e estar sempre do lado dela apoiando da maneira que mais a beneficie. (Doula 5).*

A categoria 3, ‘vivência no cotidiano das doulas’ foi subdividida em duas subcategorias. A primeira refere-se às ‘experiências exitosas’ das doulas:

*Eu cheguei atender parto domiciliar em Foz com uma equipe específica, a questão hospitalar a gente chegou a um ponto em que se dava para confiar em algumas equipes. (Doula 1).*

*Inclusive do Paraguai, fui doula de várias gestantes paraguaias, porque aqui iniciamos um movimento em 2015 e eu acredito que teve um boom logo que as coisas começaram a se movimentar. (Doula 4).*

*[...] eu acho que todos os partos deram certo, questão de dinâmica de serviço, alguns evoluíram para uma cesárea, mas são coisas que acontecem no decorrer do trabalho. (Doula 3).*

E a segunda subcategoria retrata os ‘desafios da doulagem na região de fronteira’:

*Em Ciudad Del Este (Paraguai) eu tive um atendimento em um hospital particular, uma cliente de lá, ela me conheceu aqui no começo da minha atuação, lá consegui ter o atendimento pior do que aqui. Houve mais violências por não ser a minha língua nativa, eu tive muito mais dificuldade de ter contato com a equipe e de compreender o que a equipe estava propondo, eu fui expulsa da sala diversas vezes. (Doula 1).*

O que eu vejo hoje, é que com os profissionais mais antigos nós ainda estamos encontrando algumas barreiras de comunicação, os clientes fazem as suas perguntas e às vezes recebem uma resposta um pouco tortuosa, uma desconversa. (Doula 2).

eu percebo que tem muitas coisas a serem mudadas, para ser melhorada, seja estrutura, seja pessoal, seja informação para gestantes. [...] você percebe que não é bem-vinda (no hospital), parece que você está atrapalhando, essa é a sensação que eu tenho. (Doula 3).

A gente tem projeto de doulagem voluntária no SUS, mas a gente não consegue colocar em prática, não é aceito. (Doula 6).

Como categoria 4, ‘invisibilidade da doulagem’, reunimos as inquietações que as participantes trouxeram por perceberem o desconhecimento de sua atividade pela sociedade, tanto pelas mulheres quanto pelas instituições e profissionais de saúde:

[...] as mulheres também não sabiam o que era, não conheciam ou nunca tinham ouvido falar [...] lidar com instituição, lidar com o preconceito que a doula vive dentro da instituição, o fato de ninguém saber o que eu faço por mais que eu explique, ninguém querer a gente por perto, por mais que não saibam o que a gente faz. Enfim, essa visão de que a doula veio para atrapalhar, de que a doula só incomoda, de que é uma frescura e não ter essa abertura, esse encaixe na equipe, então isso me trouxe muito sofrimento emocional e psicológico. (Doula 1).

[...] tem milhares de gestantes que estão pelo SUS que não tem conhecimento de doulagem, então a minha gestante estava assegurada com informações, mas as outras não. (Doula 3).

Até o voluntário aqui é muito difícil [Foz do Iguaçu], até o voluntário pra mim é muito difícil. Quando começou a pandemia, eu ofereci suporte online, eu sou doula e sou consultora em amamentação e eu ofereci suporte online e não teve

ninguém procurando para tirar uma dúvida, para perguntar. (Doula 7).

A categoria 5, ‘expectativas enquanto doulas frente ao cenário obstétrico’ foi construída a partir de relatos sobre o atendimento esperado para a mulher em todo o ciclo gravídico e puerperal:

[...] uma esperança de que essas novas gerações (de profissionais) venham com menos vícios, venham com menos procedimentos desnecessários, procedimentos mal compreendidos, procedimentos mal aplicados. Venham com a cabeça mais ‘fresca’, porque se você for parar pra ver o nosso modelo de atendimento tão intervencionista, ele dá muito mais trabalho do que deveria [...]. (Doula 1).

Acho que a equipe de enfermagem, a equipe multidisciplinar tem que estar preparada para a inserção da doulagem no pré-parto e no parto em si. (Doula 2).

A minha expectativa de vida é que a doula seja reconhecida e que ela seja respeitada, porque a doula não é enfermeira, ela também não é a parteira, a doula é a doula. (Doula 7).

Eu queria que a doula fosse respeitada, que tivesse espaço pra ela na sociedade, para que ela pudesse dar informações de forma segura para aquela mulher. (Doula 3).

O contexto vivenciado pelas doulas, desperta a necessidade de transformação, de maior humanização no atendimento às gestantes, parturientes, puérperas e lactantes. Para que a transformação desejada ocorra, são necessárias mudanças relacionadas à informação das mulheres, à formação e prática dos profissionais, além da estrutura das instituições. É o que mostra a categoria 6 – ‘o que espera no que tange à ação da doula’:

A atuação principal está na preparação. Que o foco das mulheres seja buscar a preparação, porque uma mulher bem preparada ela vai parir sozinha

*na rua, na chuva ou na fazenda. E eu vejo também isso, a atuação no SUS e a atuação principal na preparação. (Doula 6).*

*[...] Preparar a mulher mais no pré-parto e no pós-parto. (Doula 5).*

*Se a gente não tivesse que ficar tão preocupada com o todo, a gente consegue se concentrar muito mais em coisas mais simples, em uma massagem pra ajudar ali ou uma posição aqui, que é o nosso trabalho mesmo, que é o acompanhamento, o carinho, o afeto, a posição, a massagem, o alívio e não procedimento, protocolo, lei. [...] isso aliviaria bastante o atendimento das doulas. (Doula 1).*

*[...] a informação é precária para atender uma doulagem, eu acho que é o conjunto de informações que está faltando mesmo, seja na parte hospitalar, em dar esse apoio, em dar essa 'brecha' para a gestante contratar uma doula, saber qual é o seu direito, qual não é, o que pode acontecer no parto ou não, então a questão de informação mesmo é a questão estrutural. (Doula 2).*

## Discussão

A vivência no mundo social das doulas e as suas expectativas contribuem para a construção do conhecimento que possuem sobre o cuidado no ciclo gravídico e puerperal e estimulam a valorização da intersubjetividade na relação face a face durante o desenvolvimento do seu trabalho com cada gestante, parturiente e puérpera. É importante refletir sobre a interação entre a doula e a mulher sob seus cuidados quanto à singularidade das experiências vividas que influenciam cada sujeito no exercício das ações sociais. As trocas interpessoais em seus diversos aspectos – de informação, atitudes, sentimentos – contribuem para que a intersubjetividade e a interação entre a doula e a mulher assistida por ela se deem de forma satisfatória para ambas<sup>26</sup>.

A Fenomenologia Social contribuiu para que compreendêssemos a importância da subjetividade das doulas nos atendimentos às mulheres durante a gestação, o parto e o puerpério na realidade e mundo social em que as experiências e percepções relatadas se constituíram, expressando-se nas falas de cada doula e incluídas pelas pesquisadoras nos 'motivos porque'. As vivências estimulam a criação de novas expectativas relacionadas ao cenário obstétrico e à atuação profissional no futuro, caracterizando os 'motivos para' desenvolver seu trabalho em um cenário desejado, idealizado<sup>26</sup>.

Quando questionadas sobre a motivação, as doulas ressaltaram a ancestralidade referida à profissão, os enfrentamentos visando ao acesso a um parto respeitoso, as lacunas nas informações destinadas a favorecer o bem-estar durante a gestação, à preparação para o parto, sobre os direitos da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e durante a amamentação.

O desejo de apoiar outras mulheres para que consigam um parto vivido como respeitoso pode ser o principal motivador para tornarem-se doulas, corroborando com os resultados deste estudo<sup>12-21</sup>. Esse desejo de apoiar outras mulheres precisa estar pautado em intenções que permeiam o cuidar e o cuidado, ou seja, na 'reciprocidade de intenções' entre a mulher que requer o cuidado em seu ciclo gravídico e puerperal e a doula que presta tal cuidado. Na 'relação social' e na 'ação social' do cuidar e do cuidado acontece a 'relação face a face'<sup>26</sup>.

O papel das doulas no cenário obstétrico vai além de proporcionar apoio físico e emocional, mas inclui fornecer subsídios através da transmissão de informações baseadas em evidências científicas recentes, modelos para elaboração de um plano de parto submetido aos direitos e contendo os desejos das mulheres para o trabalho de parto e parto e, caso necessário, informações sobre as possíveis intervenções.

Indivíduos emergem como objetos do saber e da prática médica. Assim, observou-se que não apenas as gestantes, parturientes e puérras são objetos de intervenção, mas a equipe

de saúde no desenvolvimento do processo de trabalho também é objetificada pelo contexto médico-hospitalar e os protocolos estabelecidos que orientam as decisões e a prática<sup>32</sup>.

Em relação à permanência na atuação como doula, constatou-se que, em Cascavel, a atuação foi mais exitosa e a maioria das doulas obtinham satisfação ao exercer exclusivamente a ocupação, diferentemente de Foz do Iguaçu, em que as resistências institucionais do hospital de referência da cidade e a invisibilidade do papel da doula pela população foram o maior obstáculo para a atuação da categoria profissional. Essa realidade não é vista apenas no município de Foz do Iguaçu, podendo ser constatada em outros locais como Campinas (SP), Fortaleza (CE) e Vale do Jequitinhonha (MG), evidenciando as doulas como gatilhos para tensões no cenário obstétrico<sup>6,9,33</sup>.

Embora no município de Foz do Iguaçu houvesse relatos que apontaram a dificuldade no exercício da atividade, todas as doulas afirmaram que as vivências foram positivas quanto ao cuidado à gestante e parturiente e na ressignificação do trabalho (de acordo com a jornada subjetiva de cada uma), corroborando com a importância das mudanças nos cenários obstétricos institucionais.

Os 'motivos para' reforçaram a necessidade de inserção das doulas nas equipes de assistência ao parto hospitalar, na assistência ao pré-natal ajudando a qualificá-la, no parto e no puerpério para o atendimento também às mulheres estrangeiras sobretudo em zonas de fronteira, bem como a importância da atualização dos profissionais da assistência e da implementação das políticas públicas que garantem a atuação das doulas no Sistema Único de Saúde (SUS) e não apenas no setor privado<sup>33</sup>.

Constatou-se que, no estabelecimento da 'relação social' entre as doulas e os profissionais da assistência ao parto (médico(a)s, enfermeiro(a)s obstétrico(a)s, enfermeiro(a)s e auxiliares de enfermagem), ainda havia desconhecimento por parte dos profissionais sobre as atribuições das doulas no cenário obstétrico.

Os conflitos vividos no cenário do parto são influenciados pela introdução de métodos complementares com o trabalho das doulas, diferente do modelo biomédico que rege esses ambientes, muitas vezes desconsiderando a subjetividade presente no ambiente de trabalho<sup>12</sup>. A educação permanente para os profissionais da assistência é fundamental, visto que essa bagagem de conhecimentos possibilita a prática baseada em evidências científicas e para que o objetivo do trabalho da doula em garantir uma assistência mais qualificada e atenciosa seja alcançado<sup>26</sup>.

Assim, destaca-se o município de Foz do Iguaçu, em que houve doulas desistindo da atuação profissional e voluntária por conflitos interprofissionais no cenário do parto e por vivenciar desfechos com violência obstétrica, causa de sofrimento emocional. Dessa forma, as políticas e programas de humanização devem ser efetivamente implementadas na rede de atenção à saúde na tríade gestação-parto-puerpério, permitindo uma reciprocidade de intenções entre as doulas, os profissionais da assistência e seus acompanhantes, garantindo o acesso da população vulnerável aos cuidados prestados pelas doulas e por uma equipe humanizada no SUS<sup>6,9</sup>.

Percebe-se que a equipe multiprofissional se sente ameaçada pela presença das doulas, pois estas podem desafiar a hierarquia da equipe médica que ainda detém o papel tradicional do(a) obstetra como o detentor(a) do saber e da liderança de conduzir o parto, não considerando o protagonismo da mulher parturiente. As doulas, diferentemente do(a)s enfermeiro(a)s obstétrico(a)s, desenvolvem suas ações de cuidado em todo o ciclo gravídico e puerperal respeitando a mulher, contribuindo com bagagem de conhecimento sobre todos os aspectos da gestação, do trabalho de parto, do parto, do nascimento, do puerpério ou período pós-parto, bem como, os cuidados com o bebê<sup>6,9</sup>.

Assim, faz-se necessário que a equipe multiprofissional possa respeitar a mulher com seus valores, suas angústias, seus

medos, suas dúvidas e, principalmente, sua força para decidir sobre seu corpo e sobre si, qual a melhor forma de conduzir seu parto, respeitando o direito de escolha e decisão. Ressalta-se que as doulas atuam dentro de suas especificidades e limites estabelecidos, como já mencionado neste estudo<sup>8</sup>. Nesse sentido, o desconhecimento e falta de compreensão, por parte da equipe multiprofissional de assistência ao ciclo gravídico-puerperal, sobre o trabalho das doulas, faz com que estas se sintam excluídas por parte da equipe, gerando conflitos, inseguranças e até mesmo desistência de sua atuação no cenário obstétrico<sup>4,6,9,10</sup>.

As legítimas reivindicações expostas pelas participantes deste estudo de inclusão no cenário obstétrico, principalmente nos dispositivos de saúde pública do Brasil, reforçam a urgência do debate acerca dos direitos reprodutivos para as mulheres que escolheram serem mães, tendo em vista que a desinformação, os maus tratos e as formas sutis de tortura e mutilação sexual involuntária são comuns, como é o caso brasileiro<sup>34</sup>.

Assim, acredita-se que conhecer o papel da doula pode contribuir para desconstruir as tensões existentes entre os profissionais de saúde e doulas<sup>6</sup>. Essa falta de entendimento pode prejudicar a colaboração e o trabalho em equipe, como observado nos relatos das doulas participantes deste estudo. Dessa forma, a colaboração efetiva entre a equipe de assistência técnica e as doulas, pode fortalecer a importância de superar essas barreiras relacionais para proporcionar uma experiência de parto mais positiva.

## Considerações finais

O estudo permitiu compreender a vivência do grupo social composto por doulas no exercício da sua função no SUS, no setor privado e em partos domiciliares, apontando as suas potencialidades e bagagem de conhecimento contribuindo nos cuidados das mulheres durante a atuação multiprofissional, destacando a

importância do reconhecimento do trabalho por demais profissionais da assistência. Foram apontadas lacunas no exercício do trabalho, principalmente quando há resistências no cenário obstétrico.

Observou-se que em Cascavel há maior receptividade ao trabalho das doulas em equipes que prestam um cuidado humanizado no setor privado e no SUS. Há, no município, uma equipe de enfermeiro(a)s obstétrico(a)s que acompanha partos domiciliares. Já em Foz do Iguaçu esta prática ainda é incipiente e há poucas doulas ativas na assistência.

Em relação à atuação na região de fronteira, as doulas relataram o acompanhamento de mulheres paraguaias no Brasil e, com menos frequência, no Paraguai. As barreiras cultural e linguística foram destacadas por uma doula como motivos para a inviabilização do exercício profissional em outro país, fomentando a urgência na implementação de políticas públicas de humanização da rede de atenção ao ciclo gravídico puerperal em territórios fronteiriços.

Contudo, nosso estudo possui limitações, tendo em vista que foram incluídas apenas doulas de nacionalidade brasileira e residentes no Brasil que atuavam nos municípios de Foz do Iguaçu e Cascavel, no oeste do Paraná, de modo que, considerando a metodologia utilizada e as participantes, o resultado aplica-se à população estudada. Outros estudos com outras populações e em outras localidades podem contribuir para produzir mais evidências, torná-las mais robustas e, assim, enriquecer o debate científico e da sociedade em geral sobre a participação das doulas no cenário obstétrico, envolvendo o pré-natal, o trabalho de parto, o parto, o nascimento e o puerpério.

## Colaboradores

Luz LDP (0000-0002-1172-9492)\* contribuiu para concepção da obra; a aquisição, análise e interpretação de dados; redação, revisão crítica do conteúdo intelectual. Responsável

por todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão e a integridade de qualquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Caldeira S (0000-0003-2827-1833)\* e Maciel

EMGS (0000-0002-9095-3141)\* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito para análise ou interpretação de dados da pesquisa; redação e revisão crítica do artigo; aprovação final da versão a ser publicada. ■

## Referências

1. Merhy EE, Feuerwerker LMC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42. (Volume 2).
2. Castellano BG, Alemán RA, Celio SN, et al. Humanización de los cuidados en salud, Maternidad Pública de Rocha, 2014-2016. *Revista urug. enferm.* (En línea). 2022 [acesso em 2023 fev 4]; 17(2):e205. Disponível em: <https://doi.org/10.33517/rue2022v17n2a8>.
3. Oliveira MC, Pierot EV, Silva LA, et al. Experiências de discentes na assistência ao parto: projeto de extensão. *Enferm Foco.* 2022 [acesso em 2023 fev 3]; 13:e-202226ESP1. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202226ESP1>.
4. Costa Souza FML, Santos WN, Costa Santos RS, et al. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enferm Foco.* 2019 [acesso em 2023 fev 3]; 10(2):118-24. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n2.2180>.
5. Brandão LC, Belarmino AC, Rodrigues ME, et al. Cuidado obstétrico na pandemia de COVID-19: Interrelações comunicacionais entre enfermeiro obstetra, mulher e doula. *Rev. Enferm. Ref.* 2022 [acesso em 2023 jan 5]; 6(supl1):e21049. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV21049>.
6. Herculano TB, Sampaio J, Brilhante MAA, et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2023 jan 7]; 42(118). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811813>.
7. Turner D, Lindsey A, Shah P, et al. Doulas shouldn't be considered visitors, we should be considered a part of [the] team: doula care in Georgia, USA during the COVID-19 pandemic. *Sex. Reprod. Health Matters.* 2022 [acesso em 2023 fev 4]; 1(2133351):702-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2133351>.
8. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 3946, de 2021. Dispõe sobre o exercício da profissão de doula. [acesso em 2023 fev 4]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9035985&ts=1649280428565&disposition=inline#:::text=disposi%C3%A7%C3%B5es%20desta%20Lei.-,Art.,da%20gestante%2C%20parturiente%20e%20pu%C3%A9rpera>.
9. Lima PO, Pinheiro MLP, Miranda JL, et al. Comprehension on doula's work at a maternity in Jequitinhonha Valley - MG. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019 [acesso em 2023 jan 4]; 19(3):569-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-930420190003000005>.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Lindström NB, Pozo RR. Perspectives of nurses and doulas on the use of information and communication technology in intercultural pediatric care: qualitative pilot study. *JMIR Pediatr Parent*. 2020 [acesso em 2023 mar 21]; 3(1):e16545. Disponível em: <https://pediatrics.jmir.org/2020/1/e16545/>.
11. Amorim LF, Leal EC, Viana MRP. Performance of the doulas during the pregnancy-puerperal cycle: a literature review. *RSD Journal*. 2020 [acesso em 2023 jan 4]; 9(7):e598974505. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/4505>.
12. Barbosa MBB, Herculano TB, Brilhante MAA, et al. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2023 fev 6]; 2(117):420-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811706>.
13. Silva LCC, Corrêa-Cunha EF, Kappler SR. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. *PsiRev*. 2018 [acesso em 5 jan 2023]; 27(2):357-76. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/34156>.
14. Brasil. Ministério da Integração Regional. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. 2005. p. 1-17. [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://antigo.mdr.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/Biblioteca/publicacoes/Introduo-e-antecedentes.pdf>.
15. Hans SL, Edwards RC, Zhang Y. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Maternal and Child Health Journal Internet*. 2018 [acesso em 2023 fev 4]; 22(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2537-7>.
16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego do Brasil. Classificação Brasileira de Ocupações. Código 3221-35 - Doula. Brasília (DF): Ministério do Trabalho e Emprego; 2013. [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://empregabrasil.mte.gov.br/76/cbo/>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida (recurso eletrônico). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
19. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: OMS; 2018. [acesso em 5 jan 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>.
20. Sales Rondon MC, Tenório Sampaio G, Venturini Talizin E. Mulheres assistidas por doulas: estudo exploratório. *Nursing (São Paulo)*. 2021 [acesso em 2023 4 fev]; 24(279):6045-52. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6045-6052>.
21. Leão MRC, Bastos MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2001. [acesso em 2023 mar 5]; 9(3):90-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000300014>.
22. Brasil. Lei nº. 6634, de 2 de maio de 1979. Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências. 1979. *Diário Oficial da União*. 2 Maio 1979. [acesso em 2023 mar 5]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L6634.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6634.htm).
23. Peiter PC. A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005. [acesso em 2023 mar 5]. Disponível em: <http://retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2011/07/2006-geografia-da-saude-na-faixa-PCP.pdf>.
24. Arenhart CGM, Rizzotto MLF, Melara M, et al. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2023 fev 6]; 27(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.08702022>.

25. Duarte CNB, Souza LGS. Processos Identitários de um Grupo de Doulas: Atitudes sobre Gestantes e Médicos. *Psico-USF*. 2018 [acesso em 2023 nov 4]; 23(4):653-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230406>.
26. Schultz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes; 2012.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. 2021. [acesso em 2023 fev 6]. Disponível em: <https://www.ufmg.br/bioetica/coep/wp-content/uploads/2021/02/ambiente-virtual.pdf>.
28. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesq. Qual.* 2017 [acesso em 2023 fev 4]; 5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.
29. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Meth Res.* 1981 [acesso em 2023 fev 6]; 10(2):141-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>.
30. Zampoli ACM, Caldeira S, Santos KB, et al. Experience of mothers after the diagnosis of congenital malformation and the expectations of care. *Rev Rene.* 2022. [acesso em 2023 fev 9]; 23:e78408. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222378408>.
31. Conselho Nacional de Saúde. 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.
32. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 21. ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal; 2005.
33. Silva RM, Barros NF, Jorge HMF, et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012. [acesso em 2023 mar 10]; 17(10):2783-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000026>.
34. Tornquist CS. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Estud Fem.* 2002 [acesso em 2023 fev 2]; 10(2):483-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.

---

Recebido em 04/03/2023

Aprovado em 03/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos



## Avaliação de indicadores sociais e de saúde em municípios de Minas Gerais conforme tipologia rural-urbano

*Assessment of social and health indicators in municipalities of Minas Gerais according to the rural-urban typology*

João Alves Pereira<sup>1</sup>, Renata Fiúza Damasceno<sup>1</sup>, Marta Raquel Mendes Vieira<sup>1</sup>, Alfredo Maurício Batista de Paula<sup>2</sup>, Rafaela da Silveira Pinto<sup>3</sup>, Daniele Lopes Leal<sup>3</sup>, Desirée Sant'Ana Haikal<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408449P

**RESUMO** O presente artigo tem o objetivo de avaliar indicadores sociais e de saúde de municípios conforme a tipologia rural-urbano. Trata-se de estudo ecológico que utilizou dados oficiais de acesso público dos 853 municípios do estado de Minas Gerais, Brasil. Foram conduzidas análises descritivas e bivariadas através da Regressão de Poisson e Teste de Kruskal-Wallis. Do total de municípios, 547 (64,12%) são rurais. A maior média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi observada entre os municípios urbanos. A maior média de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi verificada entre os municípios rurais, nos quais também foram demonstrados os melhores resultados para os indicadores de mortalidades infantil, prematura e por causas evitáveis, homogeneidade vacinal e prevalência de desnutrição. Os achados deste estudo evidenciam que uma maior cobertura da ESF está associada à ocorrência de melhores condições gerais de vida e de saúde das populações atendidas em municípios de tipologia rural. Recomenda-se aos gestores de saúde o fomento à consolidação da ESF em comunidades com contextos socioeconômicos e culturais desfavoráveis, como localidades rurais remotas e aglomerados urbanos, e o estabelecimento de ações intersetoriais com impacto positivo na saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Indicadores básicos de saúde. Indicadores sociais. Área urbana. Zona rural.

**ABSTRACT** *This article aims to evaluate social and health indicators of municipalities according to the rural-urban typology. This is an ecological study that used official publicly accessible data from the 853 municipalities in the state of Minas Gerais, Brazil. Descriptive and bivariate analysis were carried out using Poisson Regression and Kruskal-Wallis Test. 547 (64.12%) are rural municipalities. The highest average of the Municipal Human Development Index (MHDI) was observed among urban municipalities. The highest average coverage of the Family Health Strategy (FHS) was found among rural municipalities. In these municipalities, the best results were shown for the indicators of infant mortality, premature mortality and mortality from preventable causes, vaccine homogeneity and prevalence of malnutrition. The findings of this study show that greater FHS coverage is associated with the occurrence of better general living and health conditions in the populations served in rural municipalities. It is recommended that health managers encourage the consolidation of the FHS in communities with unfavorable socioeconomic and cultural contexts, such as remote rural locations and urban agglomerations, and the establishment of intersectoral actions with a positive impact on health.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health status indicators. Social indicators. Urban area. Rural areas.*

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) - Belo Horizonte (MG), Brasil. joao\_alvespereira@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.



## Introdução

No Brasil, comumente, populações rurais apresentam baixa escolaridade<sup>1</sup>, baixa renda<sup>1,2</sup>, menos acesso a serviços de saúde e maior vulnerabilidade a fatores de risco para saúde<sup>3,4</sup>. Estudos prévios apontam que os diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico entre as áreas urbanas e rurais no Brasil contribuem para a desigualdade no acesso a itens básicos e essenciais para a qualidade de vida, como o saneamento básico e a água tratada, o que torna a saúde das populações rurais mais precária em comparação às populações urbanas<sup>4,5</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se expandido e consolidado no Brasil, nos últimos anos, devido principalmente ao processo de descentralização e ampliação da cobertura assistencial impulsionado pela Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>6,7</sup>. No entanto, apesar dos avanços, antigos desafios à consolidação da APS ainda persistem, como o financiamento insuficiente, a inadequada distribuição de profissionais e a necessidade de melhorias no acesso, na qualidade e na efetividade dos serviços ofertados<sup>8,9</sup>.

No histórico de expansão e consolidação da APS no Brasil, destacam-se ainda dois elementos importantes, que podem estar relacionados com a qualidade da assistência no extenso território nacional: a grande expansão da cobertura assistencial a partir dos anos 2000, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios<sup>10,11</sup> e o pior desempenho assistencial da ESF nas áreas rurais<sup>12</sup>.

O acesso à saúde é considerado um dos determinantes essenciais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico, com impactos sobre a mortalidade e a expectativa de vida. Adicionalmente, o acesso à saúde influencia vários aspectos da vida social de populações, como a dinâmica demográfica relacionada com a necessidade de deslocamentos na busca por acesso a serviços de saúde, com impactos sobre a mortalidade e a expectativa

de vida dos indivíduos vulnerabilizados<sup>5</sup>. Dessa forma, garantir o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos brasileiros ainda é um grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo para as populações que vivem nas áreas rurais<sup>4,13</sup>.

De acordo com a classificação geográfica dos municípios brasileiros, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, mais de 64% dos municípios mineiros são rurais<sup>14</sup>. Esse cenário aponta oportunidades interessantes para avaliar determinados atributos e dimensões do estado de saúde da população e do desempenho do sistema de saúde dos municípios mineiros conforme tipologia rural-urbano proposta pelo IBGE. Ressalta-se que tal avaliação poderá contribuir para definição de políticas públicas voltadas para redução das iniquidades locais no estado. Assim, este estudo tem o objetivo de avaliar indicadores sociais e de saúde dos municípios do estado de Minas Gerais conforme tipologia rural-urbano.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo ecológico<sup>15</sup> que abrange os municípios de Minas Gerais. O estado, cuja capital é Belo Horizonte, é um dos 27 estados do Brasil, sendo o quarto maior em extensão territorial (586.528 Km<sup>2</sup>) e o segundo mais populoso, com uma população estimada para 2020 de 21.292.666 habitantes<sup>16</sup>. O estado possui 853 municípios, divididos em 12 mesorregiões<sup>16</sup>, 14 macrorregiões de saúde e 89 microrregiões de saúde<sup>17</sup>.

Minas Gerais caracteriza-se por possuir grande extensão territorial<sup>17</sup>, predominância de municípios de pequeno e médio porte<sup>17</sup> e por apresentar evidentes disparidades socioeconômicas entre as mesorregiões<sup>18</sup>. Quanto ao aspecto econômico, o estado apresenta uma grande diversificação das atividades econômicas entre as mesorregiões, com concentração de importantes polos industriais nas mesorregiões Central e Sul, enquanto que,

nas mesorregiões Norte e Jequitinhonha, destacam-se as atividades ligadas ao segmento primário da economia, como extração mineral, pecuária extensiva e agricultura de subsistência<sup>18</sup>. O estado possui o município com a menor população entre os municípios do Brasil, Serra da Saudade (815 habitantes), enquanto que a região metropolitana de Belo Horizonte possui cerca de 5 milhões de habitantes<sup>17</sup>.

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2021, em bancos de dados oficiais de acesso público. Foram coletados

dados referentes a 15 variáveis sobre os municípios e, posteriormente, tais variáveis foram agrupadas em 4 blocos temáticos, conforme o tipo da mesma: tipologia rural-urbano, localização geográfica, indicadores sociais e indicadores de saúde. No *quadro 1*, encontra-se o detalhamento das variáveis estudadas, incluindo o agrupamento dessas em blocos temáticos, o ano de referência, a fonte, a data de acesso, o conceito e o ponto de corte utilizado na categorização.

Quadro 1. Variáveis por blocos temáticos: tipologia rural-urbano, localização geográfica, indicadores sociais e indicadores de saúde dos municípios do estado de Minas Gerais, Brasil

Bloco temático	Variável	Ano de referência	Fonte	Conceito	Ponto de corte para categorização
Tipologia rural-urbano	Tipologia municipal	2017	IBGE. <a href="https://www.ibge.gov.br">https://www.ibge.gov.br</a> Acesso em 08/03/2021.	Classificação dos municípios brasileiros em 5 tipologias: Urbano, Intermediário Adjacente, Intermediário Remoto, Rural Adjacente e Rural Remoto.	Não se aplica
Localização geográfica	Município	2019	IBGE. <a href="https://www.ibge.gov.br">https://www.ibge.gov.br</a> Acesso em 07/03/2021.	Unidade autônoma de menor hierarquia na organização político-administrativa do Brasil, conforme definido pelo IBGE na Divisão Territorial Brasileira (DTB).	Não se aplica
	Macrorregião de Saúde	2020	PDR/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 07/03/2021.	Base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde. Engloba população em torno de 700 mil habitantes.	Não se aplica
	Microrregião de Saúde	2020	PDR/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 07/03/2021.	Base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde. Conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 100 mil habitantes, adscritos a um município polo.	Não se aplica
Indicadores sociais	População	2018	IBGE. <a href="https://www.ibge.gov.br">https://www.ibge.gov.br</a> Acesso em 11/04/2021.	Estimativa do número de habitantes do município (TCU).	1. Grande Porte: Municípios com 100 mil habitantes ou mais. 2. Pequeno/Médio Porte: Municípios com menos de 100 mil habitantes.
	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	2010	AtlasBR. <a href="http://www.atlasbrasil.org.br">http://www.atlasbrasil.org.br</a> Acesso em 29/03/2021.	Medida composta por indicadores de longevidade, educação e renda. Varia de 0 a 1. Valores próximos a 1 indicam alto desenvolvimento.	IDH-M estadual (MG, 2010): 0,731. 1. Igual/acima do IDH-M Estadual. 2. Abaixo do IDH-M Estadual.
	Índice de Gini	2010	AtlasBR. <a href="http://www.atlasbrasil.org.br">http://www.atlasbrasil.org.br</a> Acesso em 29/03/2021.	Grau de concentração de renda, cujo valor varia de 0 (perfeita igualdade) até 1 (desigualdade máxima).	Gini estadual (MG, 2010): 0,56. 1. Igual/abaixo do índice estadual 2. Acima do índice estadual

Quadro 1. Variáveis por blocos temáticos: tipologia rural-urbano, localização geográfica, indicadores sociais e indicadores de saúde dos municípios do estado de Minas Gerais, Brasil

Bloco temático	Variável	Ano de referência	Fonte	Conceito	Ponto de corte para categorização
Indicadores de saúde	Cobertura Populacional Estimada da ESF	2018 (Julho)	e-Gestor AB. <a href="https://egestorab.saude.gov.br">https://egestorab.saude.gov.br</a> Acesso em 14/04/2021.	Porcentagem de cobertura populacional por equipes da ESF (3000 hab./equipe).	Cobertura de ESF estadual (MG, Julho/2018): 80,15%. 1. Igual/acima da cobertura estadual. 2. Abaixo da cobertura estadual.
	Taxa de Mortalidade Infantil	2018	SES/MG. <a href="http://vigilancia.saude.mg.gov.br">http://vigilancia.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 10/04/2021.	Número de óbitos de menores de um ano de idade, por 1000 nascidos vivos, na população residente, no ano considerado.	Taxa estadual (MG, 2018): 10,96. 1. Igual/abaixo da taxa estadual. 2. Acima da taxa estadual.
	Proporção de Internações por Condições Sensíveis a APS (ICSAP)	2018	SES/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 15/05/2021.	Proporção entre o nº de internações por causas selecionadas sensíveis à APS e o total de internações clínicas, por local de residência e ano de internação.	ICSAP estadual (MG, 2018): 40,73%. 1. Igual/abaixo do ICSAP estadual. 2. Acima do ICSAP estadual.
	Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou Mais Consultas de Pré-natal	2018	SES/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 15/05/2021.	Proporção entre o nº de nascidos vivos de mães residentes em um local e ano com 7 ou mais consultas de pré-natal e o nº de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período.	Meta estadual (MG, 2018): Maior ou igual a 78%. 1. Igual/maior que a meta estadual. 2. Menor que a meta estadual.
	Taxa de Mortalidade Prematura por DCNT	2018	SES/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 20/05/2021.	Nº de óbitos (30 a 69 anos) por DCNT registrados em códigos específicos / População residente (30 a 69 anos), em um ano e local específico x 100.000.	Taxa estadual (MG, 2018): 146,3. 1. Igual/abaixo da taxa estadual. 2. Acima da taxa estadual.
	Proporção de OCE em Menores de Cinco Anos de Idade	2018	SES/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 20/05/2021.	Proporção entre o nº de óbitos de crianças de 0 a 4 anos do Grupo 1 e o nº de óbitos de crianças de 0 a 4 anos em um mesmo local e período.	Meta estadual (MG, 2018): 61,30%. 1. Igual/abaixo da meta estadual. 2. Acima da meta estadual.
	Prevalência de Desnutrição em Menores de 2 Anos de Idade	2018	SES/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 23/05/2021.	Nº de crianças de até 2 anos com desnutrição acompanhadas pelo SISVAN / nº total de crianças de até 2 anos acompanhadas no SISVAN x 100.	Meta estadual (MG, 2018): 4,82%. 1. Igual/abaixo da meta estadual. 2. Acima da meta estadual.
	Percentual de Homogeneidade Vacinal	2018	SES/MG. <a href="https://www.saude.mg.gov.br">https://www.saude.mg.gov.br</a> Acesso em 25/05/2021.	Nº de vacinas relacionadas que atingiram a meta preconizada / nº de vacinas relacionadas x 100.	Meta estadual (MG, 2018): 70%. 1. Igual/acima da meta estadual. 2. Abaixo da meta estadual.

Fonte: elaboração própria.

AtlasBR: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil; DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; e-Gestor AB: Plataforma de Informação e Gestão da Atenção Básica; ESF: Estratégia Saúde da Família; Grupo 1: Grupo 1 da Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenção do SUS; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; OCE: Óbitos por Causas Evitáveis; PDR/MG: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais; SES/MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Sisvan: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SUS: Sistema Único de Saúde.

A variável Tipologia Rural-Urbano se refere à classificação geográfica dos municípios em cinco tipologias: Urbano, Intermediário Adjacente, Intermediário Remoto, Rural Adjacente e Rural Remoto, com base na metodologia desenvolvida pelo IBGE<sup>14</sup>, que considera três critérios: população em áreas de ocupação densa; proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total; e localização. Os municípios das tipologias Intermediário Adjacente e Intermediário Remoto foram agrupados em uma única tipologia, denominada Intermediário. Por sua vez, os municípios das tipologias Rural Remoto e Rural Adjacente foram agrupados na tipologia Rural.

A variável Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi acessada no Portal da Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Sala de Situação Municipal, e referiram-se ao ano de 2018 (*quadro 1*). Conforme metodologia adotada pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica da SES/MG, para os municípios com população maior ou igual a 100.000 habitantes, foi adotada a TMI, enquanto que para os demais municípios foi utilizado o número absoluto.

Para análise dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package For The Social Sciences (SPSS)<sup>\*</sup>, Versão 23. Foram conduzidas as seguintes análises estatísticas: (1) Prevalência dos indicadores segundo classificação geográfica e teste Qui-quadrado para verificar a ocorrência de associações significativas; (2) Razão de Prevalência por meio da Regressão de Poisson para estimar a magnitude das associações e (3) Teste de Kruskal-Wallis para comparar os indicadores por tipologia do município. Para realização dos testes Qui-quadrado e

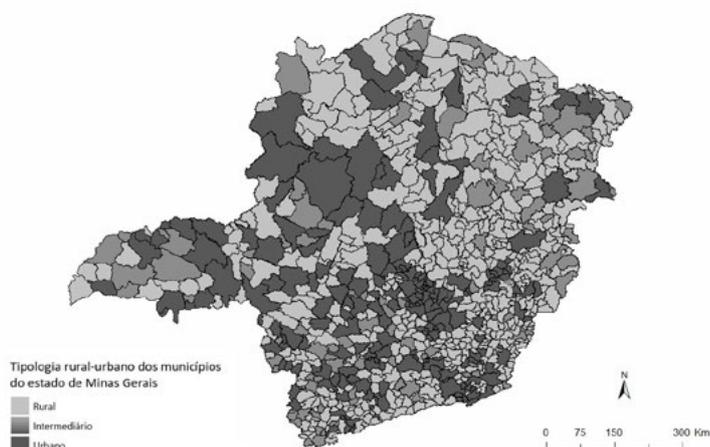
Regressão de Poisson, as variáveis foram categorizadas (*quadro 1*).

O presente estudo seguiu as diretrizes e normas das Resoluções nº 466/2012<sup>19</sup> e nº 510/2016<sup>20</sup> do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam os aspectos éticos e legais das pesquisas científicas no Brasil. Por se tratar de pesquisa envolvendo apenas dados de acesso público, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, o presente estudo não apresentou em seu desenho a participação direta de seres humanos e, portanto, não houve a obrigatoriedade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação e análise.

## Resultados

Dos 853 municípios do estado de Minas Gerais, 547 (64,12%) são classificados como rurais, 201 (23,56%) como urbanos e 105 (12,30%) como intermediários, conforme a tipologia rural-urbano. As maiores proporções de municípios classificados na tipologia urbano ocorreram nas macrorregiões de saúde Centro (44,55%), Triângulo do Sul (37,03%) e Triângulo do Norte (33,33%). As macrorregiões de saúde Leste (88,23%), Leste do Sul (84,90%) e Jequitinhonha (83,87%) apresentaram as maiores proporções de municípios classificados na tipologia Rural. Por fim, as macrorregiões Triângulo do Norte (29,62%), Nordeste (26,31%) e Noroeste (18,18%) apresentaram o maior número de municípios classificados como intermediários. A *figura 1* apresenta a distribuição espacial das tipologias rural-urbano nos municípios do estado de Minas Gerais.

Figura 1. Tipologia rural-urbano dos municípios do estado de Minas Gerais



Fonte: elaboração própria.

A análise considerando os indicadores sociais na sua natureza numérica, constatou uma maior média de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) entre os municípios urbanos (0,72) e uma menor média do Índice de Gini entre os municípios intermediários e rurais (0,47). Por sua vez, a análise dos indicadores de saúde indicou que os municípios rurais

tiveram maiores médias de Cobertura de ESF (98,34%) e Homogeneidade Vacinal (63,92%), e menores médias da TMI (0,98), Óbitos por Causas Evitáveis (35,24%) e Prevalência de Desnutrição (4,35%). Uma menor média de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP (39,24) foi observada entre os municípios urbanos (*tabela 1*).

Tabela 1. Medidas descritivas dos indicadores sociais e de saúde segundo a tipologia rural-urbano. Minas Gerais, Brasil, 2020

Variável	Tipologia	Média	d.p	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p*
<b>Indicadores sociais</b>							
IDH-M	Urbano <sup>a</sup>	0,72	0,04	0,72	0,62	0,81	0,000
	Intermediário <sup>b</sup>	0,68	0,04	0,68	0,58	0,75	
	Rural <sup>c</sup>	0,65	0,04	0,65	0,53	0,75	
	Total	0,67	0,05	0,67	0,53	0,81	
Índice de Gini	Urbano <sup>a</sup>	0,48	0,05	0,48	0,35	0,68	0,048
	Intermediário <sup>a,b</sup>	0,47	0,06	0,47	0,34	0,68	
	Rural <sup>b</sup>	0,47	0,05	0,47	0,32	0,78	
	Total	0,47	0,05	0,47	0,32	0,78	
<b>Indicadores de saúde</b>							
Cobertura de ESF (%)	Urbano <sup>a</sup>	84,67	17,53	91,26	30,21	100,00	0,000
	Intermediário <sup>b</sup>	93,72	13,23	100,00	40,93	100,00	
	Rural <sup>c</sup>	98,34	6,36	100,00	43,75	100,00	
	Total	94,55	12,32	100,00	30,21	100,00	

Tabela 1. Medidas descritivas dos indicadores sociais e de saúde segundo a tipologia rural-urbano. Minas Gerais, Brasil, 2020

Variável	Tipologia	Média	d.p	Mediana	Mínimo	Máximo	Valor-p*
Taxa de Mortalidade Infantil	Urbano <sup>a</sup>	6,06	6,54	4,00	0,00	65,00	0,000
	Intermediário <sup>b</sup>	1,92	1,62	2,00	0,00	7,00	
	Rural <sup>c</sup>	0,98	1,27	1,00	0,00	10,00	
	Total	2,29	3,98	1,00	0,00	65,00	
ICSAP (%)	Urbano <sup>a</sup>	39,24	7,82	39,27	21,50	72,35	0,002
	Intermediário <sup>a,b</sup>	41,40	10,33	40,66	9,34	82,06	
	Rural <sup>b</sup>	42,81	12,08	41,43	12,24	85,33	
	Total	41,80	11,10	40,76	9,34	85,33	
Proporção de Nascidos Vivos (%)	Urbano	77,33	8,74	78,04	38,89	96,67	0,649
	Intermediário	78,25	8,71	79,57	49,06	97,06	
	Rural	77,41	10,73	78,33	37,29	100,00	
	Total	77,49	10,05	78,57	37,29	100,00	
Taxa de Mortalidade Prematura	Urbano	317,02	99,30	299,40	31,20	948,70	0,185
	Intermediário	318,09	90,99	302,10	134,60	649,40	
	Rural	305,26	124,51	292,80	0,00	855,50	
	Total	309,61	115,30	297,10	0,00	948,70	
Óbitos por Causas Evitáveis (%)	Urbano <sup>a</sup>	56,75	31,46	60,00	0,00	100,00	0,000
	Intermediário <sup>a</sup>	49,23	39,92	50,00	0,00	100,00	
	Rural <sup>b</sup>	35,24	42,89	0,00	0,00	100,00	
	Total	42,03	41,15	50,00	0,00	100,00	
Prevalência de Desnutrição (%)	Urbano <sup>a</sup>	5,08	3,40	4,32	0,000	22,14	0,004
	Intermediário <sup>a,b</sup>	4,84	3,96	4,09	0,81	33,33	
	Rural <sup>b</sup>	4,35	3,15	3,74	0,00	19,64	
	Total	4,58	3,33	3,88	0,00	33,33	
Homogeneidade Vacinal (%)	Urbano <sup>a</sup>	44,19	34,35	35,29	0,00	100,00	0,000
	Intermediário <sup>b</sup>	54,73	28,72	52,94	0,00	100,00	
	Rural <sup>c</sup>	63,92	29,59	76,47	0,00	100,00	
	Total	58,14	31,74	70,59	0,00	100,00	

Fonte: elaboração própria.

\*Teste Kruskal-Wallis; d.p: desvio-padrão;

<sup>a,b,c</sup> letras diferentes correspondem à diferença significativa e letras iguais à diferença não significativa.

Quanto aos indicadores sociais, categoricamente trabalhados, destaca-se que 822 (96,40%) são municípios de pequeno/médio porte e um total de 771 municípios (90,4%) apresentam IDH-M abaixo do índice estadual (0,731). Em relação aos indicadores de saúde, verificou-se maior proporção de municípios rurais com Cobertura de ESF acima da cobertura estadual (527=96,3%); maior proporção de municípios intermediários (105=100%) e rurais (547=100%) com Taxa de Mortalidade

Infantil igual/abaixo da taxa estadual; maior proporção de municípios urbanos (117=58,2%) com ICSAP igual/abaixo do estadual; 799 municípios (93,7%) com uma Taxa de Mortalidade Prematura acima da taxa estadual; maior proporção de municípios rurais (379=69,3%) com Óbitos por Causas Evitáveis igual/abaixo da meta estadual; e maior proporção de municípios rurais (327=59,8%) com Homogeneidade Vacinal igual/acima da meta estadual (tabela 2).

Tabela 2. Indicadores sociais e de saúde dos municípios segundo a tipologia rural-urbano. Minas Gerais, Brasil, 2020

Variável	Tipologia				Valor-p*
	Urbano n(%)	Intermediário n(%)	Rural n(%)	Total n(%)	
<b>Indicadores sociais</b>					
<b>População</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Grande porte	31 (15,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	31 (3,60)	
Médio/pequeno porte	170 (84,60)	105 (100,00)	547 (100,00)	822 (96,40)	
<b>IDH-M</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Igual/acima do índice estadual	73 (36,30)	3 (2,90)	6 (1,10)	82 (9,60)	
Abaixo do índice estadual	128 (63,70)	102 (97,10)	541 (98,90)	771 (90,40)	
<b>Índice de Gini</b>					<b>0,623</b>
Igual/abaixo do índice estadual	189 (94,00)	99 (94,30)	523 (95,60)	811 (95,10)	
Acima do índice estadual	12 (6,00)	6 (5,70)	24 (4,40)	42 (4,90)	
<b>Indicadores de saúde</b>					
<b>Cobertura de ESF</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Acima da cobertura estadual	131 (65,20)	92 (87,60)	527 (96,30)	750 (87,90)	
Abaixo da cobertura estadual	70 (34,80)	13 (12,40)	20 (3,70)	103 (12,10)	
<b>Taxa de Mortalidade Infantil</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Igual/abaixo da taxa estadual	165 (82,10)	105 (100,00)	547 (100,00)	817 (95,80)	
Acima da taxa estadual	36 (17,90)	0 (0,00)	0 (0,00)	36 (4,20)	
<b>ICSAP</b>					<b>0,019</b>
Igual/abaixo do ICSAP estadual	117 (58,20)	52 (49,50)	255 (46,60)	424 (49,70)	
Acima do ICSAP estadual	84 (41,80)	53 (50,50)	292 (53,40)	429 (50,30)	
<b>Proporção de Nascidos Vivos</b>					<b>0,319</b>
Igual/maior que a meta estadual	101 (50,20)	62 (59,00)	284 (51,90)	447 (52,40)	
Menor que a meta estadual	100 (49,80)	43 (41,00)	263 (48,10)	406 (47,60)	
<b>Taxa de Mortalidade Prematura</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Igual/abaixo da taxa estadual	4 (2,00)	1 (1,00)	49 (9,00)	54 (6,30)	
Acima da taxa estadual	197 (98,00)	104 (99,00)	498 (91,00)	799 (93,70)	
<b>Óbitos por Causas Evitáveis</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Igual/abaixo da meta estadual	108 (53,70)	62 (59,00)	379 (69,30)	549 (64,40)	
Acima da meta estadual	93 (46,30)	43 (41,00)	168 (30,70)	304 (35,60)	
<b>Prevalência de Desnutrição</b>					<b>0,140</b>
Igual/abaixo da meta estadual	120 (59,70)	65 (61,90)	367 (67,10)	552 (64,70)	
Acima da meta estadual	81 (40,30)	40 (38,10)	180 (32,90)	301 (35,30)	
<b>Homogeneidade Vacinal</b>					<b>&lt; 0,001</b>
Igual/acima da meta estadual	65 (32,30)	42 (40,00)	327 (59,80)	434 (50,90)	
Abaixo da meta estadual	136 (67,70)	63 (60,00)	220 (40,20)	419 (49,10)	
<b>Total</b>	<b>201 (100,00)</b>	<b>105 (100,00)</b>	<b>547 (100,00)</b>	<b>853 (100,00)</b>	

Fonte: elaboração própria.

\*Teste Qui-quadrado.

Avaliando a Razão de Prevalência (RP), verificou-se que um IDH-M abaixo do índice estadual foi mais prevalente entre os municípios intermediários e rurais. Nesses municípios, também foi identificada uma menor prevalência de Cobertura de ESF abaixo da estadual. Municípios de tipologia rural apresentaram prevalência de ICSAP acima do estadual. Por

sua vez, uma Taxa de Mortalidade Prematura acima da taxa estadual está menos prevalente entre os municípios rurais; Óbitos por Causas Evitáveis e Prevalência de Desnutrição acima da meta estadual estão menos prevalentes entre os municípios rurais; uma Homogeneidade Vacinal abaixo da meta estadual está menos prevalente entre os municípios rurais (*tabela 3*).

Tabela 3. Razão de prevalência dos indicadores sociais e de saúde segundo a tipologia rural-urbano. Minas Gerais, Brasil, 2020

Variável	Tipologia	RPbruta (IC95%)
<b>Indicadores sociais</b>		
IDH-M abaixo do estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	1,20 (1,15 - 1,26)
	Rural	1,22 (1,17 - 1,27)
Índice de Gini abaixo do estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	1,00 (0,95 - 1,05)
	Rural	0,99 (0,95 - 1,05)
<b>Indicadores de saúde</b>		
Cobertura de ESF abaixo da cobertura estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	0,83 (0,77 - 0,90)
	Rural	0,77 (0,73 - 0,81)
ICSAP acima da proporção estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	1,06 (0,98 - 1,15)
	Rural	1,08 (1,02 - 1,14)
Proporção de Nascidos Vivos menor que a meta estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	0,94 (0,87 - 1,02)
	Rural	0,99 (0,94 - 1,04)
Taxa de Mortalidade Prematura acima da taxa estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	1,00 (0,99 - 1,02)
	Rural	0,97 (0,95 - 0,98)
Óbitos por Causas Evitáveis acima da meta estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	0,96 (0,89 - 1,05)
	Rural	0,89 (0,85 - 0,95)
Prevalência de Desnutrição acima da meta estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	0,98 (0,91 - 1,07)
	Rural	0,95 (0,90 - 1,00)
Homogeneidade Vacinal abaixo da meta estadual	Urbano	1,00
	Intermediário	0,95 (0,89 - 1,02)
	Rural	0,84 (0,80 - 0,88)

Fonte: elaboração própria.

RPbruta: Razão de Prevalência Bruta; IC: Intervalo de Confiança.

Nota: não foi possível ajustar modelos múltiplos para os indicadores avaliados, pois alguns desses possuem categorias com n muito baixo.

## Discussão

O estado de Minas Gerais apresenta uma maior prevalência de municípios de contexto rural, a partir da metodologia de classificação de municípios por tipologia rural-urbano do IBGE. Isso difere da avaliação que considera a população residente por situação do domicílio, que aponta uma população do estado vivendo predominantemente em áreas urbanas<sup>16</sup>. Nesse contexto, a literatura aponta que a concentração de domicílios em áreas urbanas é um reflexo do processo de urbanização, ocupação dos territórios e da dinâmica populacional, em que as cidades e regiões mais prósperas tendem a concentrar mais população<sup>21</sup>.

Por outro lado, apesar de ser o segundo estado mais populoso do Brasil, atrás apenas do estado de São Paulo, Minas Gerais caracteriza-se por possuir baixa densidade demográfica, extensa área da unidade territorial (586.521,123 Km<sup>2</sup>) e o maior número de municípios entre os estados brasileiros (853), sendo que a maioria deles são municípios pequenos<sup>16</sup>. Notadamente, 96,5% dos municípios mineiros possuem até 100 mil habitantes. Quando se avalia o quantitativo de municípios com população de até 20 mil habitantes, o percentual chega a 79%<sup>22</sup>. Em tais municípios, geralmente caracterizados por possuírem baixa densidade demográfica e extensas áreas rurais, mas bastante distintos entre si, encontra-se o maior desafio em reconhecer claramente os limites entre o urbano e o rural. Essa constatação enfatiza a necessidade da realização de futuros estudos para investigar o contexto social, econômico e cultural dos municípios pequenos<sup>22</sup>.

Quando se refere ao desenvolvimento econômico e social, Minas Gerais apresenta grandes disparidades regionais. As mesorregiões Norte e Nordeste concentram a maior parte dos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), enquanto que as mesorregiões Sul, Triângulo e Alto Paranaíba apresentam prevalência de municípios com IDH alto<sup>23</sup>. A maior média de IDH-M entre os municípios urbanos e uma

maior prevalência de IDH-M abaixo do índice estadual entre os municípios intermediários e rurais de Minas Gerais reflete uma realidade em que, geralmente, os municípios urbanos apresentam maior desenvolvimento humano quando comparados aos rurais. A literatura<sup>24,26</sup> aponta que, no Brasil, o padrão de desigualdade econômica e social que prevalece nos territórios rurais determinam as condições de vida e de saúde das pessoas nestes territórios. As famílias que se encontram nas faixas de renda mais baixas residem predominantemente nos municípios rurais, onde também são encontradas as maiores taxas de analfabetismo em pessoas com 15 anos ou mais e o maior quantitativo de domicílios desprovidos de saneamento básico<sup>27</sup>. Entre os municípios brasileiros com alto percentual de população rural, estão aqueles que apresentam os piores IDH-M, índices influenciados principalmente pelas dimensões renda e educação<sup>28</sup>.

Com relação a Cobertura de ESF, Minas Gerais apresenta altas taxas de cobertura em todas as regiões, com destaque para uma maior média de cobertura entre os municípios rurais e uma menor prevalência de cobertura abaixo da cobertura estadual nos municípios intermediários e rurais. A maior inserção da ESF nos municípios rurais e intermediários está relacionada com a política do Ministério da Saúde de induzir a expansão da ESF nas regiões mais carentes<sup>29</sup>. Elevadas coberturas de ESF estão relacionadas a uma menor desigualdade no acesso aos serviços de saúde de populações que historicamente se apresentam em uma situação de maior vulnerabilização, baixa renda e menor cobertura de planos de saúde<sup>11,29</sup>.

Estudo realizado por Andrade et al.<sup>29</sup> evidenciou que, em Minas Gerais, há uma disparidade regional da cobertura de ESF, com menor inserção da estratégia nas áreas mais desenvolvidas socioeconomicamente. Sobre a visitação dos domicílios por equipes da ESF, o estudo apontou que regiões mais pobres possuem taxas de visitação maiores, com destaque para a região Norte, onde 93,16% dos domicílios

foram visitados no período avaliado. Além disso, foi apontado que domicílios de famílias com menor poder aquisitivo são mais visitados, indicando uma cobertura mais focalizada nos domicílios com renda mais baixa<sup>29</sup>. Uma dimensão importante da ampliação da cobertura da ESF no Brasil é a priorização das famílias mais vulneráveis, visando ampliação do acesso, inclusão dos mais carentes e redução de iniquidades em saúde<sup>11</sup>. As disparidades regionais são atribuídas às diversidades dos processos de gestão local entre os municípios e estados. Mesmo com forte indução pelo Ministério da Saúde e estados, os processos organizacionais são muito variados, o que resulta em grandes diferenças na implantação local da ESF. As diferenças nas coberturas de ESF entre municípios e regiões é um reflexo do processo de municipalização da saúde<sup>11</sup>.

A literatura aponta que países cujos sistemas de saúde são orientados pelo modelo de APS apresentam melhores indicadores, incluindo menores taxas de mortalidade infantil, menor mortalidade precoce por causas evitáveis e maior expectativa de vida<sup>11</sup>. Todavia, no Brasil, há grande disparidade quanto ao acesso aos serviços de saúde quando se compara áreas urbanas e rurais, de modo que a desigualdade de acesso é elevada e maior nas áreas rurais<sup>4</sup>, estabelecendo uma realidade em que há um pior desempenho assistencial nas áreas rurais<sup>12</sup>.

No entanto, foi identificado no presente estudo que, além de possuírem melhores coberturas de ESF, os municípios rurais apresentaram melhores resultados para os indicadores de mortalidade infantil, prematura e por causas evitáveis, homogeneidade vacinal e prevalência de desnutrição em menores de dois anos. Os municípios urbanos, por sua vez, apresentaram os melhores resultados de ICSAP e de proporção de consultas de pré-natal.

Avalia-se que esse fato possa estar relacionado às maiores coberturas de ESF nos municípios rurais, bem como às dificuldades impostas à expansão da ESF nos municípios de maior porte. A literatura<sup>30</sup> aponta que os

subsídios federais para financiamento da APS são mais eficazes nos municípios menores, que dependem mais de recursos federais do que os municípios maiores. De fato, municípios pequenos, com baixos níveis de desenvolvimento humano<sup>28</sup> e quase sempre de contextos rurais, no geral, possuem pouca autonomia financeira<sup>31</sup> e são altamente dependentes das transferências de recursos dos outros entes federativos (estados e União) para realização das ações de saúde<sup>32</sup>.

Evidências apontam que a mortalidade em geral está relacionada a fatores socioeconômicos e assistenciais<sup>33-37</sup>. No Brasil, o declínio das tendências de mortalidade está relacionado à ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também é atribuído à melhoria das condições gerais de vida, redução das desigualdades e investimentos em programas sociais de distribuição de renda<sup>37,38</sup>.

Dessa forma, as desigualdades socioeconômicas e uso dos serviços de saúde exercem influência direta na mortalidade. O pior desempenho dos municípios urbanos em relação aos indicadores de mortalidade avaliados (TMI, mortalidade e por causas evitáveis) pode estar relacionado com o grande quantitativo de pessoas vivendo em precárias condições em aglomerados urbanos, à inexistência ou insuficiência de serviços de saúde nessas localidades e a dificuldade de acesso à rede de serviços por parte da população residente<sup>33,39,40</sup>.

Municípios com coberturas de ESF adequadas e com maior inserção dessa estratégia na comunidade podem dispor de melhores condições para acompanhamento das famílias na APS<sup>11,29</sup>. Ações de planejamento familiar e acompanhamento no pré-natal tem potencial para reduzir a mortalidade infantil e materna. Ações de promoção da saúde possibilitam a mudança de hábitos de vida interferindo no surgimento de condições crônicas<sup>3</sup>. Por sua vez, o monitoramento e o manejo adequado das condições crônicas podem reduzir mortes prematuras e por causas evitáveis<sup>11,29</sup>.

No Brasil, apesar das adequadas coberturas vacinais nos âmbitos nacional e estadual, a

vacinação historicamente ainda não alcança toda a população-alvo. Nos municípios, as coberturas são heterogêneas, menores nos grupos socioeconômicos mais altos, assim como nos mais baixos. No nível individual, as baixas coberturas estão relacionadas ao nível de conhecimento, atitudes e práticas sobre as ações de vacinação<sup>41,42</sup>. No âmbito municipal, as baixas coberturas também podem estar relacionadas à articulação dos serviços municipais nas ações de imunização, de forma que vários fatores podem estar envolvidos, como a oferta dos imunobiológicos, o acesso da população aos mesmos, a identificação de áreas prioritárias, a estratégia de imunização adotada, entre outros<sup>41,42</sup>. No Brasil, devido à grande extensão territorial e a variabilidade das coberturas vacinais entre as regiões, avalia-se também a homogeneidade de cobertura entre as vacinas. Essa medida permite estimar a proporção dos imunobiológicos cujas metas de coberturas foram alcançadas nos municípios ou mesmo nos estados em um período de tempo<sup>41</sup>.

Minas Gerais, tem o complexo desafio de atingir coberturas vacinais desejáveis e homogêneas em todos os seus 853 municípios e, historicamente, tem alcançado a meta mínima de cobertura vacinal para a população de crianças e de idosos<sup>42</sup>. No estado, a variação de cobertura vacinal nos municípios está associada à cobertura de ESF e ao porte populacional<sup>42</sup>. Porte populacional e coberturas vacinais apresentam associação inversa, sendo que municípios de maiores portes populacionais geralmente apresentam menores coberturas vacinais<sup>41</sup>.

Estudo realizado por Souza et al.<sup>43</sup> apontou que a desnutrição está presente em todas as regiões do Brasil, com mais ênfase em duas áreas de fome (regiões Norte e Nordeste) e em três áreas de subnutrição (regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste). Ao comparar pesquisas de abrangência nacional das décadas de 1970, 1980 e 1990, foi observado o declínio da desnutrição no país, com destaque para a redução de aproximadamente 72% do déficit de estatura em crianças. As maiores variações foram

verificadas nas zonas urbanas em relação às rurais, o que caracteriza a desnutrição como resultado das desigualdades socioeconômicas do Brasil<sup>43</sup>.

Em relação à prevalência de desnutrição em menores de 2 anos de idade, em Minas Gerais, verificou-se uma menor prevalência de municípios rurais no grupo dos municípios que apresentaram um indicador acima da meta estadual. Em outras palavras, considerando a meta estabelecida pela SES/MG de prevalência de desnutrição em menores de 2 anos de idade, que é de menos de 4,82%, a maior parte dos municípios que tiveram um resultado acima da meta estadual é composta por urbanos e intermediários. Esse resultado pode estar relacionado com uma maior cobertura de ESF<sup>44</sup>, bem como com a melhoria das condições de vida nos municípios rurais, redução das desigualdades e investimentos em programas sociais de distribuição de renda<sup>43</sup>, mas necessita ser melhor investigado oportunamente.

ICSAP maiores em municípios rurais podem estar relacionados a pouca inserção da ESF em algumas localidades e a oferta ineficiente de exames e consultas por especialistas, o que compromete o acompanhamento das condições crônicas<sup>45</sup>. As grandes distâncias até os centros regionais mais próximos, aliadas à existência de vias sem pavimentação asfáltica, de barreiras geográficas e a inexistência de transporte público, também são fatores concorrentes que podem dificultar o acesso dos pacientes a exames e consultas especializadas<sup>12,46</sup>.

A literatura científica aponta que as diferenças nas taxas de hospitalização por ICSAP nas localidades urbanas e rurais podem ser atribuídas a diferenças no acesso ao atendimento ambulatorial oportuno e também às decisões tomadas no momento da admissão. Pacientes de áreas rurais que apresentam condições clínicas que não justificam internação hospitalar podem ser internados por precaução. Após o paciente ter percorrido grandes distâncias, e diante da incerteza de que o mesmo terá acesso a tratamento de saúde em outro ponto

de atenção da rede, alguns médicos adotam a postura de internar esses pacientes com condições que poderiam ser manejadas e tratadas na APS<sup>46</sup>.

Por sua vez, municípios maiores e com melhores indicadores socioeconômicos possuem um maior parque assistencial em saúde, como maior oferta de serviços de saúde, profissionais e de exames, tanto no setor público como privado, além de possuírem maior porcentagem de pessoas com planos de saúde privados. Áreas urbanas, historicamente, apresentam maior e melhor oferta de serviços de saúde<sup>4</sup>. Esses fatores em conjunto podem influenciar o ICSAP, já que as pessoas terão melhores condições de manejar e tratar condições clínicas consideradas de abordagem da APS na própria ESF ou em outros serviços ambulatoriais<sup>12,45,46</sup>. Esse mesmo contexto pode influenciar as taxas de pré-natal, estabelecendo melhores indicadores de pré-natal nos municípios urbanos<sup>47</sup>.

Também podem ser considerados para fins de avaliação desses resultados, a melhoria das condições gerais de vida da população<sup>33</sup>, como condições econômicas, sociais, redução da desigualdade e investimento em programas sociais de distribuição de renda<sup>37,38,43</sup>. Dessa forma, avalia-se que são necessários estudos mais abrangentes para elucidar aspectos do acesso aos serviços de saúde e das condições de vida da população não contemplados neste estudo.

Recomendações aos gestores de saúde das três esferas governamentais: fomento à consolidação da ESF em contextos desfavoráveis, como localidades rurais remotas e aglomerados urbanos; implementação de ações com vistas à integração entre APS e Vigilância em Saúde; o fortalecimento da APS visando a oferta de serviços resolutivos (profissionais capacitados e oferta de exames e procedimentos nas UBS); o financiamento de equipes de ESF multiprofissionais com o objetivo de possuir maior resolutividade; articulação da rede de serviços para garantir acesso aos outros níveis de atenção nos casos que extrapolam a capacidade

de manejo e resolução da APS, com destaque para a Atenção Ambulatorial Especializada e; o estabelecimento de ações intersetoriais nas questões que extrapolam o setor da saúde mas que impactam nas condições de vida e saúde da população.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com cautela, dadas as limitações próprias do delineamento adotado. A principal limitação dos estudos ecológicos é a impossibilidade de relacionar exposição e desfecho no nível individual (falácia ecológica). Por sua vez, os estudos transversais descrevem apenas associações entre variáveis, sem possibilidade de estabelecer causalidade. Também devem ser citadas as limitações inerentes às bases de dados secundários consultadas, que dependem da alimentação, completude e atualização garantidas pelos órgãos de origem. Contudo, apesar de tais limitações, o tema pesquisado é muito relevante para a saúde pública e apresenta informações úteis a gestores e pesquisadores sobre a assistência à saúde nos diferentes contextos municipais, identificados dentro das tipologias propostas pelo IBGE.

## Colaboradores

Pereira JA (0000-0003-0980-4454)\*, Damasceno RF (0000-0002-9525-8527)\*, Vieira MRM (0000-0001-5185-5381)\* e Haikal DS (0000-0002-0331-0747)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito com as seguintes atividades: concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. De Paula AMB (0000-0002-8715-0030)\*, Pinto RS (0000-0002-6169-7708)\* e Leal DL (0000-0003-4817-9006)\* contribuíram para a elaboração do manuscrito com a seguinte atividade: aprovação da versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Educação: contraste entre o meio urbano e o rural no Brasil. Bolet. Reg. Urb. Amb. 2019 [acesso em 2021 mar 9]; 21:63-74. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9661/1/BRUA21\\_Ensaio5.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9661/1/BRUA21_Ensaio5.pdf).
2. Barbosa ALNH, Menezes TA, Andrade BC. Demandas por produtos alimentares nas áreas rurais e urbanas do Brasil. Pesqui. Planej. Econ. 2014; 44(3):507-43.
3. Martins-Silva T, Vaz JS, Loret de Mola C, et al. Prevalence of obesity in rural and urban areas in Brazil: National Health Survey, 2013. Rev Bras Epidemiol. 2019; 22:E190049.
4. 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.
5. Soares AN, Silva TL, Franco AAAM, et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. Physis. 2020; 30(3):e300332.
6. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377:1778-97.
7. Damasceno RF, Caldeira AP. Fatores associados à não utilização da Teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 24(8):3089-98.
8. Almeida PF. Primary health care in Brazil and the 40 years of Alma-Ata: acknowledging the challenges in order to move forward. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(8):e00136118.
9. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, et al. The future of Primary Health Care in Brazil. Saúde debate. 2018; 24(1):15-17.
10. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. Saúde debate. 2014; 38(esp):34-51.
11. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(2):327-38.
12. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? Saúde debate. 2018; 42(supl1):302-14.
13. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of Primary Health Care in Brazil: advances, challenges and perspectives. Saúde debate. 2018; 42(supl1):208-23.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. [acesso em 2021 jan 4]. Disponível em: [https://www.ibge.gov.br/apps/rural\\_urbano/](https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/).
15. Merchán-Hamman E, Tauil PL. Proposal for classifying the different types of descriptive epidemiological studies. Epidemiol. Serv. Saúde. 2021; 30(1):e2018126.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Minas Gerais. 2020. [acesso em 2021 jan 2]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brazil/mg/panorama>.
17. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Ajuste do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: SES/MG; 2020. [acesso em 2021 jan 2]. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/1\\_noticias/06\\_2023/2-jul-ago-set/regionalizacao/1-PDR%202020.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/06_2023/2-jul-ago-set/regionalizacao/1-PDR%202020.pdf).
18. Cardoso DF, Ribeiro LCS. Índice relativo de qualidade de vida para os municípios de Minas Gerais. Planej. polít. públicas. 2015; 4:347-75.

19. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 Jun 2013. Seção I:59.
20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União. 24 Maio 2016. Seção I:44.
21. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2016; 25(4):767-76.
22. Nogueira M. As pequenas cidades de Minas Gerais: uma tipologia. Geoinf. 2016; 8(2):38-57.
23. Gomes FBFF, Lana FCF, Oliveira RC, et al. Indicators of leprosy in the state of Minas Gerais and its relationship with the Municipal Human Development Index and the coverage of the Family Health Strategy. Rev Min Enferm. 2017; 21:e-1063.
24. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. Rev. Econ. Sociol. Rural. 2005; 43(1):29-44.
25. Beheregaray LR, Gerhardt TE. A Integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. Saúde Soc. 2010; 19(1):201-12.
26. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(10):2490-502.
27. Sarmiento RA, Moraes RM, Viana RTP, et al. Determinantes socioambientais e saúde: O Brasil rural versus o Brasil urbano. Tempus, actas de saúde colet. 2015; 9(2):221-35.
28. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2017 [acesso em 2021 fev 18]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>.
29. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(6):1175-87.
30. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet. 2019; 394:345-56.
31. Caetano CCR, Ávila LAC, Tavares M. Relation between the government transfers, own tax collection and education index of the municipalities of the state of Minas Gerais. Rev. adm. pública (Online). 2017; 51(5):897-916.
32. Massardi WO, Abrantes LA. Dependência dos municípios de Minas Gerais em relação ao FPM. Revista de Gestão, Finanças e Contabilidade. 2016; 6(1):173-87.
33. Soares RAS, Moraes RM, Vianna RPT. Mortalidade infantil no contexto da ruralidade brasileira: uma proposta para a superação da invisibilidade epidemiológica e demográfica. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(8):e00068718.
34. Silva VA, Moura FR, Esperidião F, et al. Desigualdades socioeconômicas: uma análise sobre os determinantes da taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros. Rev Bras. Estud. Reg. Urb. 2019; 13(1):73-97.
35. Kropiwiec MV, Franco SC, Amaral AR. Factors associated with infant mortality in a Brazilian city with high Human Development Index. Rev. paul. pedia-tr. 2017; 35(04):391-98.
36. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, et al. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. Rev. bras. epidemiol. 2019; 22:E190030.
37. Malta DC, Saltarelli RMF, Prado RR, et al. Preventable deaths within Brazil's Public Health System in a

- population from 5 to 69 years old, 2000 – 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2018; 21:e180008.
38. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet.* 2011; 377:1863-76.
39. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(11):2353-66.
40. Almeida LS, Cota ALS, Rodrigues DF. Sanitation, Arboviruses, and Environmental Determinants of Disease: impacts on urban health. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(10):3857-68.
41. Braz RM, Domingues CMAS, Teixeira MAS, et al. Classification of transmission risk of vaccinepreventable diseases based on vaccination indicators in Brazilian municipalities. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25(4):745-54.
42. Gontijo TL, Oliveira VC, Almeida NA, et al. Análise da cobertura vacinal contra influenza no estado de Minas Gerais. *Cienc. Enfermería.* 2017; 23(3):69-75.
43. Souza NP, Lira PIC, Fontbonne A, et al. (Mal)nutrition and the new epidemiological trend in a context of development and inequalities. *Ciênc. saúde coletiva.* 2017; 22(7):2257-66.
44. Mourão E, Gallo CO, Nascimento FA, et al. Temporal trend of Food and Nutrition Surveillance System coverage among children under 5 in the Northern Region of Brazil, 2008-2017. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020; 29(2):e2019377.
45. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):18-37.
46. Smith MW, Owens PL, Andrews RM, et al. Differences in severity at admission for heart failure between rural and urban patients: the value of adding laboratory results to administrative data. *BMC Health Services Research.* 2016; 16:133.
47. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019; 24(3):1223-32.

---

Recebido em 25/03/2023

Aprovado em 10/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

## Determinantes Sociais da Saúde dentro e fora de casa: captura de uma nova abordagem

*The Social Determinants of Health inside and outside the household: capturing a new approach*

Kelen Gomes Ribeiro<sup>1</sup>, Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>1,2</sup>, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto<sup>1,2</sup>, Sheila Pires Raquel<sup>3</sup>, Toa Leonor Munoz<sup>1</sup>, Cardoza Santos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408590P

**RESUMO** Este artigo teve como objetivo compreender os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), em área periférica de uma capital brasileira, sob a perspectiva de atores sociais e políticos da região. Baseou-se na abordagem qualitativa, com 45 participantes, entre trabalhadores do setor saúde; de sede administrativa regional; vereadores, líderes religiosos e representantes de entidades organizadas do Grande Bom Jardim, Fortaleza (CE). Utilizou-se de análise documental, de grupo focal e de entrevista semiestruturada. Realizou-se análise de conteúdo, englobando as categorias dos DSS e os temas gerais 'dentro e fora de casa', analisados com base nas representações sociais. As mudanças positivas se evidenciaram no tema 'dentro das casas' dos moradores: alimentação, melhorias advindas de benefícios da política de assistência social, aumento do abastecimento de água e de energia elétrica. No tema 'fora das casas', a influência negativa na saúde destacou-se com baixo índice de cobertura de saneamento básico, insuficiência na oferta de transporte público e insegurança. Propõe-se a inclusão de temas sobre segurança, energia elétrica, mobilidade urbana, assistência social e saneamento básico para subsidiar novos estudos sobre determinação social e elaboração de medidas que contribuam para a promoção da saúde e equidade social nos territórios urbanos.

**PALAVRAS-CHAVE** Determinantes Sociais da Saúde. Políticas públicas. Território sociocultural. Promoção da saúde.

**ABSTRACT** *The aim was to understand the Social Determinants of Health (SDH) in the outskirts of a Brazilian capital, from the perspective of social and political actors in the region. It was based on the qualitative methodological approach, with 45 participants including health workers of the regional administrative headquarter, councilors, religious leaders, and representatives of organized entities from Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE). We used document analysis, focus group, and semi-structured interview. The content analysis was carried out, encompassing the SDH categories and the general themes 'inside the household' and 'outside the household', analyzed based on social representations. In the results, the positive changes were evident on the theme 'inside the household' of residents: nourishment, improvements resulting from benefits of social assistance policies, an increase in water and electricity supply. On the theme 'outside the household', the negative influence on health was evidenced by the low level of basic sanitation coverage, insufficient supply of public transport, and insecurity. It is proposed to include the themes of security, electricity, urban mobility, social assistance, and basic sanitation to support new studies on social determination and the development of measures that contribute to the promotion of health and social equity in urban territories.*

**KEYWORDS** *Social Determinants of Health. Public policies. Sociocultural territory. Health promotion.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.  
kelengomesr@ufc.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.



## Introdução

Os determinantes sociais são considerados importantes preditores de saúde de indivíduos e populações<sup>1,2</sup>. No Brasil, foram incorporados na Constituição Federal de 1988, quando se reconheceu que a saúde tem como condicionantes e determinantes: moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais<sup>3</sup>.

O social se impõe nas práticas cotidianas, na perspectiva de produção do cuidado. As determinações sociais dizem sobre o modo de viver das pessoas, com reflexo direto no processo saúde-doença. É preciso reconhecer as condições diferenciadas de vida, perpassando esse cuidado. Por isso, o território é fundamental, pois, ao mesmo tempo que se organiza a atenção primária, é, também, solo de economia, política, cultura e simbolismos. No entanto, na tensão da austeridade financeira, os investimentos vão mais para a estrutura dos sistemas de saúde e menos para a dimensão social, que está na base do cuidado<sup>4</sup>.

A maioria das doenças acontece devido às condições econômicas e sociais em que as pessoas vivem<sup>5,6</sup>. Assim, é preciso olhar para as relações entre a saúde e as condições de vida, que se articulam com o ambiente e as potencialidades de desenvolvimento sustentável. Propôs-se, dessa forma, a análise dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) dentro da perspectiva do movimento dos municípios e comunidades saudáveis, com o anseio de compreender processos políticos e promover planejamento para a saúde, visando superar as iniquidades em saúde e a pobreza urbana, com enfoque de ação baseada nos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde<sup>7</sup>.

Privilegiou-se o estudo das condições de vida da população de um território<sup>8</sup> da região Nordeste, tendo como base o modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead<sup>9</sup>. Tal modelo se destaca como importante ferramenta para a compreensão dos DSS a partir da distribuição em camadas que caracterizam os determinantes proximais, intermediários e distais, conforme a *figura 1*.

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren-Whitehead



Fonte: Dahlgren e Whitehead<sup>9(11)</sup>.

Buscou-se identificar elementos dentro e fora da casa dos indivíduos, que se relacionam com sua saúde, sendo a casa entendida, a partir da perspectiva de Da Matta<sup>10</sup>, como um lugar crucial para a interpretação da sociedade, com destaque para a relação casa-rua como conceito inclusivo e básico da vida social. No sentido literal e simbólico, a casa traz raízes dos indivíduos, é ‘constituída de pessoas das mesmas substâncias e tendências’, mas também de um povo que, nesse caso, é o brasileiro morador de grandes centros urbanos.

Abordaram-se as políticas e os programas que se relacionam diretamente com os determinantes sociais estudados. Considerou-se que incrementar o conhecimento sobre o território e a dinâmica social pode servir de subsídio para a implementação dessas políticas públicas e de fomento para ações coletivas que levem à promoção da saúde e à sustentabilidade no território, o que, conseqüentemente, trabalha na contribuição com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, o presente trabalho teve por objetivo compreender os DSS em área periférica de uma capital brasileira na perspectiva de atores sociais e políticos da região.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa<sup>11</sup>. É parte integrante de uma tese de doutorado sobre os DSS<sup>12</sup>, que considerou uma perspectiva história de 1990 a 2015, no território do Grande Bom Jardim (GBJ), região do município de Fortaleza-CE, constituída por cinco bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Granja Lisboa, Granja Portugal e Siqueira<sup>13</sup>, representando 8,3% da população fortalezense<sup>14</sup>. Além disso, apresenta concentração dos indicadores sociais e econômicos que apontam para vulnerabilidade social, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,19, estando quatro bairros do GBJ entre os dez de Fortaleza com o maior percentual de pessoas na extrema pobreza<sup>15</sup>.

Os participantes foram 45 adultos no contexto de atuação social e política no GBJ, conforme a *tabela 1*, representados por nomes fictícios. Não houve delimitação prévia do número de participantes<sup>11</sup>, a partir da ideia de que a ‘amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto’, mas com definição do critério de aproximação com a região (moradia ou trabalho), pelo menos, desde a década de 1990.

Tabela 1. Participantes da pesquisa, por local de vinculação ao GBJ

Local de vinculação do participante ao GBJ	Nº de participantes
Líderes religiosos	06
Saúde - sede da regional	02
Sine - sede da regional	01
Educação - sede da regional	01
Centros de Saúde da Família	10
Infraestrutura - sede da regional	02
Serviço Social - sede da regional	01
Meio Ambiente - sede da regional	02
Centro de Atenção Psicossocial - Caps	01
Centro de Referência de Assistência Social	01
Representantes entidades organizadas do GBJ	15
Núcleo do Território da Paz - sede da regional	01
Câmara dos Vereadores - eleitos com apoio do GBJ	02
<b>Total</b>	<b>45</b>

Fonte: elaboração própria.

Foram localizados trabalhadores da sede administrativa e das unidades de saúde, com vivência na região, no mínimo, a partir dos anos 1990: líderes religiosos católicos, evangélicos, de matizes afrodescendentes e da doutrina espírita; vereadores eleitos com apoio expressivo dos moradores do GBJ; representantes das entidades organizadas, associações comunitárias e Organizações Não Governamentais (ONG), selecionadas com o critério de conhecida atuação por parte da comunidade, nos 5 bairros do GBJ, fundadas entre 1980 e 2000. Trabalhou-se com a Rede de Desenvolvimento Sustentável do GBJ (Rede DLIS), que congrega 36 entidades comunitárias, em que 15 delas participaram do estudo, com representação dos 5 bairros.

Os dados foram obtidos por entrevista semi-estruturada, análise documental e grupo focal, nomeado de ‘Grupo Focal do GBJ’ (GFGBJ). Os participantes foram convidados para conversar sobre a história das políticas públicas no GBJ, nas décadas de 1990 a 2000. Pediu-se uma fala geral sobre as políticas públicas implementadas no GBJ no período estudado e, em seguida: quais as políticas públicas que não eram priorizadas e passaram a ser? Há políticas que não avançaram? Se sim, por quais motivos? Depois, apresentou-se o modelo de DSS e perguntou-se o que chamou a atenção dos participantes na relação do modelo com o contexto do GBJ. Além disso, foi feita análise documental com dados secundários disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir dos censos de 2000 e de 2010, e de material das políticas públicas disponibilizados nas unidades administrativas da região.

Foi utilizado o método de análise de conteúdo<sup>16</sup> por meio da técnica de Análise Temática e auxílio do *software* ATLAS.ti 5.2. Foram construídas categorias iniciais a partir do modelo de DSS adotado e de outras categorias que emergiram do estudo dos dados, como assistência social, segurança e mobilidade urbana. As categorias, por sua vez, foram organizadas

nos temas ‘dentro de casa’ e ‘fora de casa’, embasadas no referencial das Representações Sociais<sup>17,18</sup>, a fim de propiciar uma melhor compreensão espacial sobre os DSS que mais influenciaram na saúde.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com o número de parecer 518.711 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) número 26276413.7.0000.5054.

## Resultados e discussão

### Determinantes Sociais da Saúde evidenciados dentro de casa

A representação dos DSS, evidenciados dentro da casa, destacou a alimentação, os benefícios da assistência social, o fornecimento de água e de energia elétrica como capazes de repercutir na saúde da população.

#### ASSISTÊNCIA SOCIAL: COLOCA OS MENINOS NA ESCOLA

Os trabalhadores do Centro de Referência da Assistência Social (Cras) acompanharam famílias em situação de vulnerabilidade e evidenciaram características marcantes da população do GBJ, como desemprego dos responsáveis pelo domicílio e existência de ‘bicos’, número muito baixo de trabalhadores com carteira assinada, benefício do Programa Bolsa Família (PBF) como a única certeza da família, altos índices de adolescentes grávidas e de crianças e adolescentes sem querer ir à escola. A representação dos participantes aponta o PBF como influenciador positivo na vida da população do GBJ.

*Eu não vejo mais crianças desnutridas, anjos morrendo [...] então o que é que significa? Que com a política do bolsa família, por quantas críticas possa receber, mudou a configuração da população pobre*

*do Brasil. Mudou a vida aqui. Se tu não morre de fome, aí tu tem a possibilidade de encontrar um caminho.* (ROMILDA, representante de entidade organizada).

A redução da desnutrição é uma melhoria constatada como ganho do PBF, e é preciso superá-la para ter condições de construir outras possibilidades de vida. A alimentação deficiente tem impacto direto na altura das crianças, por exemplo, e o programa contribuiu para reduzir em 51% a baixa estatura das crianças no Brasil. De acordo com o Mapa da Fome<sup>19</sup>, o País reduziu em 82% a população considerada em situação de subalimentação entre 2002 e 2013. Esse dado é muito relevante, especialmente porque, na ordem econômica neoliberal, a alimentação como condição de vida, estranhamente, não compõe a essência do sistema alimentar, o que se torna mais controverso no contexto atual de aumento das desigualdades sociais<sup>20</sup>.

Além dessas mudanças, foram observadas outras nos setores da educação e da saúde, devido às condicionalidades do PBF, com mudanças quanto à realização de consultas de pré-natal e a garantia da presença dos filhos na escola.

*O Bolsa Família ajuda na frequência escolar, que quando num tinha, 'ah, pode dormir aí até dez e meia', 'eu num vou pro colégio hoje não', e com o Bolsa Família não [...] então coloca os meninos pra escola, nem que seja à força.* (LUCIANA, trabalhadora do SUS).

Foram citados avanços no campo da assistência social, como a criação de casas de apoio para mulheres vítimas de violência doméstica; casas de abrigo para pessoas em situação de rua; acompanhamento das famílias que receberam moradia dos programas habitacionais, o que propiciou a melhoria na convivência e na segurança dos moradores; a criação e o fortalecimento de conselhos tutelares, garantindo maior proteção à criança.

## **ALIMENTAÇÃO: MUDANÇA DO OVO PARA A GALINHA**

Os participantes abordaram distintos hábitos alimentares na região. Há pessoas que têm escolaridade e poder aquisitivo mais altos, além de alimentação baseada em frutas, verduras e com a presença da carne, destacada como elemento de privilégio. Há aqueles que viveram a escassez de alimentos, que vivem mais afastados dos serviços públicos como saúde e educação, e que tiveram algumas melhorias em suas condições alimentares.

No segundo grupo, há influência de estratégias governamentais que propiciaram o aumento da renda do morador e a consequente mudança alimentar, que simbolicamente é registrada como a 'mudança do ovo para a galinha':

*Agora, eu vou na casa de uma pessoa que eu visitava antes, eles comiam assim um ovo, uma coisa, mas agora não, ele já pode comprar um frango.* (LUCAS, trabalhador do SUS).

Os dados estão em consonância com o relatório sobre segurança alimentar da Food and Agriculture Organization (FAO)<sup>21</sup>, no qual o Brasil é colocado como um país que saiu do mapa mundial da fome, dentro do período deste estudo. Tem-se o acesso como condição central para essa melhoria, que se dá mediante a renda elevada com geração de empregos formais, o aumento do salário mínimo e da rede de proteção social. Infelizmente, dos 166 países analisados pela FAO entre 2019 e 2021, 118 entraram no Mapa da Fome, em que o País voltou a constar, ocupando o 94<sup>o</sup> no *ranking*<sup>22</sup>. O chamado para reverter esse quadro traz o imperativo para novos arranjos de produção, distribuição, consumo e acesso aos alimentos, que aproximem produtores e consumidores, campo e cidade, gerando vantagens econômicas e ganhos sociais<sup>23</sup>.

Houve progressos relativos ao acesso, tanto no que toca à oferta de alimentos na região como às condições financeiras dos moradores.

Contudo, os alimentos preferidos têm baixo teor nutricional.

*Aqui o pessoal tem preconceito em relação a alguns alimentos, como ovo e sardinha, acredita? Diz que é comida de pobre. Mas bota chilitos e o recheado, que todo mundo quer: criança, adulto, tudim.* (CONCEIÇÃO, trabalhadora da assistência social).

Esses aspectos precisam ser considerados no aperfeiçoamento de políticas públicas voltadas para a alimentação, no sentido de propor melhorias na questão nutricional e em suas relações com os demais fatores da vida, de forma a garantir vidas saudáveis e a contribuir para melhoria dos que, na contemporaneidade, estão entre os principais desafios para os seres humanos, como as pandemias de obesidade e desnutrição. Com as mudanças climáticas, essas pandemias impulsionam a Sindemia Global, que requer ações sinérgicas para alcance da saúde do planeta, em um entrelaçar de bem-estar humano e dos ambientes naturais<sup>24</sup>, que solicitam elementos palpáveis para construção de territórios sustentáveis e saudáveis.

Trata-se de repensar as políticas públicas, considerando a possibilidade de viver e sonhar um futuro ancestral<sup>25</sup>, a partir dos modos tradicionais de cultivo dos povos originários e quilombolas, como a ‘roça crioula’. Propõe-se uma perspectiva de produção agrícola que respeita os rios e outros entes da natureza, sem utilização de agrotóxicos. No contexto urbano, implica a valorização de hortas comunitárias, com a utilização de sementes crioulas<sup>26</sup> e a ressignificação do trabalho local.

Infraestrutura domiciliar: ainda há lugares onde falta água todo dia e a energia elétrica é no gato

A chegada de água tratada e da energia elétrica no GBJ ocorreu a partir de muitas reivindicações da população. Os relatos mostram que as pessoas passaram a ter água encanada no início da década de 1990. Pelos censos do IBGE<sup>14,27</sup>, a rede geral de água do GBJ teve

valores acima da média nacional, o que faz os participantes da pesquisa afirmarem que “*Eu acho que nós temos pouco problema com a oferta de água*” (GFGBJ).

No GBJ, é visível a progressão dessa cobertura, que passou de 91,61% para 98,17% de acordo com os censos demográficos<sup>14,27</sup>. Encontra-se relação entre esses dados e entre o conceito de promoção da saúde, baseado nos determinantes sociais, que se alinham com princípios dos direitos humanos<sup>28</sup>.

Os dados do IBGE<sup>14</sup> apontam também a quase totalidade dos domicílios particulares permanentes do GBJ (99,4%) abastecida com energia elétrica, o que demonstra grande avanço nessa área. Os participantes enfatizaram as melhorias históricas quanto a esse tema geral, mas que há algumas dificuldades para o abastecimento de água e de energia.

*Na Granja Lisboa, falta água todo dia. É pouca pressão e a água não chega. É muito difícil viver assim, juntar água também pode ser adoecedor: mosquito da dengue, é estresse de ficar juntando água em balde pra garantir um banho quando você chega cansado, enfim, em muitos sentidos.* (VIVIANE, trabalhadora da educação).

*Nós temos problema, algumas áreas que não se liga energia elétrica. Por exemplo, tem uma parte do Marrocos que a galera é no gato, não chega, dentro de casa tem, mas num tem no oficial.* (GFGBJ).

Vê-se, portanto, que a representação social é de melhoria na infraestrutura domiciliar do GBJ quanto ao abastecimento de água e de energia, o que é muito significativo na perspectiva das bases da Teoria da Representação Social (TRS) pelo fato de que as concepções são advindas da vida diária, da troca cotidiana da vida social e comunicativa<sup>29</sup>. No entanto, em alguns casos, a baixa renda das famílias não propicia o pagamento nem mesmo do valor mínimo do serviço de energia, de água e esgoto, o que leva a refletir sobre a efetividade de políticas públicas diante das condições de vida de moradores desse território.

## Determinantes Sociais da Saúde evidenciados fora de casa

Mostra-se a representação social dos DSS evidenciados fora de casa, que emergiram neste estudo como categorias com grande influência na saúde da população do território estudado: atividade física, saneamento básico, mobilidade urbana e segurança.

### ATIVIDADE FÍSICA: NÃO TEM ESPAÇO PARA JOGAR BOLA

A atividade física é reconhecida como fator de proteção para a saúde, mas o sedentarismo chama atenção em vários países<sup>30</sup>. Entre as práticas de atividade física, a representação mais significativa foi o futebol, com alterações no período estudado. Na década de 1990, existia um grande número de campos de várzea que facilitava o jogo de futebol e a socialização dos moradores. Isso mudou com o aumento da construção de moradias, com a consequente diminuição dos terrenos e com o aumento da violência urbana.

*Nós temos um campo de futebol público pros cinco bairros do GBJ, que é lá no final da Granja Lisboa, o resto não tem onde jogar bola e você sabe que a juventude gosta de bola [...] e dá briga, porque não tem espaço público! Os nossos menino pra jogar bola, cada um tem que levar dois reais, porque os campo é particular [...] Aí, nós não tem lazer pra juventude! (GFGBJ).*

*Existe um fato reaal que é a droga, é o assalto né, a facilidade do adolescente de ter armas é muito comum você ver. Às vezes no próprio campo, né? [...] Os meninos vão e colocam a arma lá embaixo de um pneu e fazem o seu jogo né, mas em algum momento pode ter uma briga e, de repente, alguém de outra rua que não pode passar ali [...] você fica com cuidado. (VANESSA, trabalhadora do Caps).*

Essas falas são representativas da insatisfação dos moradores do GBJ quanto a esse tema. A redução da prática do futebol, em espaços

públicos e como uma atividade recreativa, é constatada em todo o Brasil<sup>31</sup>, e isso se torna uma dificuldade para a maioria dos jovens do GBJ, onde a renda familiar de mais de 50% dos domicílios não ultrapassa um salário mínimo.

Esses elementos evidenciam a redução da atividade física em si e de espaços promotores de saúde, o que deve ser observado com muita atenção dentro de uma perspectiva da construção de territórios saudáveis. É preciso ficar atento a esses modos de vida e às forças políticas que se conectam e se materializam na produção do jovem contemporâneo, objetivando-o a partir de territórios de vulnerabilizações e de violências que os envolvem<sup>32</sup>.

### SANEAMENTO BÁSICO: É FEIA A SITUAÇÃO

As condições de saneamento básico são um dos principais determinantes nos índices de agravos à saúde humana, principalmente no tocante a doenças infectocontagiosas por veiculação hídrica<sup>33</sup>. A diminuição da propagação de diversas doenças contagiosas está relacionada, em grande parte, com o acesso ao esgotamento, importante componente do saneamento básico. Os participantes trouxeram a compreensão de que

*[...] saneamento básico é muito importante também porque tem tudo a ver com a saúde das pessoas, questão de rato, barata, insetos que transmitem muita doença e acaba, em muitos locais aqui, acontecendo de não ter o saneamento e tem mais doença. (RICARDO, vereador).*

Os dados do GBJ retratam uma realidade brasileira de insuficiência quanto ao saneamento básico, com apenas 29,4% de cobertura dos domicílios pela rede geral ou pluvial<sup>14</sup>. Em dados nacionais, o IBGE traz ainda que 15,1% das crianças brasileiras, na faixa de zero a 4 anos de idade, vivem em áreas em que o esgoto corre a céu aberto. Dentre as regiões do País, destacam-se a Norte e a Nordeste, com 32% e 26% dos domicílios, respectivamente, apresentando esgoto em seu entorno.

Os participantes apresentaram exemplos de comunidades do GBJ onde as pessoas precisam desenvolver estratégias para ter condições de sair de casa.

*[...] a mulher pra sair de casa, ela botou uma tábua da casa dela até lá na outra ponta, é fora de sério, é feia a situação! Então, não tem como a gente pensar em outras políticas públicas se não começa pela infraestrutura, como é que a gente fala de saúde, o que adianta a gente ir pro posto de saúde, se no caminho já vai adoecendo e quando volta adoecer do mesmo jeito? (GFGBJ).*

A representação social é sobre a necessidade de aumento do percentual de esgotamento sanitário como forma de promover a saúde, o que coaduna com o sexto Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no contexto em que esse desenvolvimento está colocado como uma das maiores metas mundiais das últimas décadas<sup>34</sup>.

Diante disso, ressaltaram as associações mais diretas entre o aparecimento de doenças e as condições ambientais.

*[...] Por que nós temos uma população muito grande acometida por essas doenças? A gente tem postos aqui que são campeões na cidade inteira de tuberculose e hanseníase [...] e a gente não faz essa associação [com ausência de esgotamento, grifos nossos], ou às doenças respiratórias, ou às verminoses, enfim, todo esse conjunto de coisas. (MARIA, representante de entidade organizada).*

Além disso, a ausência de banheiros em grande quantidade de domicílios, na década de 1990, foi outro ponto comentado do contexto do GBJ como elemento adoecedor. Eles também informaram sobre os banheiros incompletos nos anos 2000: “[...] considero que 60% da nossa população não tem banheiro pronto, se tem um aparelho sanitário, falta descarga, por exemplo” (RAIMUNDO, líder religioso). Esses elementos apontam para condições ainda muito precárias de higiene, falta de cuidado com o meio ambiente e riscos para a saúde da população.

## MOBILIDADE URBANA: TRANSPORTE QUE CANSA MAIS QUE O TRABALHO

O tema do transporte tem relação direta com o direito de ir e vir<sup>3</sup>, por meio da facilitação da locomoção. Apesar de não ser direito fundamental, o transporte público é indispensável para garantir o acesso do cidadão a vários direitos estatuidos como fundamentais, como saúde, educação e trabalho<sup>35</sup>. Por esse motivo, ele foi incluído neste estudo como integrante do estilo de vida.

O transporte coletivo viabiliza o crescimento das cidades, organizando e condicionando a ocupação dos espaços urbanos. No caso de Fortaleza-CE, há evidências da falta de priorização das gestões quanto a alguns tipos de transporte público. Um deles é o metrô, cujo primeiro consórcio para construção de linhas já data de quatro décadas<sup>36</sup>, mas que ainda não funciona dentro do previsto.

Como representação, os meios de transporte particular figuraram no desejo de consumo dos moradores, por isso a grande densidade de tráfego nos grandes centros urbanos. Isso afeta a saúde de milhares de pessoas pelo aumento dos agentes poluentes, pelos fatores estressores de lidar com muito tempo para locomoção e pela inatividade corporal.

A literatura traz o transporte ativo como uma maneira muito eficaz de incorporar a atividade física à vida diária, com caminhadas ou bicicleta/skate, e aumento dos níveis gerais de atividade física<sup>37</sup>. Foram explicitados questionamentos sobre a forma de movimentação das pessoas, com apontamentos para a construção de ciclovias como forma de produzir saúde na cidade:

*Construir vias com ciclovias, ciclofaixas, e dizer da importância pra saúde e mesmo pra mobilidade [...] nós temos gente que vai de bicicleta pros trabalhos, uns porque gosta por causa do tempo, mas outros é porque economiza também o dinheiro do ônibus! Isso faz diferença. (MATEUS, trabalhador do setor de meio ambiente).*

São diferenças como essas que precisam ser valorizadas, pois ainda há insuficiência mesmo no modal rodoviário, que é o mais trabalhado pelos gestores nos municípios brasileiros. Como aspecto positivo nesse tema, destacou-se a construção de terminais de ônibus no município, a partir dos anos 1990, o que possibilitou a acessibilidade a vários pontos da cidade com o pagamento de tarifa única. Apesar dos benefícios, os terminais não evitam que os moradores do GBJ passem horas para se locomover:

*Produce uma vida adoecedora também, e de estresse nas relações familiares. Os muitos problemas que nós temos mentais, aí eu acho que olhar o que nós fazemos como trabalho e essa relação de se movimentar na cidade, é uma coisa que eu olho com preocupação.* (RODRIGO, trabalhador do setor de infraestrutura).

Os participantes abordaram a rotina de parte da população do GBJ, que sai por volta de 5h de casa e gasta quatro horas, ao total, para ir e voltar do trabalho. Descreveram a sensação de que isso é mais cansativo que o próprio trabalho, representando alteração significativa no cotidiano do morador do GBJ. Isso aponta para a necessidade de uma política de transporte público que considere as condições de quem vive na periferia da cidade, de forma a facilitar a mobilidade dessas pessoas e a construir uma cidade saudável.

#### **SEGURANÇA VIVIDA: ESTÁ LONGE DE SER SEGURANÇA**

O sentimento de insegurança é alto no Brasil e está ligado às condições concretas, como o percentual de crimes, à influência da mídia, dos vizinhos, e da percepção dos riscos ou do ambiente geográfico. Embora a atenção midiática focalize os acidentes e as agressões mais espetaculares, a violência continua presente nas mais diferentes formas cotidianas de interação, afetando a saúde<sup>38</sup>.

Neste estudo, os participantes trouxeram representações de aspectos subjetivos e objetivos inseridos no contexto do GBJ, região conhecida pela violência local e que, para eles, teve a política de segurança pública como a que menos avançou nos últimos anos.

Das formas atuais de expressão da violência, os assaltos e os homicídios foram os mais comentados. No *ranking* dos homicídios ocorridos nos bairros de Fortaleza-CE entre os anos 2000 e 2010, o Bom Jardim figurou várias vezes como o primeiro da lista<sup>39</sup>. Para Benício<sup>40</sup>, a morte na juventude, em decorrência de conflitos territoriais, coloca-se para grande parte dos jovens desse contexto e é atualizada dentro da política de ‘guerra às drogas’.

Houve a representação ampla de segurança pública que se relaciona com infraestrutura, com serviços sociais básicos e com direitos fundamentais. Observou-se uma dificuldade em lidar com o estigma da violência e o aumento do número de policiais na região sem melhoria nos dados.

*[...] eu acho que a gente precisa não ir por essa lógica da mídia sangrenta da compreensão de segurança, o que é segurança pra nós? É policial no meio da rua armado que quando aborda uma pessoa já é com um revólver na cara da pessoa, porque é assim que o pessoal daqui é abordado [...] É esse tipo de segurança que a gente tá falando? Pra nós, não. Isso tá longe de ser segurança!* (GFGBJ).

A representação expressa foi de que o Ronda do Quarteirão não funciona com efetividade, que ‘o Ronda do Quarteirão não é polícia’. Os policiais desse programa não são vistos como autoridade:

*Esse Ronda talvez era pra funcionar lá na Inglaterra e talvez lá funcionasse bem, né? [...] Aqui, o Ronda é motivo de mangofa, de xacoca. Aqui, os menino pequeno tão brincando, um pega o outro, aí diz tá preso – rapaz, respeita, isso aqui é o Raio, não é o Ronda não, viu? Risos.* (BERNARDO, líder religioso).

O Programa Rondas de Ações Intensivas e Ostensivas (Raio) emerge como um modelo de policiamento atuante, por quem a população tem respeito, trazendo uma noção de que a ostensividade ainda é valorizada pela população. Dentro dessa compreensão, foi inaugurada, em 2022, a 2ª Companhia do 17º Batalhão da Polícia Militar do Ceará no território do GBJ, com o anúncio de que esse fato traz mais segurança para os moradores<sup>41</sup>.

Direcionamentos como esse levam à reflexão sobre a necessidade de renovações efetivas na política de segurança pública; na atribuição de responsabilidades compartilhadas entre Estado, indivíduo, comunidades, instituições e estruturas socioeconômicas e, por fim, sobre a expectativa que se tem da polícia como solucionadora de questões que ultrapassam a competência da segurança, mas que deveria envolver várias outras políticas públicas em um plano de segurança para o Estado.

Diferentemente dos anseios de alguns participantes deste estudo e da própria resposta do governo estadual por intermédio da criação de mais uma companhia policial, a literatura aponta uma mudança de perspectiva das políticas de segurança pública como repressiva e punitiva desde a década de 1990, quando a violência passou a ser compreendida como fenômeno multicausal. Nesse sentido, há um tensionamento para a intersectorialidade nas políticas de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil<sup>42</sup>.

Desta pesquisa, destaca-se a necessidade de construção de estratégias para diminuição da violência, como a ampliação do núcleo de mediação comunitária, instrumento com reconhecido alcance na redução da violência doméstica e entre vizinhos. Além disso, o imperativo de que os jovens ocupem o tempo ocioso, por meio da implementação da escola de tempo integral para todos e da mobilização organizada para que as pessoas ‘ocupem as praças’, dando vitalidade aos equipamentos públicos e, conseqüentemente, mais segurança e bem-estar.

## Considerações finais

Compreende-se que houve alterações nos DSS no GBJ ao longo das décadas estudadas. Pode-se afirmar que as mudanças positivas mais expressivas aconteceram nos aspectos e nos serviços que se evidenciam dentro das casas dos moradores: alimentação, benefícios da política de assistência social, aumento considerável de abastecimento de água e de energia elétrica, fruto de investimentos públicos nessas áreas e que garantem condições para o desenvolvimento da sustentabilidade e da saúde nos territórios.

Nas ruas, ainda há muito que avançar. A maioria delas é caracterizada pela ausência de saneamento básico e pelo fato de o transporte público não atender às necessidades da população. Associado a isso, está o que se considera, na atualidade, o determinante social que tem grande influência negativa na saúde da população, que é a (in)segurança pública. Esses são elementos vistos ‘fora de casa’ que não tiveram melhorias significativas ao longo das décadas, com pouco investimento proporcional do Estado e apresentando-se como grande desafio na construção de um território saudável.

Ao estudar a realidade social do GBJ, que se aproxima de outras áreas periféricas de metrópoles nacionais, o modelo adotado de DSS mostrou-se insuficiente para abordar alguns aspectos importantes da vida urbana. Destacaram-se os temas de segurança, energia elétrica, mobilidade urbana, assistência social e saneamento básico – em separado da água, por entender que passaram por processos históricos muito diferenciados.

Acrescenta-se a Assistência Social por compreender que as condições individuais para que ocorra a superação da pobreza ainda estão fragilizadas e que os benefícios concedidos por meio dessa política dão condições de avanços, como o desenvolvimento de estratégias para a entrada no mercado de trabalho. Além disso, o fornecimento de energia elétrica evidencia-se como um DSS devido à sua importância na vida

contemporânea e pelo fato de, no GBJ, ainda haver muitas ruas sem iluminação pública e muitos domicílios em que as ligações são feitas na clandestinidade.

Espera-se contribuir para os conhecimentos da saúde no contexto de território urbano do Brasil, pois as especificidades dos DSS de populações que apresentam condições de vida permeadas por iniquidades são reconhecidas. O destaque para a relevância da captura de uma nova abordagem, com os DSS de dentro e de fora de casa, além da proposição de novos temas destacáveis no campo dos DSS, pode subsidiar a elaboração de medidas que colaborem para a promoção da saúde, da sustentabilidade nos territórios e da equidade social.

## Colaboradores

Ribeiro KG (0000-0003-0870-1971)\* contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do trabalho; para análise,

interpretação dos dados e discussão dos resultados; para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e para a aprovação final do manuscrito.

Andrade LOM (0000-0002-3335-0619)\* contribuiu substancialmente para a concepção e planejamento do trabalho; para a análise, interpretação dos dados e discussão dos resultados; e para a revisão e aprovação da versão final do manuscrito. Barreto ICHC (0000-0001-8447-3654)\* contribuiu significativamente para a discussão dos resultados, para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Raquel SP (0000-0002-7463-5450)\* contribuiu substancialmente para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Munoz TL (0009-0003-1372-3785)\* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Santos C (0000-0003-3254-2894)\* contribuiu para a discussão dos resultados e para a revisão crítica do conteúdo. ■

## Referências

1. World Health Organization. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO; 2011. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2011/10/19/default-calendar/world-conference-on-social-determinants-of-health>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf).
3. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Pitombeira DF, Oliveira LC. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2021 jan 17]; 25(5):1699-708. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>.
5. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 19-38.
6. Mitano F, Ventura CAA, Palha PF. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *Physis*. 2016 [acesso em 2021 jan 18]; 26(3):901-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300010>.
  7. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis: termo de referência conceitual e metodológico e proposta de governança. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/tr-pitss-programa-institucional-de-territorios-sustentaveis-e-saudaveis>.
  8. Santos M. Globalisation: Its exclusions of poor and black populations. *Alternautas*. 2020 [acesso em 2023 out 6]; 7(2):77-88. Disponível em: <https://doi.org/10.31273/alternautas.v7i2>.
  9. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.
  10. DaMatta R. O que faz o Brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco; 1986.
  11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
  12. Ribeiro KG. Os Determinantes Sociais da Saúde no Grande Bom Jardim – Fortaleza (CE). [tese]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará; 2015.
  13. Carlos CAF. Invenções Democráticas pela Periferia: a Rede de Desenvolvimento Local, Integrado e Sustentável do Grande Bom Jardim. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2014.
  14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Resultados preliminares do universo, população estimada. Panorama de Fortaleza, Ceará, Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>.
  15. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. Informe 43: Perfil Municipal de Fortaleza. Ceará: IPECE; 2012. (Tema viii: o mapa da extrema pobreza). [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: [https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2012/12/Ipece\\_Informe\\_43\\_05\\_novembro\\_2012.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2012/12/Ipece_Informe_43_05_novembro_2012.pdf).
  16. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2014.
  17. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2002, p. 17-44.
  18. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
  19. Campello T, Falcão T, Costa PV, organizadores. O Brasil sem miséria. Brasília, DF: MDS; 2014. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil\\_sem\\_miseria/livro\\_o\\_brasil\\_sem\\_miseria/livro\\_obrasilsemmiseria.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/livro_obrasilsemmiseria.pdf).
  20. Paula NF, Bezerra I, Paula NM. Saúde coletiva e agroecologia: necessárias conexões para materializar sistemas alimentares sustentáveis e saudáveis. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 set 25]; 46(esp2):262-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E218>.
  21. Food and Agriculture organization of the United Nations. *The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment to improve food security and nutrition*. Rome: Global Launch; 2014.
  22. Food and Agriculture organization of the United Nations; International Fund for Agricultural Development; Fundo das Nações Unidas para a Infância, et al. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming food systems for food*

- security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome: FAO; 2021.
23. Niemeyer CB, Silveira VCA. Da pandemia para a agroecologia: construindo um novo paradigma socioecológico. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 set 25]; 46 (esp2):377-90. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5125/713>.
  24. Jaime P. A Sindemia Global da obesidade, desnutrição e mudanças climáticas. Relatório da comissão The Lancet. 2019. [acesso em 2023 set 25]. Disponível em: [https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the\\_lancet-sumario\\_executivo-baixa.pdf](https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf).
  25. Krenak A. *Futuro Ancestral*. São Paulo: Companhia das Letras; 2022.
  26. Santos AB. *A terra dá, a terra quer*. São Paulo: Ubu Editora; 2023.
  27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000. Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. [acesso em 2023 out 6]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/administracao-publica-e-participacao-politica/9663-censo-demografico-2000.html?edicao=10558&t=resultados>.
  28. Neves-Silva P, Heller L. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(6):1861-70.
  29. Grazziany MD, Silva NMA, Oliveira ALL. Representações sociais do meio ambiente: um estudo no balneário do açude em Santa Rita-PB, Brasil. *Braz. J. Develop*. 2021 [acesso em 2024 fev 1]; 7(4):40501-19. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-487>.
  30. Polisseni MLC, Ribeiro LC. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2014 [acesso em 2024 fev 1]; 20(5):340-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1517-86922014200502114>.
  31. Sá TH, Garcia LMT, Claro RM. Frequency, distribution and time trends of types of leisure-time physical activity in Brazil, 2006–2012. *Int. J. Public Health*. 2014 [acesso em 2024 fev 1]; 59(6):975-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0590-6>.
  32. Campos EA, Couto ACP, Barros CF. Lazer, juventude e violência: uma análise da literatura vigente. *Movimento (Porto Alegre)*. 2021 [acesso em 2024 fev 1]; 7:1-18. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.105400>.
  33. Silva ES, Oliveira DD, Lopes AP. Acesso ao saneamento básico e incidência de cólera: uma análise quantitativa entre 2010 e 2015. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2024 fev 1]; 43(3):121-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S309>.
  34. Costa TMS, Cabral NRAJ, Cysne AP. Esgotamento sanitário e o avanço da meta 6.2 do ODS 6: estudo de caso no município de Paracuru, Ceará. *Conex. Ciência e Tecnol*. 2022; 16(1):1-8.
  35. Guimarães GS. Comentários à lei de mobilidade urbana - Lei nº 12.587/12: essencialidade, sustentabilidade, princípios e condicionantes do direito à mobilidade. Belo Horizonte: Fórum; 2012.
  36. Pasterbin. *Sistema Antigo de Transporte em Fortaleza 2012*. [acesso em 2017 jun 29]. Disponível em: <http://www.fortalbus.com/2012/09/sistema-antigo-de-transporte-de.html#uds-search-results>.
  37. Camargo EM, Santos MPM, Ribeiro AGP. Interação dos fatores sociodemográficos na associação entre fatores psicossociais e transporte ativo para a escola. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2024 fev 1]; 36(5):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102719>.
  38. Minayo MCS, Pinto LW, Silva CMFP. A violência nossa de cada dia, segundo da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2024 fev 1]; 27(9):3701-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>.

39. Brasil GM. Cartografia da Criminalidade e da Violência na Cidade de Fortaleza. Relatório de Pesquisa dos núcleos Laboratório de Direitos Humanos, Cidadania e Ética-LABVIDA, Laboratório de Estudos da Conflitualidade e Violência-COVIO e do Laboratório de Estudos da Violência-LEV. Fortaleza: UECE; UFC; 2010.
40. Benicio LFS, Barros JPP, Silva DB. Homicídios juvenis em Fortaleza sob a perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev. psicol. polít.* 2019 [acesso em 2023 abr 23]; 19(46):509-27. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2019000300010&lng=pt&nrn=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000300010&lng=pt&nrn=iso).
41. Herculano D. Região do Grande Bom Jardim, em Fortaleza, ganha reforço na segurança com a chegada da 2ª Companhia do 17º Batalhão da Polícia Militar. Portal do Governo, Comunicação Institucional. 2022 maio 3. [acesso em 2023 abr 23]. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2022/05/03/regiao-do-grande-bom-jardim-em-fortaleza-ganha-reforco-na-seguranca-com-a-chegada-da-2a-companhia-do-17o-batalhao-da-policia-militar/>.
42. Oliveira DCN, Lico FMC, Pereira HMS. Intersetorialidade e saúde nas políticas estaduais de segurança pública e de prevenção à violência no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022 [acesso em 2023 abr 23]; 27(4):1301-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06802021>.

---

Recebido em 16/05/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a pesquisa recebeu financiamento do

Ministério da Saúde/Capes, projeto pró-ensino na saúde -

Laboratório de Pesquisas em Ensino e Gestão do Conhecimento,

da Educação e do Trabalho em Saúde, nº do processo: 0363163

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto

## A saúde na região do Médio Solimões no estado do Amazonas: a centralidade de Tefé

*Health in the Middle Solimões region, state of Amazonas: the centrality of Tefé*

Michele Rocha El Kadri<sup>1</sup>, Claudio Pontes Ferreira<sup>2</sup>, Carlos Machado de Freitas<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408338P

**RESUMO** Em um cenário de várzea amazônica com fluxos fluviais, o estudo analisa a articulação da Atenção Básica com a Atenção Especializada, buscando discutir as condições políticas e geográficas que impactam na conformação da rede assistencial em uma região de saúde na Amazônia Ocidental. Adotou-se uma combinação de estratégias metodológicas: levantamento de indicadores de morbidade e da rede de saúde, mapeamento dos trajetos intermunicipais, levantamento de despesas em Ações e Serviços Públicos de Saúde e entrevistas com gestores. O município de Tefé concentra serviços bancários, poder judiciário, educacional, órgãos de controle e segurança que lhe conferem uma centralidade de funções. Contudo, a saúde não considera os fluxos existentes no território para definição de quais municípios têm Tefé como referência. A defasagem dos dados nos sistemas de informação em saúde, aliada a ausência do ente estadual no planejamento regional de saúde, apoio para provimento de profissionais especializados, pagamento de insumos e organização do fluxo de referência-contrarreferência na rede têm sido desafios para planejar integralidade da atenção na região, sobrecarregando o município-polo. Apesar do aumento progressivo de despesas em saúde nos municípios analisados, a oferta de serviço para além da Atenção Básica permanece sendo um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) na Amazônia.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde da população rural. Política de saúde. Ecossistema amazônico.

**ABSTRACT** *In an Amazonian floodplain scenario with river flows, the study analyzes the articulation of Primary Care with Specialized Care, seeking to discuss the political and geographical conditions that impact on the formation of the care network in a health region in the Western Amazon. A combination of methodological strategies was adopted: survey of morbidity indicators and the health network, mapping of intercity routes, survey of expenses in Public Health Actions and Services and interviews with managers. Tefé concentrates banking services, judiciary branch, education and security bodies that give it a centrality of functions. However, health does not consider existing flows in the territory to define which municipalities have Tefé as a health reference. Outdated data in the health information systems, combined with the absence of the state government in the regional health planning, support to provide specialized professionals, payment for supplies and the organization of referral-counter-referral flow in the network have been challenges for integrality of the attention in the region, overloading the hub municipality. Despite the progressive increase in health expenses in the analyzed municipalities, the provision of services beyond Primary Care remains a challenge for the Unified Health System (SUS) in the Amazon.*

**KEYWORDS** Rural health. Health policy. Amazonian ecosystem.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) - Manaus (AM), Brasil.  
michele.kadri@fiocruz.br

<sup>2</sup>Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Amazonas (Cosems) - Manaus (AM), Brasil.

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz Brasília (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Por definição constitucional, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser descentralizado ao mesmo tempo que deve buscar integrar uma rede hierarquizada e regionalizada de ações e serviços, assegurando integralidade na assistência em saúde. É grandioso o desafio de operacionalizar um sistema único que seja capaz de atender as necessidades de 5.570 municípios, 27 sistemas estaduais e várias políticas centrais<sup>1</sup>. No Brasil, cerca de 45% dos municípios apresentam baixo grau de urbanização, e são nesses em onde 1/4 da população nacional reside<sup>2</sup>. A região Norte concentra 65% do total de municípios rurais do País, embora 66,3% de sua população ocupe principalmente os espaços urbanos nas sedes dos municípios.

No mundo, as populações rurais têm mais dificuldade para acessar cuidados de saúde, o que tem exigido o desenho de políticas específicas para redução de iniquidades do acesso à saúde entre regiões metropolitanas e áreas mais remotas<sup>3</sup>. Nos países da América do Sul, apesar de terem registrado melhorias crescentes nas condições de saúde, principalmente a partir da década de 1990, com expansão da atenção primária, permanecendo um desafio a integração desse nível de assistência com demais níveis de atenção em áreas remotas e menos favorecidas<sup>4</sup>. Áreas rurais apresentam piores condições de saúde como resultado da dificuldade no financiamento diferenciado, fixação de profissionais especialistas, alocação de equipamentos<sup>5,6</sup> e, principalmente, a ausência ou inadequação de políticas públicas ou estratégias coerentes para esses territórios.

Nos municípios do interior da Amazônia, com frequência as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o primeiro contato dos usuários, mas a falta de regulação, oferta insuficiente e dificuldade de comunicação e transporte têm sido apontados como os principais entraves para o acesso à Atenção Especializada<sup>7,8</sup>. Via de regra, os espaços

metropolitanos concentram não só serviços especializados, mas também a rede de urgência e emergência.

Vale destacar que a ‘ruralidade’ dos municípios amazônicos que são interligados por via terrestre, principalmente na porção oriental da região, pode ser bem diversa dos municípios da Amazônia ocidental, cuja conexão é predominantemente fluvial. Essa diferença nas vias de acesso impacta no tempo e no custo para deslocamento de usuários, assim como na demanda por serviços de saúde<sup>9</sup>.

Este estudo analisa a complexa articulação da Atenção Básica (AB) com a Atenção Especializada no uso da rede a partir da lógica regional, que nem sempre se limita ao traçado de fronteiras municipais em uma região rural peculiar de várzea amazônica com fluxos fluviais, buscando discutir as condições políticas e geográficas que impactam na conformação da rede assistencial.

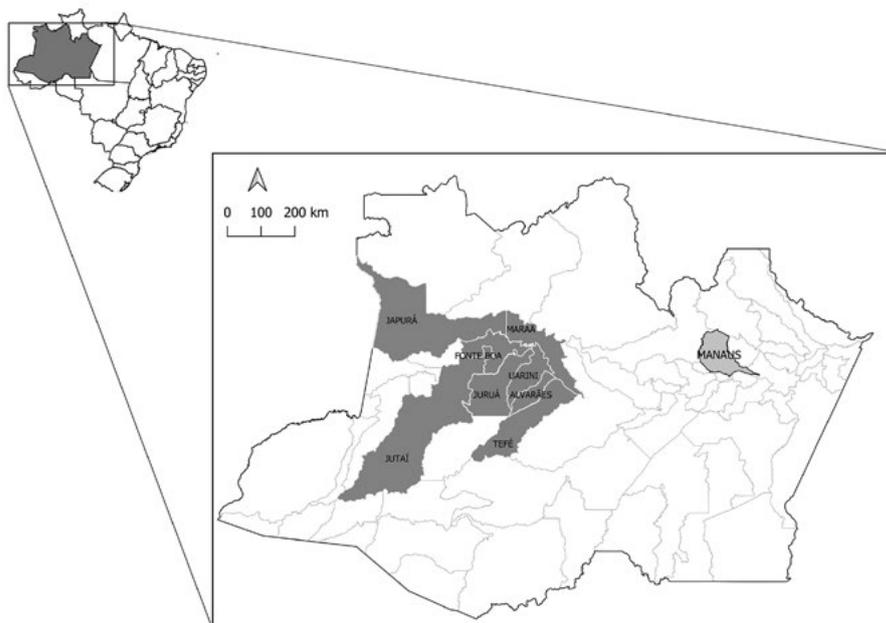
## Metodologia

Como um estudo de caso, elegemos uma região localizada na porção central do Estado do Amazonas que bem representa a dinâmica de um território de várzea: ligações intermunicipais exclusivamente por via fluvial, população dispersa em grandes extensões territoriais, limitada oferta de serviços especializados públicos e privados, incluindo saúde. Por sua posição central na Amazônia Ocidental e que apresenta certa concentração de pessoas, informação, equipamentos e infraestrutura, selecionamos nesse estudo a região conhecida como Triângulo (confluência dos rios Japurá, Juruá e Solimões-Amazonas), tendo a cidade de Tefé como polo dinamizador e luminoso regional (*figura 1*). A partir de Manaus, o acesso à cidade pode ser feito em voo comercial (1h de viagem) ou por via fluvial em lancha a jato (14h30min subindo o rio, 13h descendo). A partir de Tefé, todos os municípios do entorno só são acessíveis por via fluvial.

Para entender a complexidade do uso da rede a partir da lógica regional que nem sempre é circunscrita no traçado de fronteiras municipais, foi necessária uma combinação de estratégias

qualitativas e quantitativas. Os dados de campo foram coletados em duas viagens realizadas em setembro de 2020 (período da seca) e em abril de 2021 (período da cheia).

Figura 1. Região do estudo



Fonte: elaboração própria.

Para descrição da rede assistencial, utilizou-se os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que a confirmação do funcionamento ativo de cada serviço foi realizada nas viagens de campo. Para identificação dos agravos predominantes na região, foi feito um levantamento na base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), ambos disponíveis publicamente na plataforma do Datasus, entre os anos de 2015 e 2019, o que evidenciou Tefé como polo de referência para serviços dos municípios de Alvarães, Fonte Boa, Japurá, Juruá, Jutaí, Maraã e Uarini.

Para mapeamento dos trajetos percorridos, definindo distâncias e tempos entre Tefé e as sedes dos demais municípios da região,

nas viagens de barco, utilizou-se o aplicativo Wikiloc, à exceção de Juruá e Fonte Boa que não foram visitados.

Para entendimento dos arranjos formais e informais para referência de pacientes entre os serviços da rede no fluxo intrarregional, foram analisadas as informações sobre despesas e repasses coletadas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Ministério da Saúde. Foram realizadas, também, entrevistas com 18 gestores de saúde com um roteiro semiestruturado em três blocos: organização da AB no município, acesso à assistência hospitalar e ambulatorial regional e impacto da sazonalidade fluvial no acesso à rede sanitária. A partir da análise de conteúdo, as entrevistas ajudaram a revelar os arranjos locais na transferência de usuários,

bem como a esclarecer os dados encontrados nos sistemas de informação. Foram entrevistados 5 secretários municipais, 5 coordenadoras de AB, 5 diretores hospitalares e 3 coordenadores da vigilância em saúde. As entrevistas foram individuais, realizadas por dois pesquisadores e duraram em média 40 minutos. Todas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e analisadas com auxílio do *software* MaxQDA 2020.

Na sessão seguinte, os resultados e discussão foram organizados em dois tópicos: o primeiro reúne os dados obtidos na análise e descrição da rede sanitária (CNES), identificação dos agravos (SIA, SIH) e do mapeamento dos trajetos (Wikiloc); o segundo reúne os dados obtidos na análise dos arranjos para referência de usuários (Siops e entrevistas).

Este artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa ‘Território no Planejamento da Saúde na Região Amazônica’ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, sob o CAAE 27567219.2.0000.5240, em 21 de fevereiro de 2020.

## Resultados e discussão

### A rede de serviço e a situação de saúde da regional

A área territorial do estudo abrange oito municípios, totalizando 213.603,766 km<sup>2</sup> onde residem 163.897 pessoas (densidade de 0,77 hab./km<sup>2</sup>) com certa paridade entre população rural e urbana, 45% e 55% respectivamente, a exceção de Tefé, que soma 81% pessoas vivendo na sede do município<sup>10</sup>. Exemplificando o desafio que essa questão da escala representa para organização de um sistema universal, em extensão territorial a área do estudo equivale a quase 5 vezes o estado do Rio de Janeiro, contudo toda a população da região equiparase àquela residente no bairro de Copacabana, na capital fluminense. Não se trata apenas da

diferença de números e escala, mas principalmente do uso e ocupação muito distintos dos respectivos territórios: um notadamente urbano com concentração de pessoas e serviços e outro com uma ruralidade orientada a partir de fluxos fluviais e dispersão de serviços e pessoas. Nesses cenários tão distintos, as necessidades de saúde das populações, assim como os desafios para prover serviços de saúde, exigem arranjos organizativos do SUS que sejam igualmente diferenciados.

Xavier et al.<sup>11</sup> apontam que pensar numa política regionalizada requer estabelecer conexões entre as necessidades de saúde, características dos usuários e a distribuição dos equipamentos sanitários em uma região, enfatizando que a lógica de uso dos serviços de saúde é orientada mais pela oferta de transporte intrarregional do que simplesmente pelos limites intermunicipais. Segundo esse estudo, a média de distância percorrida pelos usuários que buscam atendimento no SUS na região Norte é a maior do País, estimada em 235 km, sendo que no Amazonas é ainda maior, com cerca de 300 km. No entanto, destacamos que a locomoção em regiões de várzea segue o curso do rio e por isso varia a depender da sazonalidade do período de seca ou cheia. Em nosso estudo, tomando Tefé como ponto de origem, a distância entre o polo regional e os demais municípios que compõe a região variou entre a maior, de 433 km (Tefé-Japurá), ou 10h47min, e a mais próxima, de 32 km (Tefé-Alvarães) ou 1h10min percorridos por lancha a jato (motor com potência de 500 a 650 hp). Com essas enormes distâncias, considerando que o tempo é crucial para desfechos positivos, faz-se uso de aeronaves para transporte de casos urgentes, embora sejam operações de alto custo. Os municípios solicitam a remoção via Sistema de Regulação da UTI aérea (Sister), serviço ofertado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) que inclui também a regulação do leito para internação na capital Manaus.

A investigação das causas de internação a partir dos dados do SIH mostrou que, entre 2015 e 2019, os leitos de maternidade

responderam por 48% do total de 40.583 internações, sendo a primeira causa em todos os municípios. Os demais agravos tiveram distribuição similar, sendo doenças do aparelho digestivo (8,2%), respiratório (7,7%), geniturinário (7%), causas externas (6,5%) e doenças infecciosas e parasitárias (6%). A

tabela 1 mostra a distribuição dos principais agravos por município, com destaque para internações por lesões (acidentais ou intencionais) e outras causas externas que aparecem dentre as mais prevalentes, principalmente por causa das ocorrências em Tefé, situação característica de uma dinâmica mais urbana.

Tabela 1. Principais causas de internação região do Médio Solimões 2015 - 2019

Município de internação	Doença Infecciosa	Doença Ap. Respiratório	Doença Ap. Digestivo	Doença Ap. Geniturinário	Gravidez, parto, puerpério	Causas externas
Alvarães	110	351	345	288	1749	331
Fonte Boa	446	565	479	334	2045	167
Japurá	142	61	69	160	384	35
Juruá	218	87	168	257	650	45
Jutaí	549	358	314	237	2112	183
Maraã	76	50	49	135	313	18
Tefé	859	1497	1730	1219	11348	1695
Uarini	96	172	188	246	988	185
TOTAL	2516	3141	3342	2876	19589	2659

Fonte: elaboração própria<sup>12</sup>.

Reconhecer a situação sobre agravos prevalentes por município é fundamental para definir prioridades em termos de alocação de profissionais especialistas, pactuar tipo e volume de procedimentos a serem ofertados para os municípios mensalmente e, estimar progressão da demanda para expansão atempada da rede. Contudo, a defasagem dos dados informados no SIA e SIH relatada pelos gestores prejudica o uso dessas informações para planejamento da rede assistencial. Segundo eles, com frequência são registrados apenas os procedimentos pactuados na Programação Pactuada Integrada (PPI), cuja última atualização é de 2005, e não de fato todos os procedimentos realizados no município. Além disso, há o problema de procedimento não reconhecido no processamento da produção (glosa) tais como: erros de digitação, procedimento não programado no CNES ou não compatível para o Código Brasileiro de Ocupações (CBO),

dados do Cartão Nacional de Saúde inválidos, procedimento ultrapassa o teto financeiro programado, duplicação da produção no sistema.

Por outro lado, como há repasse federal regular e automático para financiamento da Média e Alta Complexidade, o recebimento de recurso não está atrelado ao reporte de dados via sistema de informação e isso faz com que haja municípios da região sem nenhum registro de atendimento por vários meses ou anos seguidos, inviabilizando análises e planejamento da oferta de serviços. Para Duarte et al.<sup>13</sup>, essa lógica de financiamento tem limitado a autonomia do ente municipal, que passa a priorizar ações financiáveis em detrimento de uma assistência mais adequada às necessidades de seus territórios.

Os gestores municipais entrevistados destacaram que as unidades hospitalares realizam um número de atendimentos superior ao que consta nos bancos oficiais, contudo o

baixo volume de dados informados prejudica análises mais refinadas, inviabilizando comparações, estimativas e desagregação dos dados, além de prejudicar cálculo de estimativas de demanda – tipo e volume de procedimentos necessários – para um mais apurado planejamento dos serviços necessários.

Quanto à rede sanitária, devido à grande extensão territorial, no Amazonas todos os 62 municípios possuem pelo menos uma unidade hospitalar, embora com frequência estas enfrentem dificuldades para ofertar procedimentos de maior complexidade, principalmente devido à falta de profissionais especializados e disponibilidade de serviços de diagnósticos. A exceção do município-polo Tefé, que conta com oferta de vários serviços particulares, nos demais municípios toda a rede sanitária é exclusivamente pública.

O que determina o uso dos serviços sanitários é a necessidade de saúde de uma população e como o serviço está organizado para ofertar a assistência quanto ao acolhimento, disponibilidade de equipamentos, definição e facilitação de fluxos<sup>11</sup>. Isso significa que o acesso vai ficando mais restrito quando a necessidade de saúde exige intervenções de maior densidade tecnológica, ou seja, à medida que se distancia de centros urbanos concentradores de profissionais, equipamentos e serviços. Nesses casos, a existência e facilidade para circular pelos fluxos que ligam os nós da rede de assistência é fundamental na garantia do direito à saúde.

Embora em 2019 a cobertura da AB nos municípios analisados tenha sido muito alta (cerca de 98%), essa média deve ser relativizada pois

não necessariamente significa acesso à assistência adequada, uma vez que muitas são áreas cobertas por equipes baseadas na sede dos municípios que atendem a essa população rural, comprometendo assim o acompanhamento regular pelas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>14</sup>.

Segundo Soares Filho et al.<sup>15</sup>, uma característica de municípios muito extensos no Brasil é que, embora metade da população resida na zona rural em uma maior porção territorial, geralmente as zonas urbanas concentram mais da metade das unidades sanitárias. Tal situação também foi verificada em nosso estudo, pois considerando a rede de AB e Hospitalar, a região toda conta com 31 unidades em zona urbana, 15 em zona rural e 5 Unidades Básicas de Saúde Fluviais (*tabela 2*). Ponderando a extensão territorial dos municípios e concentração de equipamentos na sede municipal, grande parte do território permanece desassistido de equipamentos de saúde. Vale destaque para as UBS fluviais presentes em cinco dos oito municípios da região, sendo que em Fonte Boa e Juruá não há unidades de saúde fixas nas zonas rurais e a população ribeirinha conta exclusivamente com assistência da UBS fluvial. Este é um potente equipamento para superar iniquidades do acesso a populações que historicamente são excluídas da atenção à saúde<sup>16</sup>, contudo a pesquisa constatou que a sazonalidade do rio tem inviabilizado viagens durante o período da seca. As UBS fluviais e a implantação das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas são estratégias que têm contribuído para o aumento da cobertura da AB, sobretudo no último triênio<sup>17</sup>.

Tabela 2. Área, população rural e distribuição de unidades sanitárias na região

Município	Extensão territorial (km <sup>2</sup> )	População rural	US urbana	US rural	
				Fixa	Fluvial
Alvarães	5.923.46	45%	4	3	-
Fonte Boa	12.155.43	34%	3	-	1
Japurá	55.827.20	55%	2	3	-
Jutaí	69.457.42	42%	3	1	1
Juruá	19.442.54	48%	3	-	1
Maraã	16.830.83	51%	4	3	1
Tefé	23.692.22	19%	9	4	1
Uarini	10.274.68	43%	3	1	-
Total	213.603.77		31	15	5

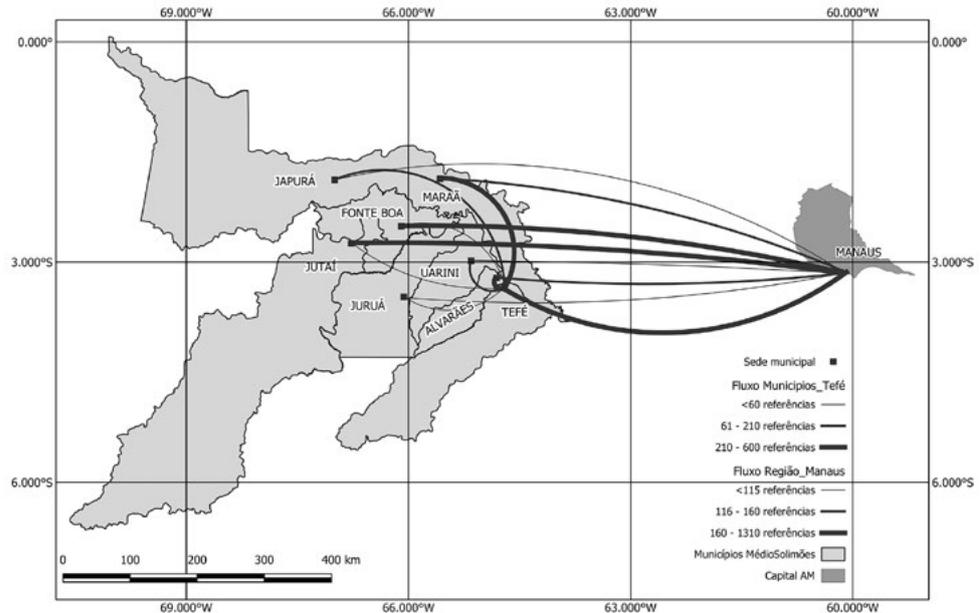
Fonte: elaboração própria<sup>10,18</sup>.

Quanto aos serviços disponíveis na rede hospitalar dos municípios do entorno de Tefé, os gestores afirmaram que os procedimentos realizados são pequenas e médias cirurgias (de hérnia, vesícula, cálculos, abscessos, partos) e estabilização em caso de agravamento de condição crônica (pico hipertensivo ou diabetes principalmente). Em casos urgentes, como traumas complexos, parto de risco e agravamento de condição clínica, os municípios transferem pacientes para o Hospital Regional de Tefé. Exceção é Japurá que, embora tenha um mais novo, equipado e amplo prédio hospitalar, a referência é feita primeiramente para Maraã devido à proximidade, apesar deste ter uma estrutura física mais precária. Já no caso de Jutaí, Juruá e Fonte Boa, as urgências são encaminhadas principalmente para Manaus, embora Tefé tenha registrado atendimentos de pacientes provenientes desses municípios em todos os meses do período analisado (*figura 2*). No entendimento dos gestores, isso acontece principalmente porque as pessoas solicitam ser transferidas para Tefé por terem uma rede de suporte familiar neste município.

Apesar de Jutaí e Fonte Boa pertencerem normativamente a outra Região de Saúde (Alto Solimões), os gestores referiram que a população subverte o fluxo instituído, preferindo se deslocar à Tefé para acessar consultas especializadas, pois conciliam suas demandas de saúde com serviços bancários, assistência social, lazer ou comércio. Isso aponta para a necessidade de repensar as regiões de saúde a partir do que já existe no território, sendo contraproducente planejar fluxos que sejam exclusivos desse setor e que ignorem a rede de transporte e a relação entre populações desses municípios<sup>19</sup>.

Para acesso a serviços como saúde mental, fisioterapia, pediatria, exames etc., os municípios custeiam estadia e transporte da população à Tefé ou Manaus. Em caso de tratamentos de longa duração, como oncológico ou hemodiálise, o serviço está disponível apenas na capital, cabendo ao paciente e família custear a moradia ou deslocamento regular para Manaus.

Figura 2. Mapa de fluxo de referências hospitalares em 2019



Fonte: elaboração própria.

As entrevistas evidenciaram que a referência para serviço de urgência e emergência é o que de fato é operacional na região. Outras referências para consultas especializadas ou exames de maior complexidade, são sempre encaminhadas para Manaus e custeadas majoritariamente pelos municípios. Essa concentração e dependência da capital é comum também em outros estados no País<sup>20</sup>. Os gestores de Tefé apontaram que o município reúne condições para atender outras especialidades, como ortopedia, cardiologia, oftalmologia e gastroenterologia dentre as mais demandadas, desde que houvesse maior apoio para contratação de pessoal especializado, pagamento de insumos e organização do fluxo de referência-contrarreferência na rede regional, o que não é possível sem pactuação intergestores e suporte principalmente da SES. Isso reduziria muito a necessidade de encaminhamento para capital e conseqüentemente o tempo de espera por consulta ou procedimento nestas especialidades.

A escassez de profissional médico, sem dúvida, é um limitador para expansão da

assistência em qualquer nível da rede e, como consequência faz com que o mesmo profissional atenda a diferentes municípios<sup>21</sup>. Dada as distâncias a percorrer nos rios amazônicos, isso significa contar com profissional em poucos dias na semana e, assim, há concentração de pacientes e muitas consultas a serem realizadas no mesmo dia. Santos e Giovanella<sup>22(55)</sup> apontam que esse duplo vínculo pode levar a degradação do trabalho clínico e fabricar “um médico produtor de demandas” que simplesmente atende a solicitação dos pacientes por exames e consultas especializadas, por não ter tempo de explicar sobre reais necessidades e riscos e tampouco realizar adequadas anamneses.

### Arranjos interfederativos para efetivação da rede de saúde regional

A iniquidade territorial é um grande desafio para efetivação da integralidade do SUS. Não há como um único ente realizar solitariamente da vacina ao transplante, seja porque os recursos financeiros e capacidade técnica estão

centrados desigualmente em alguns pontos, seja porque a garantia do direito à saúde é responsabilidade compartilhada pelos três entes subnacionais<sup>21</sup>. Nesse ponto, destaca-se o argumento sobre o SUS como garantidor de direito, mas também como agente de desigualdades<sup>23</sup>. Nem todos os lugares receberam o SUS ao mesmo tempo e da mesma maneira e essa diferença se dá porque cada um tem combinação de técnicas diferentes num tempo específico<sup>24</sup>, por isso o SUS é único como política, mas não como um objeto técnico que se distribui desigualmente nos diferentes lugares. O acesso universal é uma ferramenta de modernização ao trazer saúde como direito comum em todos os lugares, mas paradoxalmente é também seletivo à medida que só pode se desenvolver concentrando técnicas e recursos em alguns ‘pontos luminosos’ em detrimento de outros tornados opacos, exacerbando assim desigualdades.

No cenário de estudo, isso se verifica na tensão entre Tefé e os municípios do entorno e entre a região em relação a rede de serviços da capital. Regiões metropolitanas concentram equipamentos, profissionais, formação de competências e poder de decisão. O uso do território é orientado pela racionalidade do lucro e da produção; os lugares só valem à medida que produzem valor. Se não produzem, não são dignos de dispor de instrumentos e objetos técnicos que preservem e/ou recuperem a vida humana e do ambiente. Isso é fundamental para entender as relações intermunicipais no estudo. Estudar o uso do território pela saúde é evidenciar essa seletividade, reconhecendo que ela interfere na consolidação do SUS<sup>23</sup>.

Para assegurar a integralidade do cuidado, a AB precisa de serviços de diagnóstico e apoio de especialistas, cabendo ao ente federativo de maior porte a responsabilidade no financiamento, regulação de fluxos de referência e pactuações, de modo que cidadãos de municípios menores possam acessar essa rede de serviços especializados no município-polo regional<sup>25</sup>. No entanto, como não há obrigatoriedade de um município ofertar serviços para além de

suas fronteiras, é primordial que o ente federal e o estadual atuem assegurando que os serviços especializados estejam disponíveis em tempo oportuno no nível regional mais perto possível da população.

No caso analisado, Tefé concentra equipamentos e assume responsabilidade pelo atendimento de usuários de municípios vizinhos. Embora não haja regramento legal sobre a responsabilidade do gestor estadual no processo de regionalização, sem ele não há como conduzir o planejamento de uma rede de serviços regionalizada conforme determina a Constituição Federal e a omissão desse ente não tem contribuído para ampliação da rede regional. Quanto ao arranjo intermunicipal, os gestores dos demais municípios reconhecem a centralidade e solidariedade de Tefé no atendimento aos pacientes dos municípios do entorno, no entanto dizem desconhecer os mecanismos para financiamento dessa rede, evidenciando a inexistência de pactuações intermunicipais na gestão da rede regionalizada. Sem novos aportes para constituição dessas redes, o arranjo regional permaneceu condicionado aos recursos pactuados na PPI, tal como ocorre em outros estados<sup>26</sup>.

Segundo o Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde<sup>27</sup>, em 2019 apenas 5% das despesas liquidadas foram para o Fundo Estadual de Saúde, valor que se dividido igualmente entre os municípios equivaleria a cerca de R\$2 milhões/ano para cada um. Excetuando cinco unidades sob gestão estadual fora da capital, o pagamento de alguns profissionais lotados em unidades de saúde no interior e os medicamentos ofertados pela Central de Medicamento, todas as demais estruturas que recebem recursos diretamente da SES-AM estão na capital, revelando a superconcentração de ações e serviços em Manaus.

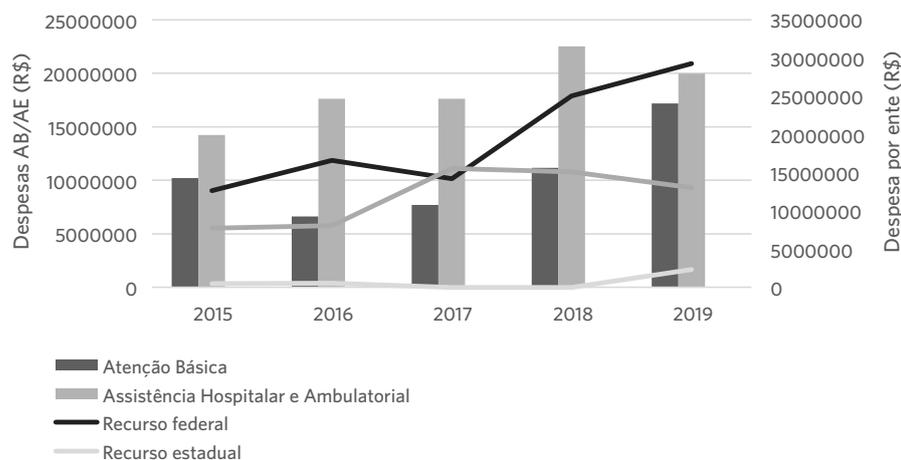
Essa situação evidencia a não priorização dos investimentos no fortalecimento das redes regionais não só na região analisada, mas também em todo o estado, o que tem sobrecarregado financeiramente principalmente

os municípios-polo e restringido o acesso a serviços além da AB nos demais municípios.

No caso de Tefé, entre 2015 e 2019 os dados reportados no Siops mostram aumento progressivo nas despesas do município com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), chegando a quase o dobro no período de 5 anos. Desagregando os valores por competência

federativa evidencia-se o ônus do município em torno de 21,31%, porcentagem superior ao que determina a Lei Complementar nº 141/2012 (gráfico 1). É possível que a participação do ente estadual esteja subdimensionada, o que reafirma o problema da notificação para eficiente planejamento dos recursos e dos serviços da rede de saúde regional.

Gráfico 1. Valores empenhados em ações na Atenção Básica e assistência hospitalar\* de Tefé com relação aos gastos por ente federado, 2015-2019



Fonte: elaboração própria<sup>28</sup>.

\*Valores omitidos das demais subfunções.

Apesar da importância para a região e da capacidade de sua rede especializada para atender outras demandas além das urgências, Tefé conta com insuficiente contribuição do governo estadual cuja responsabilidade limita-se ao pagamento de alguns poucos profissionais e 50% de medicamentos e insumos do hospital, conforme relato dos entrevistados. O ente federal permanece sendo o grande financiador do sistema junto com os recursos próprios do governo municipal. A exceção dos anos de 2015 e de 2019, o investimento na assistência hospitalar nos demais anos foi mais que o dobro do valor empenhado na AB. Considerando as despesas empenhadas no período acima, o município de Tefé alocou

57,42% em assistência hospitalar e ambulatorial e 33,66% na AB. O peso para o gestor municipal é um importante impeditivo para ampliação da oferta e abertura de novos serviços.

Nos demais municípios da região, o investimento foi maior na AB, sendo que a participação estadual em média não ultrapassou 5% das despesas em ASPS. No período de 5 anos<sup>28</sup> na região, a despesa federal reportada foi de R\$ 245.715.613,34, despesa estadual R\$ 22.296.315,94 e despesas dos municípios R\$ 194.035.971,19.

A proposta preliminar que definiu as Regiões de Saúde no Estado, e por consequência definiu as Comissões Intergestores

Regionais (CIR), foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2011. Contudo as CIR só foram de fato implantadas a partir em 2013, quando a SES-AM empenhou esforços para efetivar os dispositivos da Regionalização conforme disposto no Decreto Federal nº 7.508/2011. Apesar da CIR ser a instância de articulação entre gestores estaduais e municipais para pactuação de serviços a serem ofertados em diferentes níveis de atenção dentro da região de saúde<sup>23</sup>, no Amazonas seu funcionamento tem sido muito irregular e está num processo progressivo de esvaziamento, em especial no último triênio.

Os entrevistados apontaram a inoperância da Comissão para articular melhor uma coordenação com a gestão estadual. Por vezes, as questões perdiam o foco sobre o planejamento estratégico regional por conta da ausência do ente estadual e as reuniões funcionavam como espaço de lamentação, uma vez que a CIR não tem poder de decisão e todas as demandas locais precisavam ser repassadas para deliberação na CIB. Isso comprometeu a credibilidade da instância regional até a total paralisação das atividades a partir de 2019.

Apesar do Ministério da Saúde ter definido de antemão algumas temáticas prioritárias para Redes de Atenção à Saúde<sup>29</sup>, as responsabilidades sanitárias entre os entes subnacionais não podem ser reguladas a priori uma vez que é irreal prever a infinidade de cenários possíveis devido às desigualdades geográficas, sociais e políticas nos territórios<sup>23</sup>. Se não existem regiões sem redes<sup>30</sup>, quer sejam elas técnicas, sociais ou políticas, seria coerente que a saúde identificasse quais as redes e fluxos já existem nos territórios. A título de exemplo, nosso estudo identificou, como já exposto anteriormente, que Jutai e Fonte Boa têm uma série de serviços financeiros e bancários, equipamentos do poder judiciário, educacional, órgãos de controle e segurança com sede regional em Tefé, no entanto o município de referência para saúde é Tabatinga. Nos dados do SIH, entre 2015 e 2019 na unidade hospitalar de Tabatinga, não há registro de nenhum paciente

de Fonte Boa e apenas 2 de Jutai. Na prática, como Tabatinga tem oferta de transporte mais difícil e como a norma não permite transferência para Tefé, os gestores optam por referir pacientes diretamente para Manaus, elevando custo de operação de todo o sistema estadual.

A falta de articulação regional e a acentuada assimetria fiscal e social agrava situações como disputa predatória por profissionais (principalmente médicos especialistas), demora para consultas e exames, sobrecarga de demanda de pacientes<sup>26</sup> e custo elevado para o município-polo da região. Apesar das regulamentações e todo processo de incentivo do gestor federal, persistem dificuldades para planejamento e pactuação política, financeira e administrativa nos territórios. As entrevistas apontaram que a corresponsabilização no financiamento e gestão da rede requer um arranjo político sofisticado e principalmente solidário.

Tefé como dinamizador regional, atrai população de municípios vizinhos que aí fixam residência em busca principalmente de trabalho ou educação. Segundo os gestores, quando é necessário um serviço especializado, o usuário que tem condições de custear o deslocamento, procura por conta própria diretamente consultas e exames em Tefé, alegando ser residente na casa de parentes no município. Esse movimento, embora perfeitamente justificável do ponto de vista individual, gera dificuldades para quantificar a demanda e conseqüentemente planejar oferta de serviços e fluxos organizativos, com impacto mais grave principalmente na rede de saúde do município-polo.

Por outro lado, os usuários sem condições de bancar esse deslocamento por conta própria seguem o fluxo normativo estabelecido, contando com assistência das casas de apoio mantidas pelas prefeituras municipais em Tefé ou Manaus. As equipes das casas de apoio dão suporte de transporte e alojamento enquanto o usuário necessitar permanecer no município prestador de assistência. Nesse caso, a equipe da regulação do município de origem é a responsável por tal coordenação.

Santos e Giovanella<sup>22</sup> descrevem ainda que profissionais usam do argumento da amizade com colegas em outros pontos de assistência para tentar resolver demandas que ficam paradas em algum ponto da rede. Contraditoriamente são os profissionais mais antigos e mais comprometidos com resolutividade que mais usam tal estratégia para desemperrar a burocracia dos fluxos assistenciais. Isso foi verificado tanto no encaminhamento de pacientes para Manaus quanto para a rede regional.

Destacamos como principais limites desta pesquisa a não inclusão de Manaus como ponto importante da rede para população residente na região do estudo e a baixa consistência dos dados disponíveis nos sistemas de informação, o que impossibilitou análises mais detalhadas sobre a situação de saúde dos municípios. Para contornar tais limites, as entrevistas com gestores foram fundamentais como fonte de informação para compreender os arranjos estabelecidos localmente e os desafios ainda não superados pelo SUS para assegurar a integralidade do cuidado aos brasileiros residentes nesta porção do País.

## Conclusões

A articulação da AB para serviços de Atenção Especializada, seja ambulatorial ou de emergência, não se limita a análise de fluxos entre demanda e oferta no compartilhamento da rede de atenção em saúde, mas sobretudo em compreender sob que condições políticas, geográficas e sociais a rede é estabelecida.

A construção de um sistema de atenção integrado requer um nível de gestão que seja acima do municipal, pois legalmente este ente não tem responsabilidade de ofertar serviços para outros além de seus próprios municípios, e abaixo do nível central, que não reúne condições de monitorar e propor soluções territorializadas adequadas para demanda peculiar da várzea amazônica. Desse modo, o estudo evidenciou o fundamental papel do gestor estadual como nível intermediário para

planejamento e apoio a rede regionalizada quanto a: a) provisão de profissionais, principalmente especialistas, de modo a evitar competição desigual por médicos entre os municípios; b) assegurar rede de suporte diagnóstico para AB, seja pela implantação de serviços físicos ou via teleconsultas; c) pactuação entre os municípios que compõe a região de modo a estabelecer fluxos de encaminhamento de pacientes tanto na assistência ambulatorial, atualmente pouco operacional, quanto serviço de emergência, sendo necessária a redefinição de quais municípios de fato têm Tefé como referência, e por fim; d) orientação aos municípios para correto preenchimento dos sistemas de informação e base de dados, sem os quais não é possível planejar assertiva e atempadamente a rede de cuidado, as condições de saúde e agravos prevalentes em todos os municípios da região.

Apesar do aumento progressivo de despesas em saúde em todos os municípios analisados, mesmo nos cinco anos antes da pandemia, a oferta de serviço para além da AB permanece sendo um grande desafio para o SUS na ruralidade da várzea amazônica. A resposta às diversidades regionais exige criatividade e solidariedade entre os gestores dos três níveis federativos. Sem isso, a rede sanitária de Tefé continuará sobrecarregada e o rol de serviços necessários para a população da região permanecerá muito restrito, ofertando serviços abaixo do que é a demanda da região. Aumentar investimentos na rede de saúde de Tefé pode potencialmente melhorar o acesso à saúde para a população de toda Região do Triângulo.

## Colaboradores

El Kadri MR (0000-0002-7179-4755)\* contribuiu substancialmente para a concepção do estudo, análise dos dados, redação e aprovação final do artigo. Ferreira CP (0000-0002-3918-5482)\* contribuiu para a coleta e análise dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do artigo. Freitas CM (0000-0001-6626-9908)\* contribuiu para a análise dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do artigo. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.* 2015; 24(2):438-46.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, organizador. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação.* Rio de Janeiro: IBGE; 2017. 78 p. (Estudos e pesquisas, informação geográfica).
3. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque JF, et al. An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health Place.* 2014; 28:92-8.
4. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33:e00118816.
5. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract.* 2003; 20(4):457-63.
6. 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.
7. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trab Educ E Saúde.* 2022; 20:e00616190.
8. Sousa A, Fonseca F, Bousquat A. Invisibilidade das singularidades amazônicas na organização e oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo de caso na área rural ribeirinha de Manaus (AM). *Saúde Soc.* 2023; 32:e220612pt.
9. Kadri MR, Schweickardt JC, Freitas CM. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. *Interface (Botucatu).* 2022 [acesso em 2023 fev 14]; 26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220056>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Banco de tabelas estatísticas. 2019. [acesso em 2023 fev 14]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br>.
11. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(supl2):e00076118.
12. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS: Sistema de Informações Hospitalares. [acesso em 2022 nov 13]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transfencia-de-arquivos/>.
13. Duarte LS, Mendes ÁN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde debate.* 2018; 42(116):25-37.
14. 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.
15. Soares Filho AM, Vasconcelos CH, Dias AC, et al. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022; 27:377-86.
16. Kadri MR, Debra RW, Julio CS, et al. The Igarauçu fluvial mobile clinic: Lessons learned while implementing an innovative primary care approach in Rural Amazonia, Brazil. *Int J Nurs Midwifery.* 2017; 9(4):41-5.
17. Lima RTS, Fernandes TG, Martins Júnior PJA, 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.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [2000]. [acesso em 2021 nov 12]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.

19. Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(4):1017-25.
20. Roese A, Gerhardt TE, Miranda AS. Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde debate*. 2015; 39(107):935-47.
21. Schweickardt JC, Lima RTS, Kadri MR, et al. Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: fixação e provimento de profissionais de saúde no SUS. Manaus: Fiocruz Amazônia, ILMD; 2016. (Relatório de Pesquisa).
22. Santos AM, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde debate*. 2016; 40(108):48-63.
23. Albuquerque MV. O território usado e saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas/SP. [dissertação]. [Campinas]: Universidade de São Paulo; 2006.
24. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: EDUSP; 2017. 384 p. (Coleção Milton Santos).
25. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(4):1281-9.
26. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(supl2):e00099118.
27. Amazonas SES. Relatório Anual de Gestão 2019. 3o quadrimestre. 2019. p. 143. [acesso em 2023 fev 14]. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/rel\\_gest/gestao2019.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/rel_gest/gestao2019.pdf).
28. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. [acesso em 2021 jul 14]. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/filtro\\_rel\\_ges\\_dt\\_municipal.php](http://siops.datasus.gov.br/filtro_rel_ges_dt_municipal.php).
29. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg saúde debate*. 2014; (52):15-37.
30. Albuquerque MV, Viana ALd'Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde debate*. 2015; 39(esp):28-38.

---

Recebido em 13/02/2023

Aprovado em 18/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - Edital n. 001/2017 - PPSUS-AM. A primeira autora foi bolsista do Programa PROPG-Capes/Fapeam, Edital 006/2018

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

## Análise da clareza metodológica como dimensão de qualidade do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

### *Analysis of methodological clarity as a quality dimension of the National Register of Health Establishments*

Jeane Grande Arruda de Miranda Coelho<sup>1</sup>, Kátia Rejane de Medeiros<sup>2</sup>, Marciana Feliciano<sup>3</sup>, Simara Lopes Cruz Damázio<sup>4</sup>, Carlos Renato dos Santos<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408383P

**RESUMO** Este artigo analisa a dimensão de qualidade clareza metodológica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), considerando a abordagem das formas de contratação inseridas no sistema. Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa, que analisou o CNES e seus documentos. Foram selecionados os documentos que contemplaram os descritores: tabela de vínculos de profissionais e/ou formas de contratação. A partir do conceito adotado para a dimensão de qualidade clareza metodológica, foram delineadas as categorias acessibilidade, conteúdo, variáveis, linguagem e usabilidade. No período de 2005 a 2020, foram publicados 17 documentos. Desses, três documentos se sobressaíram: o Leia-me da versão, a Tabela de Domínios e o Manual de preenchimento do CNES. O site do CNES passava por uma reestruturação, e nem todas as funcionalidades estavam devidamente implementadas. O site atual apresentou uma interface mais moderna e de fácil compreensão. A mudança da variável esfera administrativa para natureza jurídica, em 2015, pode dificultar a análise em série histórica. Evidencia-se que o CNES carece de melhor atenção quanto à clareza metodológica, considerando a abordagem das formas de contratação dos profissionais de saúde, inseridas no sistema.

**PALAVRAS-CHAVE** Sistemas de Informação em Saúde. Análise de dados. Pessoal de saúde. Censos.

**ABSTRACT** This article analyzes the quality dimension of methodological clarity of the National Registry of Health Establishments (CNES), considering the approach to forms of contracting in the system. This is a documentary research with a qualitative approach, which analyzed the CNES and its documents. Documents that included the following were selected: table of professional relationships and/or forms of hiring. Based on the concept adopted for the dimension of methodological clarity quality, the categories accessibility, content, variables, language, and usability were outlined. In the period from 2005 to 2020, 17 documents were published. Of those, three documents stood out: The version's Readme, the Domain Table, and the CNES Filling Manual. The CNES website underwent restructuring and not all features were completed. The current website has a more modern and easy-to-understand interface. The change from the administrative sphere variable to the legal nature, in 2015, may make historical series analysis difficult. It is evident that the CNES pays more attention to methodological clarity, considering the approach to the ways of hiring health professionals, included in the system.

**KEYWORDS** Health Information Systems. Data analysis. Health personnel. Censuses.

<sup>1</sup>Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde, Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - Recife (PE), Brasil. [jeanegrandearruda@gmail.com](mailto:jeanegrandearruda@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

<sup>3</sup>Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde, Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde - Recife (PE), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro Acadêmico de Vitória (CAV) - Vitória de Santo Antão (PE), Brasil.



## Introdução

A informação em saúde se apresenta como um instrumento de tomada de decisão a partir do conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, visando ao planejamento, à gestão, à organização e à avaliação nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>. Definem-se os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) como ferramentas que “dão suporte à produção de informações para a melhor compreensão dos problemas e tomada de decisão no âmbito das políticas e do cuidado em saúde”<sup>2(2)</sup>.

Assim, os SIS são instrumentos para aquisição, organização e análise dos dados fundamentais para definição de problemas e riscos para a saúde; para avaliação da eficiência, eficácia e influência que os serviços prestados possam gerar na saúde da população; e que contribuem para produção do conhecimento em relação à saúde e aos temas correlatos a ela<sup>3</sup>. Cabe destaque que a maior parte dos SIS foram implantados no bojo da municipalização da saúde, cabendo a esse ente federado papel fundamental na produção da informação<sup>1</sup>.

A primazia pela qualidade da informação nos SIS constitui-se condição essencial para o processo de análise da situação sanitária, a qual propiciará aos gestores decisões mais adequadas e planejamento das ações de saúde<sup>4</sup>. As discussões sobre o tema qualidade da informação são recentes. A primeira ocorreu no Seminário de Nordie Council for Scientific Information and Research Libraries (Nordinfo), em 1989, em Copenhagem, Dinamarca<sup>5</sup>. Desde então, verifica-se a inexistência de consenso na definição do termo qualidade da informação, por apresentar caráter multidimensional e conceito multifacetado, o que explica sua complexidade conceitual<sup>6,7</sup>.

Diante da ausência de um consenso sobre o conceito de qualidade da informação, neste estudo, assume-se o proposto por Lima et al.<sup>4(2096)</sup>, os quais, em um estudo sobre a revisão das dimensões de qualidade dos dados, definem que “uma informação de qualidade é

aquela apta/conveniente para o uso, em termos da necessidade do usuário”.

Os mesmos autores relataram que o monitoramento da qualidade dos SIS no Brasil não possuía um plano de avaliação regular pelo Ministério da Saúde, o que levava à realização de uma gama de iniciativas não sistemáticas ou isoladas. Em face dessa situação, propuseram revisar as iniciativas da avaliação da qualidade dos SIS que abordavam dimensões de qualidade e descreviam os métodos utilizados. Como resultado, apontaram nove dimensões: acessibilidade, confiabilidade, consistência, não duplicidade, oportunidade, validade, cobertura e completude e clareza metodológica<sup>4</sup>.

Dentre os sistemas de base nacional que carecem de análises quanto à qualidade dos dados, destaca-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que desempenha um papel relevante no SUS, pois constitui-se como base cadastral para a operacionalização de mais de 90 SIS. Os dados do CNES proporcionam o conhecimento da realidade da rede assistencial do País, além de ser primordial na área de planejamento, controle e avaliação em saúde nos três entes federativos<sup>8,9</sup>.

O CNES também inclui as informações dos profissionais que desempenham ações e/ou serviços de saúde no Brasil, quer possuam vínculos com o SUS ou não. Evidencia-se a sua importância como fonte de dados e como ferramenta útil para descrição do perfil dos profissionais que integram os serviços de saúde. Além disso, entre as informações cadastradas, observa-se o tipo de cargo, o tipo de vínculo/forma de contratação, a carga horária, entre outras<sup>10,11</sup>.

Desde a criação do SUS, tem havido um crescimento significativo do setor saúde. Em 2017, havia 200.049 estabelecimentos de saúde e 3.594.596 empregos de saúde registrados no CNES, considerando o setor público e privado. Contudo, o setor público é o principal empregador na saúde com mais de 61% do total (2.209.285) de empregos distribuídos da seguinte forma entre os entes federativos:

federal com 4,37% (96.491), estadual com 20,99% (463.720) e municipal com 74,64% (1.649.074)<sup>12</sup>. Esses números demonstram a importância do setor público para o mercado de trabalho em saúde, especialmente, do ente municipal.

Ressaltam-se as mudanças no incremento de diferentes tipos de formas de contratação e de gestão de pessoal nas últimas décadas pela administração pública federal, estadual e municipal. Além das formas de contratação definidas pela Constituição Federal de 1988 (estatutária, celetista, especial e cargos em comissão), configuradas como vínculos empregatícios, outras formas foram incorporadas: bolsas de trabalho; contratação temporária; estágios; contratos por órgãos internacionais; cooperativas; trabalho vinculado indiretamente por meio de Organizações Sociais (OS) e Organizações Cíveis de Interesse Público (Oscip); trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas, as quais se diferenciam dos denominados vínculos empregatícios<sup>13,14</sup>.

Silva<sup>11</sup>, ao realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o CNES, no período de 2003 a 2020, encontrou uma amostra de 59 artigos, dos quais apenas 2 tinham o sistema como tema central. Dos 25 que abordavam o tema qualidade da informação do CNES, apenas 8 apresentaram evidências sobre o assunto e, destes, 2 se destacavam por serem fruto de pesquisas mais minuciosas. Em nenhum artigo foi analisada a dimensão de qualidade clareza metodológica do CNES.

Vários autores têm utilizado esse sistema em seus estudos e corroboram a legitimidade de seu uso, bem como a necessidade de que mais pesquisas continuem explorando o CNES<sup>8,10,15,16</sup>. No entanto, há estudos que apontam a falta de consistência dos dados disponibilizados no CNES, como evidenciam Mendes e Rattner<sup>17</sup> e Gomes, Gutiérrez e Soranz<sup>18</sup>. Essa limitação deve ser ponderada, mas não inviabiliza o uso de dados provenientes do CNES, haja vista que, nas pesquisas utilizando essa base, têm-se produzido

informações relevantes para o conhecimento acerca da rede de atenção do SUS. Nesse sentido, reconhecer suas limitações permite seu aprimoramento mediante a avaliação das suas dimensões de qualidade.

Nessa perspectiva, o estudo visa analisar a dimensão de qualidade clareza metodológica do CNES e de seus documentos, considerando a abordagem das formas de contratação profissional inseridas no sistema.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa, segundo Kripka, Scheller e Bonotto<sup>19</sup>, que buscou a produção de novos conhecimentos, a partir da análise do CNES e dos documentos que o acompanham, quanto à clareza metodológica do sistema em relação ao registro das formas de contratação dos profissionais cadastrados.

Adotou-se, neste estudo, a conceituação da dimensão de qualidade clareza metodológica apresentada por Lima<sup>4(2096)</sup>:

[...] grau no qual a documentação que acompanha o SIS (instruções de coleta, manuais de preenchimento, tabelas de domínios de valores de variáveis, modelos de dados, etc.) descreve os dados sem ambiguidades, de forma sucinta, didática, completa e numa linguagem de fácil compreensão.

Os documentos, *corpus* da pesquisa, foram coletados no novo *site* do CNES<sup>20</sup>, no período de agosto a novembro de 2021, na pasta 'Documentação' no espaço *download*. A consulta deteve-se aos documentos publicados entre os anos de 2005 e 2020, pois foi disponibilizada uma segunda versão do cadastro em outubro de 2005, considerada uma evolução da anterior, nomeada de Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A proposta continha a total reformulação do sistema, compreendendo a mudança geral do *layout*, a revisão de telas de cadastro e a

adoção de nova plataforma. Ademais, tem-se a publicação da norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2006, que definiu o caráter obrigatório do CNES para todos os estabelecimentos de saúde do País, quaisquer que sejam suas naturezas jurídicas ou se integram ou não a rede do SUS<sup>9</sup>.

Foram encontrados 17 documentos técnicos e normativos: manuais, portarias, fichas de cadastros, Cadernos Layout TXT e outras documentações da base de dados referentes às formas de contratação dos profissionais cadastrados. Esses documentos foram identificados com a letra 'D' sucedida de um número, o qual corresponde à ordem numérica de

sua apresentação no novo *site* (D00). Após a identificação desses documentos, foram selecionados aqueles que contemplavam os descritores: 'tabela de vínculos de profissionais' e/ou 'formas de contratação'. Os arquivos selecionados para análise foram classificados segundo: nome do arquivo, ano de publicação, breve descrição do documento, principais achados, e qual descritor contemplou.

Em seguida, a partir do conceito adotado para a dimensão de qualidade clareza metodológica, foram delineadas cinco categorias para análise do CNES e dos documentos selecionados, conforme descritas no *quadro 1*.

Quadro 1. Categorias de análise da dimensão de qualidade clareza metodológica

Tipo de categoria	Descrição
Acessibilidade	Refere-se ao acesso ao sistema e à disponibilidade das documentações.
Conteúdo	Relaciona-se com os assuntos abordados nos documentos quanto às formas de contratação.
Variáveis	Compreende a existência de definições e codificações das variáveis relativas às formas de contratação, as quais devem ser claras e permitir a comparabilidade.
Linguagem	Concerne à clareza da linguagem utilizada nos manuais e/ou documentos no intuito de facilitar a compreensão de forma didática.
Usabilidade*	Diz respeito à estética e à clareza da interface do sistema (telas/formulários/entradas de dados/relatórios/gráficos) com o usuário.

Fonte: elaboração própria.

\*Adaptado de Moraes et al.<sup>21</sup>.

As categorias acessibilidade, conteúdo, variáveis e linguagem foram propostas a partir deste estudo com base no conceito da dimensão de qualidade clareza metodológica proposto por Lima et al.<sup>4</sup>; e a categoria usabilidade foi adaptada de Moraes et al.<sup>21</sup> e coaduna com o conceito adotado para a dimensão de qualidade analisada no estudo em tela. A partir das categorias descritas, o CNES e seus documentos foram analisados no que se refere às formas de contratação, cujos resultados serão apresentados adiante.

## Resultados e discussão

A informação em saúde é fundamental para subsidiar a tomada de decisão. No Brasil, para além dos sistemas de informação de monitoramento de agravos e programas e daqueles de racionalidade assistencial e epidemiológica, o CNES apresenta-se como um importante sistema de informação, que subsidia não somente a caracterização da rede de saúde como também o dimensionamento da força de trabalho vinculada ou não ao SUS.

Essa informação precisa ter qualidade a fim de orientar a análise da situação de saúde e o planejamento de políticas públicas capazes de atender às amplas necessidades de saúde da população. Segundo Coelho et al.<sup>2</sup> e Coriolano et al.<sup>1</sup>, uma das questões inerentes aos SIS é a produção de informação que objetive conhecer melhor os problemas de saúde existentes, constituindo-se como um instrumento para a sua avaliação nos diversos níveis de atenção do SUS.

Para tanto, o acesso aos sistemas de informação e a disponibilidade de instrutivos e documentos que orientem a utilização e alimentação dos SIS são essenciais para a qualidade da informação. Nesse sentido, a clareza metodológica é uma dimensão da qualidade que precisa ser contemplada pelos SIS, e as categorias de análise apresentadas adiante avaliam essa dimensão do CNES e dos seus documentos.

## Acessibilidade

Essa categoria da dimensão de qualidade clareza metodológica do CNES foi analisada por meio do acesso a esse SIS, o que aconteceu no período entre agosto e novembro de 2021. Ao acessar o CNES, verificou-se, a partir de mensagem destacada no novo *site*, que este passava por uma reestruturação, não estando devidamente implementadas todas as suas funcionalidades. Para alguns tipos de buscas, era necessário recorrer à versão anterior do *site*, o que acontece de forma empírica porque não são explicitadas quais funcionalidades e tipos de buscas ainda não estavam implementados. Sabe-se que o aprimoramento dos SIS é processo que visa melhorar a qualidade dos dados produzidos, no entanto, não pode comprometer o acesso.

O acesso à documentação com orientações sobre o sistema não estava disponível no novo *site* para *download*. Foi preciso enviar *e-mail* aos responsáveis pelo CNES ([cnes@saude.gov.br](mailto:cnes@saude.gov.br)) quanto ao acesso aos

documentos. A resposta informava que o novo *site* do CNES utilizava o ambiente File Transfer Protocol (FTP – que, em português, significa Protocolo de Transferência de Arquivos), e que esse ambiente deixou de permitir o acesso por intermédio de alguns navegadores. Assim, somente pode-se obter os documentos para análise mediante instruções encontradas no Wiki CNES<sup>9</sup>.

Um sistema cujas informações relacionam-se com os estabelecimentos e os profissionais de saúde de toda rede do País deve ter como premissa o fácil acesso, assegurando que não haja quaisquer inacessibilidades. Nesse contexto, Bittar et al.<sup>22</sup> refletem que a agilidade de acesso às informações é essencial para a qualidade dos serviços de saúde. Para além da prestação de serviços, a possibilidade de acesso fácil e oportuno é fundamental para a orientação de medidas relativas não somente ao conhecimento da situação de saúde, mas também da gestão dos próprios sistemas de informação.

Os trabalhadores em saúde compõem parte essencial para o cumprimento dos dispositivos constitucionais referentes ao direito à saúde no Brasil. Isso torna pertinente melhorar o teor das informações encontradas no sistema que tem a possibilidade de dimensionar a totalidade dos trabalhadores, inclusive por categoria profissional. Logo, o CNES pode contribuir para a compreensão das lacunas assistenciais e apontar caminhos para sua resposta. Nessa perspectiva, Gonçalves et al.<sup>23</sup> propuseram analisar a distribuição de profissionais médicos especialistas e concluiriam que os resultados poderiam subsidiar discussões e elaboração de políticas públicas que visem à equidade assistencial na região de saúde analisada.

Quanto à acessibilidade do sistema, pode-se afirmar que essa categoria não obteve um desempenho satisfatório e aponta-se para a necessidade de submeter essa crítica ao órgão responsável para verificação das incoerências encontradas porque o acesso é imprescindível.

## Conteúdo

No período de 2005 a 2020, foram publicados 17 documentos que fornecem orientações aos gestores dos três entes federativos e do Distrito Federal quanto ao cadastramento dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde ambulatoriais e hospitalares instalados no território nacional. São eles: cinco manuais, um arquivo zipado com as diversas fichas de preenchimento, seis cadernos de *layout*, dois Leia-me da versão (versão completa e simplificada), um dicionário de dados, uma tabela de domínios e um glossário de críticas.

Do conjunto de documentos disponíveis, apenas cinco foram selecionados

para análise (D1, D2, D8, D12, D14), pois contemplavam os descritores ‘tabela de vínculos de profissionais’ e/ou ‘formas de contratação’. Os documentos D2 e D8, intitulados Leia-me Simplificado e Caderno Layout para Geração do Arquivo TXT de Adequação de Vínculos de Profissionais de outros Sistemas, respectivamente, não foram analisados porque o primeiro trata-se de uma compilação mais resumida do D1, acrescentando apenas alterações técnicas; já o segundo atualiza as formas de contratação inseridas na versão 3.2.40. do sistema e já contidas no documento D1. O quadro 2 adiante apresenta uma análise da categoria conteúdo dos três documentos.

Quadro 2. Documentos do CNES segundo identificação do arquivo, ano de publicação, principais achados quanto à forma de contratação. Brasil. 2005 a 2020

Nº	Nome do Documento	Ano de publicação	Breve descrição do documento	Principais achados	Descritores
D1	Leia-me da Versão	Dez./2020	O documento Leia-me é uma compilação das versões disponibilizadas pelo sistema desde 2005 até os dias atuais. No momento da coleta, já apresentava 184 versões. Essas versões compreendem a inserção de novas informações necessárias para que o CNES seja alimentado pelos usuários do sistema.	Refere-se à identificação das 13 versões do CNES relacionadas com as formas de contratação: 4.1.80; 4.1.60; 4.1.40; 4.0.61 (não obrigatória); 4.0.60; 4.0.30; 3.2.80; 3.2.50; 3.2.30; 3.1.80; 3.1.00; 2.2.90; 2.1.7.	Tabela de vínculos de profissionais/ formas de contratação
D12	Tabelas de Domínio	Out./19	Consiste em um arquivo no formato Excel® que apresenta os códigos e informações (domínios) disponibilizadas no CNES para serem alimentadas pelos gestores.	Enfocando os domínios que tratam sobre as formas de contratação, são identificados 58 códigos relativos às formas de contratação na aba Formas de Contratação do Empregador.	Formas de contratação
D14	Manual de preenchimento SCNES	Out./2006	Documento que visa a uma melhor compreensão do sistema e apresenta seus objetivos. Dispõe de muitos anexos com tabelas relacionadas com o uso do sistema pelos estabelecimentos de saúde e pelos gestores municipais e estaduais.	No anexo 28, traz a Tabela de vínculos com 11 tipos de formas de contratação.	Tabela de Vínculos de Profissionais

Fonte: elaboração própria.

Destaca-se o documento intitulado Leia-me da versão (D1), que, segundo descrição dada pelo CNES, é um

[...] documento pelo qual a equipe responsável pelo desenvolvimento do sistema, informa aos usuários as funcionalidades novas e os acertos promovidos na versão identificada no corpo do texto<sup>23(1)</sup>.

Esse documento é denso e muito extenso (930 páginas) porque é um compêndio das 184 versões do CNES, disponibilizadas no período de 2005 a 2020. Dentre as informações, aponta-se que 13 versões se relacionam com as formas de contratação<sup>20</sup>. Ressalta-se que, entre essas, a versão 3.1.00 apresenta a nova tabela de vínculos de profissionais de saúde no Módulo Cadastro de Profissionais do CNE, sem que fosse citada nas referências jurídicas/normativas com qual portaria a referida tabela está relacionada. Isso pode revelar, a despeito da inclusão da tabela, a existência de uma lacuna sobre informações acerca das formas de contratação.

Considerando-se os 16 anos transcorridos entre os anos de 2005 (atualização do CNES) e 2020 (período final do estudo), pode-se observar uma média de 11,5 versões do CNES disponibilizadas a cada ano. Esse achado sugere a necessidade de os operadores estarem constantemente se atualizando sobre o manuseio do CNES. Esses profissionais são, em sua maioria, técnicos e/ou gestores municipais que inserem os dados referentes às formas de contratação dos profissionais de saúde no CNES. Cabe ressaltar que há rotatividade desses gestores e/ou técnicos, seja pelo ciclo eleitoral, seja pela precarização dos vínculos institucionais, o que aponta para potenciais problemas de alimentação do sistema.

O documento Tabelas de Domínio (D12) consiste em uma planilha de Excel® com cerca de 50 abas, que descrevem os códigos dos dados a serem inseridos nos campos do CNES. Foi possível identificar três abas que se relacionam com as formas de contratação,

as quais são definidas pela Portaria nº 1.321, de 22 de julho de 2016, que foi revogada e assimilada pela Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Essa norma, em seu art. 381, traz a definição e a hierarquização da terminologia da forma de contratação dos profissionais de saúde<sup>24</sup>.

O documento Tabelas de Domínio (D12) apresenta os códigos das formas de contratação do profissional com os estabelecimentos de saúde tal como a base de dados para serem tabulados. É importante destacar que a codificação permite a comparabilidade das variáveis em série histórica. O número de formas de contratação, habilitadas ou não, que se encontra na descrição do seu detalhamento é de 58. Por isso, pode-se perceber a complexidade do preenchimento do CNES e a necessidade de uma estratégia de apoio aos gestores.

Nessa direção, a página oficial do CNES (Wiki CNES) aponta para o crescimento do escopo do sistema sem que tenha havido discussões com as secretarias municipais e/ou estaduais e sugere dúvidas sobre a capacidade operacional das secretarias de saúde em lidar com as mudanças efetuadas no sistema ao longo de seu percurso histórico<sup>9</sup>.

Ademais, esse crescimento do escopo do CNES, possivelmente, está relacionado, entre outros fatores, com o incremento dos postos de trabalho ofertados pelo SUS ao longo de sua trajetória conforme apontam Machado et al.<sup>12</sup>. São pelo menos 3,5 milhões de trabalhadores que desempenham suas funções em equipes multiprofissionais, qualificadas e especializadas. Além disso, os autores relataram a permanência de problemas estruturais, em especial, na gestão do trabalho do SUS, diante de seu gigantismo. Outras questões levantadas versam sobre a precarização e a terceirização do trabalho nos serviços de saúde, associadas à carência de profissionais nas áreas fora dos grandes centros urbanos, revelando ser este um problema estrutural.

O documento Manual de preenchimento do CNES (D14), lançado em 2006, concomitantemente à segunda versão do sistema,

apresenta sua estrutura; sua relevância; sua fundamentação legal e os atos normativos relacionados com as mudanças nos diversos cadastramentos; seus objetivos; as instruções gerais de preenchimento dos formulários do CNES; e as tabelas relativas às configurações dos cadastros. Dos cinco manuais encontrados na pasta 'documentos', esse é o único que apresenta uma tabela de vínculo de profissionais.

Assim, a despeito de as formas de contratação serem um tema relevante para a administração pública e para o modelo de atenção do SUS, orientado pela Atenção Primária à Saúde, a capacidade de apoio desse manual e dos demais, bem como dos documentos analisados, não corresponde a essa relevância e não dá conta de instrumentalizar os usuários do sistema, considerando a ampliação das formas de contratação incorporadas ao CNES ao longo desse período. Essa ampliação pode ser constatada no fato de que os 11 códigos relativos às formas de contratação disponibilizadas no Anexo 28 do Manual Técnico do CNES (D14), em 2006, passaram a ser 58 códigos disponibilizados no documento Tabelas de Domínio (D12), em 2019. Com isso, pode-se afirmar que a categoria conteúdo não corresponde à expectativa e compromete a clareza metodológica desses documentos e do CNES.

## Variáveis

Nesta categoria, buscou-se observar se as definições e codificações das variáveis relativas às formas de contratação disponíveis no CNES e nos documentos analisados (D1, D12 e D14) permitem comparabilidade. As variáveis são importantes para o desenvolvimento de pesquisas e para subsidiar os processos de gestão. Portanto, a disponibilidade das variáveis deve permitir a comparabilidade entre os dados produzidos em diferentes períodos, que venham a constituir análises de séries históricas, pois as modificações realizadas se tornam um fator complicador na manipulação da base de dados.

Nesse tocante, apenas no documento Leia-me da versão (D1), pode ser observada

uma importante mudança que ocorreu em 2015 na variável esfera administrativa, a qual foi substituída pela natureza jurídica. Essa alteração se deu em consonância com a Portaria nº 1.319, de 24 de novembro de 2014, a qual estabelece em seu art. 6º que "Natureza Jurídica será a única fonte para identificar a constituição jurídico-institucional dos Estabelecimentos de Saúde cadastrados no CNES"<sup>25</sup>.

O estudo de Tedgue et al.<sup>26</sup> é um exemplo do impacto que essas alterações nas variáveis podem causar. Os autores, ao utilizar dados do CNES para analisar a distribuição da força de trabalho por naturezas jurídicas dos estabelecimentos hospitalares no Brasil, entre 2008 e 2018, precisaram subdividir a série histórica em dois períodos históricos (de 2008 a 2015 e de 2016 a 2018). Essa estratégia foi adotada devido à mudança estabelecida pela Portaria nº 1.319/2014<sup>25</sup> na variável estudada, para não haver confundimento entre as nomenclaturas 'natureza' e 'natureza jurídica', o que foi necessário para garantir a fidedignidade interna dos dados do estudo. As variáveis que compõem um sistema de informação são o cerne para a geração de informações fidedignas que subsidiarão análises e a tomada de decisão.

Alerta-se que qualquer mudança de regra quanto às variáveis, sem o adequado apontamento no sistema, pode comprometer estudos que estejam a contemplar questões-chave da saúde pública e do cuidado à população. Como exemplo, pode-se citar o estudo de Moreira<sup>27</sup> que, na pandemia da Covid-19, utilizou o CNES para coleta de variáveis de cobertura assistencial, com a finalidade de conhecer o arsenal médico-assistencial no Brasil, objetivando o uso racional de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de ventiladores pulmonares. Diante do cenário pandêmico da Covid-19 e da sobrecarga causada no sistema de saúde, evidenciou-se a relevância do CNES.

Os códigos que definem os tipos de formas de contratação são compostos por seis dígitos (000000), hierarquizados segundo a terminologia definida pela Portaria de Consolidação nº 1/2017<sup>24</sup>: Forma de Contratação com o

Estabelecimento ou sua Mantenedora (00); Forma de Contratação com o Empregador (00); Detalhamento da Forma de Contratação (00). Esses códigos estão descritos nas tabelas de formas de contratação, as quais são contempladas nas versões do CNES (Leia-me da versão – D1), que tratam sobre as formas de contratação, e nas suas respectivas portarias. Além do mais, esses códigos são identificados no documento Tabelas de Domínio (D12), no Manual de preenchimento do CNES (D14) e na base de dados do CNES. Em todos esses documentos, observa-se que os códigos são compatíveis entre si, permitindo sua comparabilidade, mesmo com a ampliação no número de códigos, devido à diversificação das formas de contratação. Romero et al.<sup>28</sup>, ao analisarem o Sistema Nacional de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), encontraram resultados diferentes para algumas variáveis, as quais apresentaram problemas quanto à definição dos códigos.

Assim, o presente estudo demonstra que o CNES apresenta fragilidades na definição das variáveis relacionadas com as formas de contratação, mesmo apresentando codificações precisas e compatíveis entre os documentos analisados, o que permite a comparabilidade entre diferentes recortes temporais.

## Linguagem

A categoria Linguagem refere-se à clareza da linguagem utilizada nos manuais e/ou documentos no intuito de facilitar a compreensão de forma didática para o manuseio do CNES. Neste estudo, a análise dessa categoria da dimensão de qualidade clareza metodológica enfocou como as formas de contratação foram abordadas nos documentos selecionados.

O primeiro documento a ser analisado em relação a essa categoria foi o Leia-me da versão (D1), que é um documento em formato Portable Document Format (PDF). Esse documento apresenta uma linguagem bastante técnica, no entanto, é pouco didático e requer noções prévias sobre o CNES. O D1 é composto

por um índice, que lista todas as versões do CNES e não apresenta capa nem introdução com orientações aos leitores para situar sobre o que ele aborda. No próprio índice, na maioria das versões, há a especificação de sua obrigatoriedade ou não, mas essa especificação não aparece em todas, o que deixa dúvidas em relação à obrigatoriedade de algumas versões, evidenciando uma falta de padronização no documento, o que pode gerar confusão no leitor. Ainda em relação ao Leia-me da versão (D1), para ilustrar as orientações, são utilizados quadros e *prints* da tela do CNES, entretanto, há vários *prints* que não estão disponíveis para visualização no documento, dificultando o entendimento da informação.

O documento Tabelas de Domínio (D12), que se propõe a apresentar os códigos necessários ao preenchimento dos dados no CNES, a despeito de cumprir tal finalidade, não disponibiliza um índice especificando o conteúdo de cada aba. A ausência desse índice deve ser entendida como uma lacuna na linguagem utilizada, que pode prejudicar o manuseio do documento pelo leitor, pois a compreensão do que cada aba aborda só ocorrerá à medida que o leitor manusear cada uma das cerca de 50 abas do documento.

O Manual de preenchimento do CNES (D14) apresenta uma linguagem clara e didática, utilizando ilustrações de cada item contido nos formulários cadastrais do CNES, o que facilita o entendimento do leitor sobre como realizar o preenchimento dos dados desses documentos que alimentarão o sistema. O D14 uniformiza as terminologias técnicas e constitui fonte de consulta sobre o sistema e seus formulários. O Anexo 28 do manual traz uma tabela de vínculos de profissionais, entretanto, a despeito de ter sido publicada em 2006, os termos contidos nos tipos ‘outros’ (bolsa e contrato verbal/informal) e em ‘autônomo’ nunca constituíram vínculos com a administração pública, o que sugere dúvida quanto ao seu uso.

A criação e a publicação de manuais não excluem a necessidade de treinamento para colocar em prática o que preconiza esses

documentos, com vistas à redução da ineficiência e à melhoria da gestão de processos. Nessa perspectiva, a adoção de manuais pelos gestores pode imprimir agilidade à organização, além de diversas outras vantagens, tais como: disponibilidade de um instrumento e fonte de informação constante; promoção da uniformização e da utilização de terminologias técnicas; constituição de fonte de consulta permanente e atualizada etc. Porém, há limitações a serem consideradas, entre elas: a excessiva burocratização; o custo de sua elaboração e manutenção; o excesso de informação inserido nos manuais, pois os grandes manuais tendem a não atrair os usuários à sua leitura, além de requerer a utilização de linguagem clara e didática para que haja clareza metodológica no documento<sup>29</sup>.

Considerando outros sistemas de informação, Medeiros<sup>30</sup> apontou diferenças quanto à clareza metodológica entre os manuais dos sistemas Finanças do Brasil (Finbra) e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops). Os manuais e os documentos publicados pelo Finbra apresentam regularidade em suas publicações, entretanto, são pouco claros e didáticos, incorrendo em ambiguidades na compreensão do documento que apresenta as tabelas de domínios do Finbra e valores e nas orientações quanto à composição dos indicadores. A autora destaca, ainda, que um conhecimento contábil prévio é requerido para o entendimento da informação disponibilizada no sistema. No lado oposto, os manuais do Siops são mais bem avaliados quanto à clareza metodológica.

Sobre a categoria linguagem, pondera-se que, dos três documentos analisados, o melhor resultado é o do Manual de preenchimento do CNES (D14), seguido pelo documento Tabelas de Domínio (D12) e pelo Leia-me da versão (D1).

## Usabilidade

Para a discussão dessa categoria, será analisado o novo *site* do CNES no que se refere à estética e à clareza da interface do sistema com

o usuário. A decisão de analisá-lo se justifica pelo fato de este ser considerado o *site* oficial do sistema. Ele apresenta uma interface mais moderna, intuitiva e de fácil compreensão, estando disponíveis quatro menus principais: a) o Acesso Rápido (no qual se pode realizar a consulta dos profissionais e dos estabelecimentos); b) *Downloads* (em que se pode baixar aplicativos, arquivos da aplicação, arquivos para outros sistemas, base de dados e documentações); c) Informes; e d) Legislação (no qual é possível acessar as portarias e os documentos normatizadores do sistema). Entretanto, nesse último menu, observou-se a ausência da Portaria de Consolidação nº 1/2017, a qual traz atualizações sobre as formas de contratação<sup>24</sup>.

Além dos menus descritos, há *links* em destaque na área central do *site* que direcionam o usuário para itens de seu interesse, como é o caso das instruções para cadastramento no CNES, que é um dos *links* em destaque. Outro *link* em destaque na interface do sistema com o usuário são os campos de ‘Consulta Estabelecimento’ e ‘Consulta Profissional’, o que facilita o uso dessa ferramenta pelo usuário.

No entanto, em relação ao campo ‘Consulta Profissional’, observa-se que a apresentação dos dados sobre a forma de contratação ainda usa o termo vínculo, nomenclatura anterior à definida pela Portaria de Consolidação nº 1/2017<sup>24</sup>, que estabelece o termo forma de contratação, evidenciando o desalinhamento entre os dados apresentados pelo sistema e as normatizações definidas em portarias, bem como a não atualização pela área responsável no Ministério da Saúde.

O novo *site* do CNES apresenta, ainda, outros quatro menus na parte inferior da tela: a) Serviços; b) Redes Sociais; c) RSS; e d) Sobre o *Site*. Em relação a esses menus, destaca-se o Redes Sociais, que disponibiliza os perfis do CNES no Twitter, no Facebook, no YouTube e no Google+. No entanto, todas as redes sociais estão desatualizadas ou com perfis inativos. A utilização de redes sociais

para compartilhamento de informações com os usuários demonstra um esforço para a facilitação do uso desse sistema, mas requer esforços para manter esses perfis atualizados e ativos para os usuários.

Nessa direção, retoma-se o fato de que nem todas as funcionalidades do CNES estão disponíveis no novo *site*, algo discutido na categoria acessibilidade e que tem interface com a categoria usabilidade. Dessa forma, a usabilidade do sistema acaba ficando comprometida

porque o usuário precisa acessar o *site* anterior com estética e interface distinta do *site* atual. Ressalta-se que essa situação persiste desde o ano de 2017, quando o novo *site* foi anunciado na versão 4.0.00, publicada em junho do referido ano.

O *quadro 3* sintetiza os achados deste estudo sobre as categorias acessibilidade, conteúdo, variáveis, linguagem e usabilidade da dimensão de qualidade clareza metodológica do CNES.

Quadro 3. Síntese dos achados sobre as categorias de análise da dimensão de qualidade clareza metodológica do CNES e dos documentos selecionados, considerando a abordagem das formas de contratação inseridas no sistema

<b>Categoria</b>	<b>Achados</b>
Accessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O novo <i>site</i> está em reestruturação e com algumas funcionalidades a serem implementadas e apenas disponíveis no <i>site</i> anterior.</li> <li>- Dificuldade de acesso às documentações porque o ambiente do novo <i>site</i> do CNES permite o acesso aos documentos apenas por meio de alguns navegadores, tendo que recorrer ao Wiki CNES.</li> </ul>
Conteúdo	<p>Leia-me da Versão (D 1): o documento apresenta as 184 versões do CNES disponibilizadas entre os 16 anos analisados, ou seja, uma média de 11 versões a cada ano. Todo esse volume de atualizações do sistema aponta para a necessidade de os operadores estarem constantemente se atualizando sobre o manuseio do CNES. Considerando todas as versões, 13 tratam sobre as formas de contratação. Chama a atenção a versão 3.1.00 que contém uma tabela de formas de contratação sem que a informação seja ampliada nas referências jurídicas/normativas com a inclusão da portaria com ela relacionada.</p> <p>Tabelas de Domínio (D 12): apresenta a hierarquização da terminologia da forma de contratação dos profissionais de saúde, conforme a Portaria de Consolidação nº 1/2017, e os códigos das formas de contratação são os mesmos da base de dados, o que permite a comparabilidade das variáveis em série histórica.</p> <p>Manual de preenchimento SCNES (D 14): é o único manual que apresenta uma tabela de vínculo de profissionais. Assim, em relação ao volume de inclusões das novas formas de contratação ao longo da série (de 11 para 58), possui baixa capacidade de apoio.</p>
Variáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nessa categoria, foram avaliadas as variáveis relacionadas com as formas de contratação, considerando o conjunto dos documentos e o novo <i>site</i> do CNES. Nesse sentido, apenas no documento (D1) pode ser observada a mudança na variável esfera administrativa, a qual foi substituída pela natureza jurídica, em 2015, o que pode gerar dificuldades de implementar tabulação dos dados nos anos subsequentes, requerendo a atenção de pesquisadores e gestores ao analisarem esses dados em uma série histórica.</li> </ul>
Linguagem	<p>Leia-me da Versão (D 1): o documento não apresenta uma introdução, iniciando com um índice que apresenta as 184 versões do CNES. O D1 utiliza uma linguagem técnica, e o índice requer uma padronização quanto à informação de obrigatoriedade ou não da versão. Outro aspecto negativo é a ausência da visualização de alguns prints das telas do CNES, estratégia utilizada para melhor compreensão do documento.</p> <p>Tabelas de Domínio (D 12): possui cerca de 50 abas e não disponibiliza um índice especificando o conteúdo de cada aba. Esse fato pode ser considerado uma lacuna na linguagem para a compreensão do leitor, pois ele necessita acessar cada aba para conhecer o seu conteúdo.</p> <p>Manual de preenchimento SCNES (D 14): esse manual é disponível no formato PDF e apresenta de forma didática os formulários do CNES por meio de ilustrações, o que facilita o entendimento do leitor quanto ao preenchimento de dados. Entretanto, tendo sido publicado em 2006, está desatualizado. Além disso, a tabela de vínculo de profissionais contém tipos de formas de contratação que nunca constituíram vínculos com a administração pública.</p>

Quadro 3. Síntese dos achados sobre as categorias de análise da dimensão de qualidade clareza metodológica do CNES e dos documentos selecionados, considerando a abordagem das formas de contratação inseridas no sistema

<b>Categoria</b>	<b>Achados</b>
Usabilidade*	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O novo site do CNES é mais intuitivo e mais didático. Possui perfis nas redes sociais, porém, desatualizados.</li> <li>- Nem todas as funcionalidades do site estavam prontas, problema que persiste desde 2017.</li> <li>- Informações sobre profissionais geradas com a terminologia mais antiga (vínculo) em detrimento de forma de contratação.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

\*Adaptado de Moraes et al.<sup>21</sup>.

## Considerações finais

A qualidade da informação é condição *sine qua non* para a produção do conhecimento em saúde e para a implementação de políticas públicas que promovam a equidade e o direito à saúde. Cada estudo que envolve os SIS reflete a busca por seu aprimoramento, seja utilizando-os como fonte de dados, seja apresentando críticas e potencialidades. Assim, os achados da pesquisa com o CNES não fogem a essa regra.

Nessa perspectiva, de uma forma geral, ao considerar todas as categorias de análise (acessibilidade, conteúdo, variáveis, linguagem e usabilidade), fica evidenciado que o CNES carece de uma melhor atenção quanto à dimensão de qualidade clareza metodológica, tendo em conta a abordagem das formas de contratação dos profissionais de saúde inseridas no sistema.

Pondera-se que as categorias propostas para a análise da dimensão de qualidade clareza metodológica precisam ser validadas pela comunidade científica por meio de sua utilização em outros estudos que abordem outros sistemas de informação, ou mesmo o CNES sob outras perspectivas.

A despeito da relevância dessa dimensão de qualidade, a clareza metodológica tem sido pouco abordada, demonstrando as potencialidades dos achados deste estudo para subsidiar discussões entre os gestores, os técnicos e os órgãos responsáveis pelo aperfeiçoamento

desse sistema, considerando a clareza metodológica do CNES.

A informação de qualidade é aquela que se entende e se reproduz com clareza, o que coaduna com a busca por gestões mais democráticas e dirigidas ao bem comum dos cidadãos e dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à população. Nesse sentido, a busca pela disponibilidade de informação de qualidade deve ser o motor de condução de aprimoramento dos sistemas de informação – e foi nesse intuito que o presente estudo pretendeu disponibilizar contribuições acerca da dimensão de qualidade clareza metodológica, considerando a abordagem das formas de contratação dos profissionais de saúde inseridas no CNES.

## Colaboradores

Coelho JGAM (0000-0002-4678-1071)\*, Medeiros KR (0000-0002-7518-4137)\* e Feliciano M (0000-0002-0845-2461)\* contribuíram para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; para redação do trabalho e/ou revisão crítica para importante conteúdo intelectual, e para sua aprovação na versão final do manuscrito. Damázio SLC (0000-0003-2851-5076)\* e Santos CR (0000-0001-8367-7006)\* contribuíram para concepção e planejamento; para revisão crítica para importantes conteúdo intelectual, e para sua aprovação na versão final do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Coriolano LS, Penteadó SMP, Arregi MMU. Sistemas de Informação em Saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2018. p. 617-34.
2. Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2023 jul 7]; 37(7):e00182119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182119>.
3. Santos TOD, Pereira LP, Silveira DT. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. *Reciis*. 2017 [acesso em 2023 jul 27]; 11(3):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i3.1064>.
4. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2023 jul 27]; 25(10):2095-109. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001000002>.
5. Pires EAN, Sena A. Qualidade da informação: uma breve abordagem sobre a contribuição do periódico científico para ciência. *MOCI*. 2013 [acesso em 2022 dez 7]; 2(1):1-19. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/moci/article/view/16938>.
6. Paim I, Nehmy RMQ, Guimarães CG. Problematização do conceito “Qualidade” da Informação. *Perspect. ciênc. inf*. 1996 [acesso em 2022 dez 18]; 1(1):111-9. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/pci/article/view/22313/17921>.
7. Feliciano M, Medeiros KR, Damázio SL, et al. Avaliação da cobertura e completitude de variáveis de Sistemas de Informação sobre orçamentos públicos em saúde. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 jan 22]; 43(121):341-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912104>.
8. Rocha TAH, Silva NC, Barbosa ACQ, et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2022 jan 14]; 23(1):229-240. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.16672015>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Wiki CNES. [Brasília, DF]: [DATASUS]; 2013. [acesso em 2021 nov 14]. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal).
10. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epidemiol. serv. saúde*. 2018 [acesso em 2022 jun 18]; 27(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420180001000015>.
11. Silva M. Análise das deficiências do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e proposta de soluções em Sistemas de Informação. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2021.
12. Machado MH, Ximenes Neto FR. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [acesso em 2023 fev 12]; 23(6):1971-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>.
13. Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites Críticos das Noções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. Brasília, DF: UnB; 2004 [acesso em 2022 jun 11]. Disponível em: [www.obsnetims.org.br/uploaded/24\\_1\\_2014\\_\\_0\\_Observatorio\\_volume\\_dois.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/24_1_2014__0_Observatorio_volume_dois.pdf).

14. Koster I. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008. 208 p.
15. Pelissari MR. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2023 ago 22]; 2(1):159-65. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p159>.
16. Carvalho MN, Costa EMOD, Sakai MH, et al. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2022 dez 18]; 40(109):154-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912>.
17. Mendes YMMB, Rattner D. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. *Rev. saúde pública*. 2020 [acesso em 2023 jun 18]; 54(23):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>.
18. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2022 ago 12]; (25):1327-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.
19. Kripka R, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *CIAIQ*. 2015 [acesso em 2021 nov 15]; 2:1-5. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília (DF): DATASUS. [2000]. [acesso em 2023 jul 27]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
21. Moraes RM, Costa AL. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. *Rev. Adm. Pública*. 2014 [acesso em 2022 ago 15]; 48(3):767-93. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-76121512>.
22. Bittar OJNV, Biczyc M, Serinolli MI, et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. *Rev. Adm. Saúde*. 2018 [acesso em 2023 jul 28]; 18(70):1-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.77>.
23. Gonçalves E, Oliveira Júnior AJ, Mialhe FL. Análise da distribuição de médicos especialistas em microrregiões de saúde na área de consórcios intermunicipais de saúde no Sul de Minas Gerais. *REAS*. 2021 [acesso em 2023 ago 21]; 13(4):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7005.2021>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 29 Set 2017.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 1.319, de 24 de novembro de 2014. Estabelece regras no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para adequação às normas da Receita Federal do Brasil (RFB) de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ). *Diário Oficial da União*. 25 Nov 2014. [acesso em 2024 jan 26]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1319\\_24\\_11\\_2014.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1319_24_11_2014.html).
26. Tedgue MAP, Wu FA, Duarte JA, et al. Ocupação de trabalhadores da saúde por naturezas jurídicas e tipos de estabelecimentos hospitalares no Brasil. 2021. [acesso em 2023 maio 13]. Disponível em: <https://doi.org/10.37885/210203145>.
27. Moreira RS. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 ago 22]; 36(5):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080020>.

28. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [acesso em 2019 set 11]; 23(3):701-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300028>.
29. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Unidade 6: Manuais da Organização. Brasília, DF: Ministério da Educação; [data desconhecida]. [acesso em 2022 nov 1]. Disponível em: [https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/176156/24/texto-base\\_manuais%20final.pdf](https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/176156/24/texto-base_manuais%20final.pdf).
30. Medeiros KR. Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros. [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 185 p.

---

Recebido em 03/03/2023

Aprovado em 18/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos



## Cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas

*Health care for adolescents who are susceptible to drug use*

Grasiella Bueno Mancilha<sup>1</sup>, Amalia Neide Covic<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408516P

**RESUMO** Este artigo trata das adolescências, no plural, como construção histórico-social de um processo dinâmico, e do adolescente perante seus modos de vida e expressão em um contexto histórico-social e singular. Entende-se aqui que ações meramente prescritivas são insuficientes para responder às complexidades dos processos de adoecimento mental na sociedade contemporânea. Objetivou-se compreender o contexto das práticas de cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade, diante do uso de drogas, na dimensão das tensões dos campos de práticas do cuidado em saúde. Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, que realizou entrevistas com profissionais da área da saúde (Unidade Básica de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil). Destacam-se as tensões no campo de práticas entre o modelo assistencial biomédico e de guerra às drogas *versus* o psicossocial/comunitário; redução de estigma; acesso; redução de danos e nos atendimentos individuais, bem como a importância de refletir e fomentar o processo de mudança da mentalidade diante do adoecimento mental, visando atualizar as formas de cuidar. Esse processo tem sido realizado conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com avanços e retrocessos que repercutem na atualização das práticas de cuidado em saúde mais alinhadas às propostas de ações psicossociais e redutoras de vulnerabilidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Adolescentes. Uso recreativo de drogas. Vulnerabilidade em saúde. Saúde mental.

**ABSTRACT** *This article deals with adolescences, in the plural, as a socio-historical construction of a dynamic process and with the experience of adolescents with their lifestyle and self-expression in a unique socio-historical context. It assumes that purely prescriptive measures are insufficient to address the complexity of mental illness processes in contemporary society. This study aims to understand the context of health care practices for vulnerable youth, particularly those involved in substance use, through the lens of tensions in health practice domains. This is an exploratory, descriptive study using a qualitative approach, with interviews conducted with health professionals (in Basic Health Unit and Psychosocial Care Center for Children and Adolescents). The study highlights the tensions within health practice between the biomedical model and the war on drugs and a community-based psychosocial approach; it underlines the need for reducing stigmatization, improving access, harm reduction, and individualized care. It also emphasizes the importance of considering and promoting a shift in mentality towards mental illness in order to develop care strategies. This process was carried out in line with the principles of the Brazilian Mental Health Reform, with advances and setbacks that affect the updating of health practices, which are more oriented towards proposals for psychosocial and vulnerability-reducing actions.*

**KEYWORDS** *Adolescents. Recreational drug use. Health vulnerability. Mental health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.  
grasiella.mancilha@gmail.com



## Introdução

Parte-se da compreensão de que há adolescências, no plural, por serem estas construídas como um fenômeno sociocultural contemporâneo e complexo, uma noção que pretende dar um salto em relação aos recortes meramente biológicos, etários, normalizadores e homogeneizantes que cercam os adolescentes, contribuindo, assim, para avançar em uma compreensão singular da questão<sup>1-5</sup>.

Para o adolescente, muitas situações são experimentadas pela ‘primeira vez’, e vividas com muita curiosidade, intensidade e criatividade. Essas novas e diferentes experiências são oportunizadas por seu meio social e cultural, conferindo características singulares aos modos de ser e viver e aos diferentes estilos de vida<sup>6-8</sup>.

A forma como as práticas de cuidado em saúde, destinadas a essa população, estão organizadas passa por uma reestruturação, e alguns esforços para embasar essas práticas têm ocorrido, como a linha de cuidado ao adolescente e jovem no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de São Paulo<sup>9</sup>. Entende-se, nessa nova abordagem, que o processo de cuidar contempla o sujeito em sua integralidade, de forma biopsicossocial, sendo permeado pelas formas de viver e trabalhar, ou seja, influenciado por condições econômicas, culturais e sociais. As práticas em saúde correspondem a tentativas sempre plurais e que contribuem para a compreensão contínua e dinâmica dessa complexidade e integralidade do sujeito singular e coletivo<sup>10</sup>.

Para a elaboração de um plano de cuidados do adolescente em situação de vulnerabilidade – em consonância com o SUS (sobretudo no que se refere à integralidade); com a Rede de Atenção Psicossocial (Raps); e com as estratégias de Redução de Danos (RD) –, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) elaborados, afinados com a teoria de vulnerabilidade em saúde, possuem ações amplas e potencialmente mais efetivas por compreenderem o processo de adoecimento de forma complexa e interconectada pelas situações vivenciadas pelo

adolescente, destacando aqui as complexidades que tangem o uso, ou vulnerabilidade ao uso, de álcool e de outras drogas.

A vulnerabilidade é entendida diante de três dimensões ou componentes: a individual, a social e a programática, sendo elas interconectadas e interdependentes. A teoria da vulnerabilidade em saúde instrumentaliza para que se analisem as complexas e diferentes realidades vivenciadas pelos sujeitos, o que constitui os processos saúde-doença populacionais<sup>11-13</sup>.

O conceito de vulnerabilidade em saúde se expandiu diante do processo de crise das práticas biomédicas de cuidado. As ações meramente prescritivas não são suficientes para responder as complexidades dos processos de adoecimento mental da população na sociedade contemporânea. O sujeito que precisa de cuidados em saúde é visto como um agente protagonista em sua vida e que necessita ir além de sua ‘força de vontade’ para apreender as informações do que ‘deve’ ou ‘pode’ fazer em comportamentos redutores de vulnerabilidade<sup>11-13</sup>. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi compreender o contexto das práticas de cuidado em saúde ao adolescente em vulnerabilidade diante do uso de drogas, na dimensão das tensões no campo de práticas do cuidado em saúde e no atendimento individual.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, utilizando a análise do conteúdo do discurso<sup>14</sup>, produto de uma tese. Foram selecionados os três territórios com maior índice de vulnerabilidade juvenil da zona leste da capital paulista – um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Caps IJ) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de cada um dos territórios. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, na modalidade on-line e individuais, com duração média de 40 minutos, gravadas em áudio e transcritas.

Participaram do estudo: nove profissionais, todos do gênero feminino entre 35 e 47 anos,

seis deles atuantes em Caps IJ e três atuantes em UBS. Quanto à área de formação das participantes: quatro assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, duas psicólogas e uma pedagoga, desempenhando cargo de oficinista. A análise dos dados produzidos aconteceu em três etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados: inferências e interpretação. Buscou-se o entendimento do sentido da comunicação e, principalmente, procurou-se outra significação, outra mensagem passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira.

A pré-análise envolveu o primeiro contato com o material, sua organização e as definições operacionais e sistematização das ideias, elaborando um plano de análise. O material foi organizado, analisado e, em posse do conteúdo, realizou-se a seguinte sequência de operacionalidade: leitura flutuante; escolha dos documentos; formulação de hipóteses e objetivos, referenciação dos índices e preparação do material a ser analisado<sup>14</sup>. Os dados apresentados neste artigo dizem respeito ao eixo de análise referente às práticas de cuidado em saúde ao adolescente na dimensão do campo das práticas do cuidado em saúde. A categoria apresentada se refere às práticas na relação de cuidado ao adolescente em vulnerabilidade ao uso de drogas; e as subcategorias: o cenário das práticas entre o modelo biomédico e manicomial *versus* práticas psicossociais e comunitárias; guerra às drogas *versus* redução de danos; estigma; acesso; atendimento individual e a compreensão dos diferentes padrões de uso e motivações para o uso. A pesquisa foi aprovada com o CAAE 30166520.4.0000.5505 e parecer 4.072.119.

## Resultados e discussão

Desde o movimento de Reforma Sanitária, o modelo assistencial em saúde no Brasil vive tensões que colocaram em questionamento as práticas biomédicas. Por serem, muitas vezes, dispendiosas financeiramente e pouco

resolutivas, ocuparam-se com a queixa em si, intervindo no efeito, e não na causa<sup>15</sup>.

No Brasil, há um modelo historicamente hospitalocêntrico no que diz respeito às práticas de cuidado da pessoa que adoece mentalmente, cenário que produziu imensa exclusão e estigmatização dessas pessoas. Essas práticas estão marcadas por concepções do modelo médico-moral que consolidou o tratamento psiquiátrico com enfoque em medicamentos e disciplinarização, o que implica maus-tratos, coerção e abandono, destituindo o sujeito de sua autonomia. A concepção do adoecimento mental que tem raízes nesse modelo de cuidado enfoca a doença, o remédio, a internação, o médico e a obediência<sup>16</sup>.

As práticas psicossociais concebem o adoecimento mental como fenômeno biopsicossocial que busca compreender a pessoa que adoece como única e influenciada por seu meio e suas relações. Assim, as práticas de cuidado a serem construídas são as que consideram a integralidade e a singularidade da pessoa, integrando nessa compreensão as diversas dimensões de sua vida, como contexto familiar, social, comunitário, econômico e cultural<sup>11</sup>.

Os profissionais relatam viver em uma crise relacionada com as práticas do cuidado em saúde, caracterizada por uma dualidade marcante e que tenciona as diferentes concepções entre os modelos de cuidado biomédico e de cuidado psicossocial, com uma demanda (social e familiar) em que predomina a lógica da internação.

*E2: O desafio tem a ver, principalmente, com essa solicitação da internação. Que vem essa cultura que o adolescente ou a criança precisa estar em um grupo e você só ficaria em ambiente hospitalar com outras pessoas cuidando, sem você dar alguma autonomia ao sujeito. Quando a gente fala da proposta de acolhimento do Caps, ela confronta com essa idealização de uma internação, de estar livre. Então é uma briga muito desigual e aí a gente diz para família, 'vamos trabalhar' e a família diz, 'estou muito cansada, eu prefiro que ele esteja em outro lugar'.*

Esse ‘outro lugar’ é um local de internação, fechado e ‘longe’ da realidade social do estilo de vida do adolescente. O contexto hospitalar ou de uma instituição fechada é um local ‘artificial’, pois não representa os reais desafios aos quais esse adolescente está exposto em sua comunidade e que caracterizam condições geográficas e existenciais. Isso permite afirmar que um afastamento dessa realidade, ou seja, das situações que o vulnerabilizam, não será considerado nem trabalhado durante uma internação de forma suficiente; e que, ao ter alta, o adolescente retornará ao seu contexto, com todas as situações que o vulnerabiliza. Assim, esse jovem estará desconectado de práticas de cuidado que sejam mais efetivas no que diz respeito ao desenvolvimento de comportamentos e atitudes mais saudáveis. É importante salientar que, no processo de cuidado e acompanhamento do adolescente, é fundamental conhecer o modo de consumir drogas ou mesmo as dimensões ‘para quê?’, ‘por quê?’ e ‘como?’ se dá o uso de drogas em sua vida, desenvolvendo formas de construção de um cuidado a partir das necessidades do adolescente e do que faz sentido para ele, por meio de estratégias de educação em saúde participativas com intenção emancipatória<sup>17,18</sup>.

Torna-se necessário, portanto, o acompanhamento, o desenvolvimento e a elaboração de projetos, mediante ações práticas que transformam concretamente as condições de vida por meio de intervenções psicossociais conectadas com as necessidades do adolescente e que lhe enriqueçam pessoal e socialmente<sup>19</sup>.

É nessa tensão que o campo das práticas do cuidado em saúde ao adolescente tem acontecido. As subcategorias que se seguem apresentam análises para que os profissionais de saúde possam conduzir processos de cuidado e acompanhamento aos adolescentes de forma a construir intervenções e uma relação de cuidado mais alinhadas ao modelo biopsicossocial.

A resistência e a militância antimanicomial tornam-se, especialmente, importantes. Diante de diversas situações consideradas um ataque

às conquistas já consolidadas na política nacional de saúde mental, e dos consequentes retrocessos no campo das práticas de saúde que estão entretendo o avanço do modelo psicossocial, é especialmente importante resistir e trabalhar em prol da pessoa, salvaguardando seus direitos e oferecendo práticas de cuidado em saúde alinhadas com o que se direciona pelo modelo psicossocial.

## **Guerra às drogas *versus* Redução de Danos**

Diante da contextualização do cenário de práticas no cuidado ao usuário de drogas, um dos desafios são as práticas ancoradas na compreensão do modelo de guerra às drogas, sendo decorrente de uma série de concepções moralistas e proibicionistas ao uso de drogas, culpabilizando o sujeito e delegando a este, exclusivamente, a escolha de cessar o uso, ou seja, o ‘sucesso’ do tratamento é entendido quando (e somente quando) há abstinência do uso da substância psicoativa. O viés moral acerca do ‘usuário de drogas’ o reduz; e, assim, limita a percepção acerca do que e como pode ser realizado o cuidado a essa pessoa, sendo que o entendimento é a abstinência das drogas como o único horizonte terapêutico, valorizando estratégias como a internação em detrimento de outras possibilidades de cuidado<sup>20</sup>.

A RD busca compreender a dinâmica do uso de drogas feito pelo usuário naquele momento atual de vida e, conseqüentemente, ampliar as possibilidades de cuidado, para além da dicotomia de usar ou não drogas, pois o enfoque não é a droga, e sim a pessoa/adolescente; desse modo o sucesso do cuidado não ocorre somente quando ele está abstinente de drogas, o que ressignifica e amplia as propostas de cuidado<sup>13</sup>.

A RD visa conduzir um processo de cuidado e práticas que pretende gerar momentos de reflexões diante das escolhas do usuário de drogas e de como ele assume ou não o protagonismo destas, ou mesmo se tem oportunidades de fazer essas ‘escolhas’ de forma diferente<sup>11,21-23</sup>.

Os profissionais percebem e questionam as incoerências das práticas proibicionistas *versus* redutoras de danos. A percepção a seguir traduz como essa incoerência pode aparecer no cotidiano.

E9: [...] *Tem uma placa assim: ‘proibido fumar’ bem ali e aí o adolescente, como é que eu vou segurar um adolescente aqui falar para ele ficar aqui que a gente tá pensando nele e ele não tá usando a maconha não tá usando crack, mas ele pede para fumar um cigarro [de nicotina] e eu falo que não, como é que eu vou lidar com isso? Que a gente consiga sair dessa caixa que é tão fechada, não é uma caixa que a gente consegue abrir os lados, e sair e voltar de novo, não, é uma caixa muito fechada e, é sempre, é muito único, né?*

A percepção acima dispara uma importante reflexão sobre a coerência das práticas de cuidado em saúde pautadas em ações redutoras de danos e que ampliem as possibilidades de compreensão, e, até mesmo, que discutam com o adolescente essas limitações percebidas, para também convidá-lo a contribuir para a construção de práticas de cuidado que se proponham a reformular estratégias sempre plurais e que, muitas vezes, se limitam na ‘caixa tão fechada’.

O balizamento das expectativas diante do que é ou deixa de ser sucesso no processo de cuidado ao adolescente é fundamental para administrar e conduzir as práticas de cuidado em equipe.

Ao perceberem uma barreira de acesso aos serviços de saúde, os profissionais e as equipes fortalecem estratégias de busca ativa e alteram processos de trabalho restritos ao espaço da unidade de saúde para que aconteçam na comunidade de forma contínua, construindo projetos de cuidado longitudinais e em parceria com outros serviços e líderes comunitários<sup>9</sup>.

## Estigma

A construção do modelo assistencial manicomial e de guerra às drogas colaborou

e intensificou a construção social de um sistema de crenças diante da pessoa usuária de drogas como ‘nóia’, ‘vagabunda’, que possui ‘desvio de caráter’, que não tem ‘força de vontade’ suficiente para parar de usar drogas, ou mesmo como ‘incapaz’ de mudar seus comportamentos<sup>24</sup>.

A estigmatização da pessoa que usa drogas pode ser tão incapacitante quanto o processo de adoecimento, ou seja, quanto mais o ambiente em que a pessoa vive é estigmatizador, maiores são as dificuldades e os obstáculos ao cuidado, pois o estigma social inviabiliza o trabalho, impede a autonomia e impacta negativamente no tratamento e na qualidade de vida da pessoa<sup>24</sup>.

E5: *Ainda tem esse estigma da saúde mental, porque que precisa passar com o profissional de saúde mental, mas eu faço uso recreativo, isso não impacta em nada na minha vida, eu vou pra escola e circulo no território. Então eu vejo que a gente tem muita essa dificuldade mesmo, assim da conscientização, sabe, das famílias de entenderem, eu sinto que em alguns momentos, isso é muito naturalizado o uso da droga. Quando vem o prejuízo, é aí pela violência, doença, enfim.*

Uma das ações redutoras de estigma social é falar sobre ele, porém, antes, os próprios trabalhadores da saúde devem realizar autorreflexões e reuniões de equipe sobre o tema. Isso pode ser feito, por exemplo, por meio da pergunta: “*Como eu vejo o [adolescente] que usa drogas?*”. Essas oportunidades permitem que o trabalhador questione e reflita acerca da sua própria visão sobre o tema.

Outras ações, na comunidade, são: abordagens como protestos com relação a linguagem e imagens pejorativas que a mídia divulga associadas aos usuários de drogas; o estabelecimento de contato entre as diversas pessoas da comunidade, com o intuito de promover a troca de experiências e a oportunidade de desestigmatizar o assunto, ao terem a chance de perceber que há crenças errôneas<sup>24</sup>.

## Acesso

A garantia de acesso ao sistema de saúde é um dos direitos da população, que integra e discute os princípios fundamentais do SUS, os quais são mutuamente referentes e interconectados. É o princípio da universalidade, por exemplo, que impulsiona a construção do acesso para todos<sup>11</sup>. Nesse sentido, quais são alguns dos desafios do acesso do adolescente aos serviços de saúde que o atende (ou possuem diretrizes para que ele receba atendimento)?

Como um dos elementos do sistema de saúde, o acesso é uma das formas de desenvolver a qualidade da assistência à saúde. À medida que se conhecem as barreiras para que a população chegue aos serviços, é possível elaborar estratégias que viabilizem sua chegada e, com isso, potencializar a continuidade do cuidado.

As características que prejudicam o acesso aos serviços de saúde são consideradas em duas principais dimensões, as organizacionais e as geográficas<sup>25</sup>. São citados: localização da unidade de saúde; não saber onde se deve procurar atendimento em saúde para além das situações de urgência; e dificuldade de chegar até o serviço de saúde, por fatores como a precariedade e escassez de transporte. Os apontamentos de barreiras como a confidencialidade, o desconhecimento do que os serviços oferecem como atendimento e não possuir abertura com os profissionais para falar sobre suas preocupações de saúde são os fatores que afastam o adolescente desses serviços<sup>25</sup>.

Segundo a Linha de Cuidado ao Adolescente e Jovem (LCA&J)<sup>9</sup>, o sigilo e a confidencialidade devem ser garantidos, e falados explicitamente ao adolescente em todo o atendimento, garantindo, assim, o seu direito<sup>26</sup> e colaborando para que ele se sinta seguro e aberto para relatar suas queixas.

Há uma importante lacuna entre o que os adolescentes precisam e o modo como os profissionais das equipes de saúde têm trabalhado<sup>9</sup>. Como construir pontes para garantir e ampliar o acesso a essa população?

*E9: É um dos desafios que me pega muito é como que eles chegam, eles não chegam. Então assim, é muito pouco, a gente tem poucos atendidos adolescentes que estão aqui cadastrados, tem prontuário e que fazem uso. A gente tem pouquíssimos... E os que têm para acesso na unidade, eles também, a gente tem um desafio de vincular eles com os atendimentos terapêuticos. É, esse é um desafio tipo que me pega muito e faz com que, eu faço, eu tente muitas ações no território de é, não só de redução de danos, mas de prevenção, né?*

Os profissionais detectam que há uma demanda pelo atendimento aos adolescentes, principalmente nas UBS, mas que, de fato, eles não acessam o serviço. Eles questionam quais são os motivos pelos quais os adolescentes têm tantos obstáculos ou não acessam os serviços de saúde, mesmo para os atendimentos de prevenção aos agravos à sua saúde.

O ‘não lugar’ desses adolescentes nesses espaços são formas e movimentos de uma lógica de funcionamento dos serviços e dos processos de trabalho. Esses espaços, muitas vezes, não são atrativos ao adolescente por diversas razões: por desconhecimento das atribuições dos serviços; por acreditarem que devam procurar somente quando há problema ou queixas (dor ou lesão), ou em situações específicas, como vacinas e demandas sobre sexualidade (camisinha, teste de gravidez, pílula do dia seguinte, teste de HIV); ou ainda por demandas da puberdade, como a menarca<sup>9</sup>.

Os ‘não lugares’ estão entrelaçados com os lugares antropológicos, a dicotomia de espaços construídos e os espaços vividos. Os lugares antropológicos estão carregados de sentido social. A escola, a rua, a casa ou o serviço de saúde são os locais onde cada movimento é interpretado. Há uma súbita e rápida substituição de lugares por não lugares, tornando a cidade cada vez mais um espaço de anonimato e solidão – onde prevalece a liberdade (indivíduo) sobre o sentido (social)<sup>27</sup>.

Na sociedade contemporânea, em que há uma grande e rápida transformação, quando o ritmo das mudanças ultrapassa o ritmo da

vida, nada está à espera, tudo muda constantemente. Segundo Sá<sup>27</sup>, os não lugares permitem uma grande circulação de pessoas, imagens e símbolos, que são meros espectadores de um espetáculo do qual ninguém faz parte verdadeiramente, o que permite inferir que são processos que afetam diretamente a construção de identidade e pertencimento do adolescente.

Conhecer as culturas juvenis, no sentido de buscar compreender (em parte) o que desejam ou mesmo o que não desejam, amplia as possibilidades e a elaboração de estratégias de cuidado que possam auxiliá-los na construção do seu lugar no mundo, entendendo que a negação da cultura vigente, constantemente imposta pela geração anterior ao adolescente, é parte do processo de construção identitária e de novos lugares no mundo. Não só pelo vir a ser, mas pelo que são no presente<sup>9</sup>. Conhecer as situações em que esses adolescentes chegam até os serviços de saúde ajuda a compreender parte da dinâmica de funcionamento, de somente acessarem os serviços de saúde quando um comportamento é visto como disfuncional, problemático e incômodo.

Para a contribuição de lógicas de funcionamento do sistema de saúde mais condizentes com as diretrizes psicossociais, de detecção precoce e busca ativa, priorizando ações de prevenção, os serviços que possuem Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizam com mais efetividade o encontro com os adolescentes e suas famílias em seu contexto comunitário. A busca ativa é uma diretriz no trabalho das equipes de saúde da família e é recomendação encontrada também na LCA&J para o trabalho com adolescentes e jovens<sup>9</sup>.

Um ponto de destaque para entender outros obstáculos que não permitem o acesso dos adolescentes em extrema vulnerabilidade aos serviços de saúde é a consequência de preconceito, discriminação e violência sentida por eles quando procuram esses serviços. Relatam que vivem situações discriminatórias enquanto aguardam os atendimentos e até mesmo quando são atendidos, sentindo-se humilhados, e, muitas vezes, respondem

a essas situações também de forma violenta (sentindo-se julgados e invadidos ao serem ‘interrogados’)<sup>28</sup>.

Reiteradamente, eles se sentem discriminados pelas vestimentas, pela forma de andar e pelo uso de gírias, e, frequentemente, respondem a isso com violência<sup>28</sup>.

Uma das maneiras de realizar os encontros com os adolescentes é por meio da articulação intersetorial entre a saúde e a educação. Essa é uma estratégia de cuidado em que os profissionais transitam nos territórios que atendem e constroem proximidade, vínculo e mostram que cuidado em saúde se dá de uma forma mais ampla, e que não é necessário estar com alguma queixa ou problema para acessar os serviços de saúde<sup>9</sup>.

Essa mudança de atitude requer uma mudança de mentalidade diante do conceito de saúde tanto da população quanto das lógicas de funcionamento de serviços de saúde, que ainda operam em lógicas biomédicas, e que medem sua produtividade por intermédio da quantidade de atendimentos, funcionando de forma incoerente ao direcionado pelas políticas públicas já consolidadas, e que estão fragilizadas, quadro agravado pelo contexto de pandemia. Assim, os desafios estão tanto nas características próprias da população adolescente quanto na forma de organização dos serviços.

## Atendimentos individuais

Quais as principais diretrizes na condução do atendimento individual ao adolescente? Algumas características próprias dessa população requerem, dos profissionais, reflexões acerca da abordagem e da condução do acompanhamento.

*E6: As nossas dificuldades em relação aos adolescentes é justamente essa questão da crítica, né? É você vai trabalhando com eles a questão da redução de danos, as questões dos prejuízos, que eles sim podem a fazer o uso dessa substância, mas que ele possa ocupar espaços na comunidade.*

A importância da escuta é compreender como o adolescente vive e percebe a sua realidade, aceitando que há diversidade nessas vivências e compreensões. O profissional de saúde é aquele que desenvolve suas habilidades interpessoais, como a postura empática e a escuta qualificada, além de ter consciência da importância de gerenciar a sua tendência de querer ‘consertar as coisas’ e de ‘ter que convencer’ o adolescente de que aquilo que avalia é o melhor ou o correto<sup>29</sup>.

Mais do que buscar falar a linguagem do adolescente, o profissional de saúde preparado e seguro considera que, mesmo entre os adolescentes, há uma grande diversidade; e, por isso, é importante estar aberto para escutar qual é a perspectiva daquele jovem, oferecendo a ele um espaço para que se expresse e se sinta reconhecido, não julgado e aceito como é. O reconhecimento, a legitimação e o não julgamento diante das falas do adolescente demonstram, portanto, aceitação, e contribuem para a construção de vínculo e confiança, favorecendo sobremaneira a qualidade dos atendimentos individuais<sup>30</sup>.

*E9: Mas eu fico feliz assim, quando o menino entende que esse espaço, é um espaço de cuidado para ele, aí dá uma satisfação assim, de chegar esse nível dele entender, ‘pô, não é todo mundo que quer me ver mal, né’.*

Destaca-se, aqui, a importância de reconhecer as potencialidades do adolescente, como a criatividade e o engajamento, com vistas a construir espaços individuais e coletivos que colaborem para que ele tenha mais oportunidades para a construção de sua identidade e seja protagonista dessa construção. Assim, torna-se possível encontrar espaços para sua expressão e formas de que essa energia seja bem utilizada, favorecendo escolhas saudáveis para seu crescimento e desenvolvimento. Com isso, objetiva-se incrementar seu bem-estar e qualidade de vida ao construir espaços que promovam saúde mental e espaços protetivos de convivência entre os pares e na comunidade<sup>9,31</sup>.

## Compreensão das diferentes motivações e padrões de uso

Há diferentes motivações para o uso de drogas e parte do processo de cuidado é buscar compreender ‘o quê’, ‘quando’ e ‘em busca de quê’ (prazer, fuga...) o adolescente relata ter iniciado esse uso e, inclusive, entender os motivos pelos quais ele permanece usando, ou seja, qual o padrão de uso de drogas presente. É importante investigar qual(is) a(s) droga(s) de escolha, a via de administração, a quantidade que usa, a frequência, por quanto tempo usa e em que espaços – rua, festa, em casa e se faz uso sozinho ou com amigos.

Os diferentes padrões de uso descritos na literatura são: recreativo, beber pesado episódico – relacionado ao uso de bebidas alcólicas (descrito como *binge drinking*), abusivo ou nocivo e dependente. Estes possuem critérios diagnósticos que realizam a investigação clínica de como a pessoa faz o uso de drogas, se existem sintomas de abstinência, tolerância e fissura, e quais são as alterações de comportamento decorrentes, como os possíveis prejuízos escolares e nas relações interpessoais – familiares e amizades; buscando compreender se há estreitamento de repertório, ou seja, se o adolescente passa a maior parte do tempo envolvido com a obtenção, o uso e a recuperação<sup>18</sup>.

*E4: A gente vai procurando entender, né? Em sua maioria, é o uso da maconha em si. A gente vai entendendo isso, se é um uso recreativo, se ele já tem uma percepção dos prejuízos que isso causa para ele, se já está interferindo não só na relação familiar, mas, por exemplo na escola, na aprendizagem, na socialização e na sua saúde.*

Identifica-se que o uso de drogas é parte de um processo de adoecimento, que envolve desde uma busca de alívio de sintomas de sofrimento mental e emocional, como tristeza, até comportamentos de automutilação; podendo, também, estar associado com ideação e comportamento suicida.

E3: *É, essa adolescente tinha muita dificuldade de sustentar o desejo, eu não sei se é um termo correto, de sustentar o desejo de parar o uso. Porque, além da questão do uso, ela tinha um sofrimento psíquico muito grande, uma tristeza, então ela fazia automutilação.*

E4: *A gente já teve um caso de uma adolescente com o uso muito abusivo de álcool, com 16 anos, ela tinha até tentativas de suicídio.*

Esses relatos destacam que o uso de drogas, muitas vezes, vem acompanhado por outros quadros de sofrimento mental. A pandemia da Covid-19 também interferiu em aspectos relacionados com o aumento do sofrimento psíquico de adolescentes de forma geral, inclusive, diante do uso de drogas.

E6: *Então assim, a gente tem essas dificuldades né? De poder e a própria aderência a própria é... frequência do adolescente mesmo né? Que ele geralmente os adolescentes ele vem mais na crise tem alguns sim que criam vínculos né? Eles começam a vim nos grupos... Agora com a pandemia a gente percebe que essa questão do adolescente com o uso de substância, né? Devido ao isolamento, né? Essas relações frias e distanciadas assim da internet, né?*

A crise das práticas em saúde, principalmente em decorrência da pandemia da Covid-19, pede uma reflexão e ação diferentes para com as práticas que envolvem o adolescente:

E1: *A abordagem, eu acho que, é algo que precisa ser repensado. Talvez eu tenha essa visão porque eu estou na saúde mental, e eu penso de outro jeito e eu entendo que os meus colegas estão lá [UBS], estão em um momento gravíssimo, uma crise sanitária e tal. Mas eu acho que precisa sim ter um olhar um pouco mais amplo para isso. Porque a família vai desistindo, a rede vai desistindo, e eu não sei te dizer se é uma coisa muito mais individual ou se é o coletivo, mas até aqui mesmo assim, aqui em vários momentos, o que eu tenho mais a ofertar? o que meus colegas mais vão ofertar?*

Conhecer as razões e as motivações específicas de cada adolescente quanto ao uso de drogas permite ao profissional desconstruir visões estigmatizantes e aproximá-lo do adolescente. Dessa forma, ele pode verbalizar que tem interesse em conhecer a história de vida desses jovens, no intuito de juntos construir estratégias de cuidado na elaboração do seu projeto de vida, até mesmo de resgatar desejos e sonhos, cultivando um espaço de esperança e capacidade de transformação, por meio da resiliência e do fortalecimento de uma rede de apoio.

O trabalho, cada vez mais emergente e urgente, para intensificar ações educativas coletivas, e mobilizar a construção de espaços de criação e discussão, busca identificar e refletir que tipo de produção de saúde se está (re)produzindo, com o intuito de refletir e fomentar a mudança da mentalidade diante do adoecimento mental e, conseqüentemente, visando atualizar as formas de cuidar. Ressalta-se que esse trabalho tem sido realizado historicamente desde os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas ainda se vive com intensas pressões para o retorno de espaços manicomial e retrocessos em conquistas<sup>9,18,28</sup>.

As práticas norteadas pela integralidade em seus eixos necessidades, finalidades, articulações e interações são o fio condutor importante para as práticas de cuidado em saúde ao adolescente. Nesse sentido, elas contemplam dimensões que integram o usuário ao serviço de saúde e o olhar da vulnerabilidade em saúde em suas dimensões individual, social e programática, fornecendo, às equipes de saúde, reflexões e um posicionamento mais qualificado diante das situações complexas vividas pelo adolescente e sua família nesse contexto em que estão vulneráveis.

## Considerações finais

Uma das principais contribuições da dimensão aqui discutida é que os tópicos apresentados foram importantes para destacar, refletir e

fomentar a ideia de que se vive um profícuo processo de desmitificação com relação ao adoecimento mental, atualizando as formas de cuidar. Ressalta-se que essa transição é histórica, acontecendo desde os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas ainda há importantes movimentos a serem consolidados, já que se vive ainda com intensas pressões para o retorno de espaços manicomiais e retrocessos em conquistas, haja vista os movimentos governamentais atuais para o desmonte da Raps e os investimentos 'congelados' para serviços como os Caps, os Serviços Residenciais Terapêuticos e os Centros de Convivência e Cultura. À medida que mais profissionais ampliam e transformam sua maneira de perceber as adolescências e o adolescente, sua forma de ser e estar no mundo, a família como um sistema, os cenários social, econômico e

político em que habitam, influenciam e são influenciados, atualizam as possibilidades de cuidado.

É importante salientar que uma limitação do presente estudo é apresentar apenas uma das faces de um problema de grandes proporções, não conseguindo abarcar a complexidade desse fenômeno contemporâneo, atravessado por muitos outros aspectos sociais, econômicos e políticos, o que motiva a pensar na continuidade dos estudos sobre o tema.

## Colaboradoras

Mancilha GB (0000-0002-2698-7347)\* e Covic AN (0000-0001-9700-7169)\* contribuíram para concepção, coleta de dados, análise e elaboração do texto. ■

---

## Referências

1. Catani AM, Gilioli RSP. *Culturas Juvenis: múltiplos olhares*. 1. ed. São Paulo: UNESP; 2008. (Paradigmáticos Série Cultura).
2. Dayrell J. O jovem como sujeito social. *Rev. Bras. Educ.* 2003 [acesso em 2018 jun 4]; 24:40-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782003000300004>.
3. Abramo HW. O uso das noções de adolescência e juventude no contexto brasileiro. In: Freitas MV, organizadora. *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. 2. ed. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 19-35. [acesso em 2018 jun 4]. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05623.pdf>.
4. León OD. Adolescência e juventude: das noções às abordagens. In: Freitas MV, organizadora. *Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais*. São Paulo: Ação Educativa; 2005. p. 9-18. [acesso em 2018 jun 4]. Disponível em: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/05623.pdf>.
5. Ozella S, Aguiar WMJ. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cad. Pesq.* 2008 [acesso em 2018 jun 4]; 38(133):97-125. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742008000100005>.
6. Nascimento MO, Micheli D. Evaluation of different school-based preventive interventions for reducing the use of psychotropic substances among students: a randomized study. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015 [aces-

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- so em 2020 dez 10]; 20(8):2499-2510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.15152014>.
7. Pillon SC, Vasters GP. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev. lat.-am. enferm.* 2011 [acesso em 2018 jun 4]; 19(2):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200013>.
  8. Scivoletto S. Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária. In: Silva EA, Micheli D, organizadores. *Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*. 1. ed. São Paulo: FAP-UNIFESP; 2011. p. 71-90.
  9. Nasser MA, Takiuti AF, Sala A, et al. organizadores. *Linha de Cuidado para a Saúde na Adolescência e Juventude para o Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo*. São Paulo: LCA&J; 2021. [acesso em 2022 jan 12]. Disponível em: <https://saudeadolescentesjovens.net.br/>.
  10. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004 [acesso em 2021 jan 28]; 13(3):16-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
  11. Ayres JRC, Franca Junior I, Calazans GJ, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czerenia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
  12. Brêtas JRS. Artigo de reflexão. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2010; 10(2):89-96.
  13. Sodelli M. Uso de drogas e prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. 1. ed. São Paulo: IGLU; 2010.
  14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
  15. Sousa PF, Maciel SC, Medeiros KT, et al. Paradigma Biomédico x Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico? *Trends Psychol.* 2018 [acesso em 2023 jul 18]; 26(2):883-95. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt>.
  16. Arbex D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
  17. Soares CB, Godoy-Vieira A, Dias VFG, et al. Oficinas emancipatórias como instrumento de formação em saúde coletiva para o cuidado à família. *Atas CIAIQ.* 2019 [acesso em 2022 jan 11]; 2:435-43. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/336529484>.
  18. Soares FRR, Oliveira DIC, Torres JDM, et al. Motivações do consumo de drogas entre adolescentes: implicações para o cuidado clínico de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm.* 2020 [acesso em 2023 abr 16]; 54:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018058003566>.
  19. Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-9.
  20. Silva RAN, Zambenedetti G, Piccianni CA. O Trabalho do agente comunitário de saúde no cuidado com pessoas que usam drogas: um diálogo com a PNH. *Polis e Psique.* 2012; 2(temático):59-72.
  21. Hart C. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia a nossa visão sobre as drogas*. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
  22. Centro de Convivência É de Lei [You Tube]. *O que é Redução de Danos?* [Video]; 2014 out 16. [8 min. 17s]. [acesso em 2020 dez 11]. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=cDVR\\_NBAfyc](https://www.youtube.com/watch?v=cDVR_NBAfyc).
  23. International Reduction Harm Association. *O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)*. Londres, Grã-Bretanha: IHRA; 2010. [acesso em 2020 mar 2019]. Disponível em: [https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing\\_what\\_is\\_HR\\_Portuguese.pdf](https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf).

24. Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. 1. ed. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2015. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: [https://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO\\_Reduzindo-o-Estigma\\_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf](https://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO_Reduzindo-o-Estigma_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf).
25. Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 abr 15]; 35(1):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/?format=pdf&lang=pt>.
26. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. 16 Jul 1990.
27. Sá T. Lugares e não lugares em Marca Augé. *Tempo Soc*. 2014; 6(2):209-29.
28. Feffermann M. O acesso à saúde de jovens em situação de extrema vulnerabilidade. *Enfrentamento da violência pela saúde II*. BIS. 2019 [acesso em 2022 jan 15]; 15(1):75-81. Disponível em: <https://docs.bv-salud.org/biblioref/2019/12/1046933/bis-v15n1-enfrentamento-75-81.pdf>.
29. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Entrevista Motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar comportamento*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
30. Rosenberg M. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. 4. ed. São Paulo: Editora Ágora; 2006.
31. Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Adolescentes líderes e na ativa*. 2021 set 30. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/historias/adolescentes-lideres-e-na-ativa>.

---

Recebido em 24/04/2023

Aprovado em 18/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos

## Da Rede Cegonha à Rami: tensões entre paradigmas de atenção ao ciclo gravídico-puerperal

*From the 'Rede Cegonha' to 'RAMI': tensions between paradigms of maternal and infant health care*

Priscila Kiselar Mortelaro<sup>1</sup>, Jessica Fernandes Cirelli<sup>2</sup>, Nadia Zanon Narchi<sup>2</sup>, Edemilson Antunes de Campos<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408152P

**RESUMO** Em abril de 2022, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 715, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com o objetivo de instituir a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Rami). Tendo em vista a preexistência da Rede Cegonha, também voltada a essa parcela da população, objetivou-se analisar os modelos de atenção ao ciclo gravídico-puerperal intrínsecos a cada um dos métodos de estruturação organizacional adotados. Para tanto, utilizou-se, como referencial teórico-metodológico, a pesquisa com práticas discursivas, o que possibilitou identificar os repertórios relativos a três categorias predefinidas: os sujeitos, os locais e os agentes da assistência. Na análise, puderam-se observar diferenças paradigmáticas entre as duas redes de atenção. A partir de tais distinções, concluiu-se que a Rede Cegonha está fundamentada em uma concepção de gestação e parto como eventos normais da vida sexual e reprodutiva, enquanto a Rami se estrutura por meio da ênfase no risco, propondo um modelo centrado no hospital e na figura do médico.

**PALAVRAS-CHAVE** Modelos de assistência à saúde. Saúde materno-infantil. Saúde reprodutiva.

**ABSTRACT** In April 2022, the Ministry of Health published the Ordinance No 715, aiming to establish the new Maternal and Infant Health Care Network (RAMI). Having in mind the pre-existence of an organized network to protect and promote maternal and infant health (Rede Cegonha), we aimed to analyze the models of care intrinsic to each of them. For this purpose, we used the research with discursive practices as a theoretical-methodological framework, identifying repertoires regarding three predefined categories: subjects, places, and agents of care. In our analysis, we could observe paradigmatic differences between the two health care networks. From such distinctions, we conclude that the 'Rede Cegonha' is based on a conception of pregnancy and childbirth as normal events of sexual and reproductive life, whereas 'RAMI' is structured through an emphasis on risk, which results in a model of care centered on the doctor and the hospital as a privileged location for childbirth.

**KEYWORDS** Healthcare models. Maternal and child health. Reproductive health.

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-São Paulo) - São Paulo (SP), Brasil.  
priscilamortelaro@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.



## Introdução

Por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Conforme destaca o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, a rede consistia basicamente na promoção de ações estruturadas visando à garantia do direito ao planejamento reprodutivo e, especialmente, à atenção segura, qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Partindo do pressuposto de que as crianças também são ‘Sujeitos de Direito’, seu texto também previa o direito ao nascimento seguro e o crescimento e o desenvolvimento saudáveis<sup>1</sup>.

A estruturação efetiva da assistência ao ciclo gravídico-puerperal instituída pela Rede Cegonha<sup>2</sup> foi ao encontro das necessidades de redução da morbimortalidade materna e infantil e de adequação às boas práticas de atenção ao parto recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>3</sup>. Essa rede de atenção foi instituída com o intuito de reduzir tanto a morbimortalidade evitável de gestantes, puérperas e recém-nascidos como, especialmente, a assistência obstétrica altamente intervencionista e medicalizada praticada no País, cujo principal resultado são os altos índices brasileiros de cesáreas<sup>4</sup>.

Desde o início dos anos 2000, o Brasil é signatário de pactos para a redução da mortalidade materna e infantil. Em função dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da Organização das Nações Unidas (ONU), assumiu-se o compromisso de, até o ano de 2015, diminuir em três quartos a mortalidade materna e em dois terços a mortalidade infantil. Enquanto a meta de óbitos de crianças menores de 1 ano foi atingida, o País falhou em reduzir significativamente o número de mortes maternas, chegando apenas a uma razão de 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos, muito aquém dos 35 óbitos, a meta estipulada<sup>5</sup>.

Em 2015, uma nova agenda global foi adotada pela ONU, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que são um apelo global

à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Como o Brasil foi signatário dos ODS, determinou-se para o País a Agenda 2030, na qual uma das tarefas é reduzir a Razão de Mortalidade Materna para 30 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, e a Taxa de Mortalidade Infantil para menos de 8 óbitos por mil nascidos vivos até o ano de 2030<sup>6</sup>.

Além de evidenciar as profundas desigualdades brasileiras, a dificuldade em reduzir a mortalidade materna também é signo das falhas nas práticas de atenção ao pré-natal e ao parto do País. Enquanto mulheres morrem pelo manejo inadequado das síndromes hipertensivas e hemorragias pós-parto, os altos índices de intervenção no trabalho de parto e de cesariana demonstram que houve falha em utilizar as tecnologias adequadas de modo apropriado. Como bem pontua Diniz<sup>7</sup>, o maior desafio é a convivência com o pior de dois mundos na assistência obstétrica: o adoecimento e a morte pela falta de tecnologia apropriada e o adoecimento e a morte pelo excesso de tecnologia inapropriada.

Tendo em vista o caráter fragmentado, centrado na tecnologia e pouco resolutivo da atenção ao ciclo gravídico-puerperal, a Rede Cegonha se constituiu como marco importante na reorganização do cuidado. Nesse contexto, seu objetivo foi garantir acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil, implementando um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com ênfase na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses<sup>2</sup>.

Segundo dados preliminares disponibilizados no Painel de Monitoramento da Vigilância em Saúde<sup>8</sup>, o Brasil atingiu, em 2021, a pior razão de mortalidade materna, de 107 mortes de mães a cada 100 mil nascimentos, situação agravada pela síndrome respiratória aguda grave ocasionada pelo vírus Sars-CoV-2, revertendo a tendência de queda observada até

então. Segundo dados mais recentes e preliminares do Painel de Monitoramento, no ano de 2023 a razão de mortalidade materna foi 48,75 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos<sup>8</sup>.

No ano seguinte à pior razão de mortalidade materna da história recente, o Ministério da Saúde lançou uma nova estratégia de organização da Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Segundo a portaria que a institui, o objetivo da reorganização seria

Implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis<sup>9(592)</sup>.

Diante do exposto e considerando que já haviam sido implementados esforços para a estruturação da Rede Cegonha no âmbito do SUS, a hipótese é que, de fato, a Rami tem como meta deslocar o paradigma em que já se encontrava assentada a rede de assistência à gestação e ao parto.

Por esse motivo, o objetivo é, por meio da análise discursiva, compreender qual é o modelo de atenção trazido pela Rami ao ciclo gravídico-puerperal e como este se diferencia daquele proposto pela Rede Cegonha. Para tanto, buscou-se identificar as diferenças nos locais, agentes e sujeitos da assistência, os três indicadores centrais que permitem determinar as diferenças paradigmáticas entre as duas propostas de estruturação das redes de atenção.

## Material e métodos

Como referencial teórico-metodológico, utilizou-se a abordagem das práticas discursivas. Proveniente do campo da psicologia social, essa abordagem permite compreender a linguagem como prática social e reconhecer seus efeitos na construção da realidade. Essa compreensão é reflexo das bases construcionistas

que fundamentam a abordagem adotada neste artigo. Conforme destacam Spink e Frezza<sup>10</sup>, a pesquisa com práticas discursivas está bem assentada na vertente epistemológica chamada construcionismo social. De acordo com Ibañez<sup>11</sup>, juntamente com a crítica ao representacionismo característico das ciências modernas, a concepção da linguagem como performativa, isto é, como capaz de afetar a construção da realidade, é compartilhada por uma multiplicidade de referenciais e correntes construcionistas.

Entre as ferramentas disponíveis no âmbito da pesquisa com práticas discursivas, escolheu-se o uso dos repertórios linguísticos para identificar as noções de sujeitos, agentes e locais da assistência presentes nas portarias que instituem a Rede Cegonha e a Rami. Segundo Spink e Medrado<sup>12</sup>, os repertórios são um dos elementos constitutivos das práticas discursivas e podem ser definidos como os conteúdos discursivos que circulam em dada época. Nesse sentido, sua análise permite a familiarização com os discursos produzidos e reinterpretados por diferentes domínios do saber.

Em consonância com as reflexões de Spink<sup>13</sup>, uma das referências no campo da psicologia discursiva, entende-se que as portarias em questão, enquanto documentos de domínio público, condensam posicionamentos e repertórios em circulação. Apresentando-se como práticas discursivas em sua forma e conteúdo, tais documentos funcionam como dispositivos locais nos processos de construção e reconstrução da realidade. Desse modo, são produtos de seu tempo, pertencendo a um contexto discursivo e normativo muito mais amplo, evidenciando a relação intrínseca entre discurso e poder defendida por Foucault<sup>14</sup>. Nesse contexto, por meio de uma análise criteriosa dos documentos de domínio público, pode-se ter acesso aos discursos circulantes, cristalizados na forma dos documentos que se apresentam como objeto deste trabalho de pesquisa.

Por meio da leitura cuidadosa dos documentos analisados, identificaram-se e agruparam-se os repertórios relativos às três categorias

predefinidas de acordo com o objetivo do estudo. Tendo em consideração que se buscou compreender quais modelos de assistência cada uma das redes busca estruturar, utilizou-se como categorias de análise os sujeitos, os locais e os agentes da assistência, sendo que, neste último, limitou-se a análise aos agentes associados aos contextos de atenção à gestação e ao parto de risco habitual. Após uma breve introdução sobre os aspectos fundamentais e estruturantes da Rede Cegonha e da Rami, será discutida cada uma dessas categorias.

## Resultados e discussão

Antes de prosseguir com a apresentação e a discussão dos resultados, faz-se necessário situar alguns aspectos fundamentais das duas redes em questão. Nesse contexto, trazem-se, a seguir, os objetivos, os princípios e as diretrizes que estruturam a Rede Cegonha e a Rami.

O texto da portaria que institui a Rede Cegonha traz como preâmbulo de suas resoluções marcos importantes do SUS e dos esforços para a redução da mortalidade materna e infantil. Além disso, a Rede Cegonha reivindica sua legitimidade por meio da reunião de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ocorrida em 28 de abril de 2011<sup>2</sup>.

Por definição, segundo seu art. 1º, a Rede Cegonha é uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A instituição dessa rede de cuidados, de acordo com o art. 3º<sup>2</sup> da portaria, tem três objetivos:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso,

acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

A proposição de seus objetivos está fundamentada em princípios bem delimitados, sendo eles: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e, por fim, a compatibilização com as atividades das Rami em desenvolvimento nos estados<sup>2</sup>. Nesse sentido, percebe-se claro alinhamento às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)<sup>15</sup> e aos princípios do SUS.

As diretrizes que visam ao alcance do objetivo estipulado estão organizadas em quatro componentes. Os três primeiros dizem respeito aos diferentes campos de ação e intervenção da atenção à saúde sexual e reprodutiva, enquanto o último trata do sistema logístico, incluindo transporte sanitário e regulação. De acordo com o art. 6º<sup>2</sup>,

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

I - Pré-Natal

II - Parto e Nascimento

III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

A Rami se encontra normatizada por meio de duas portarias: a Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, e a Portaria GM/MS nº 2.228, de 1º de julho de 2022<sup>9,16</sup>. Distinguindo-se de maneira significativa da portaria que institui a Rede Cegonha, ao instituir a Rami, o Ministério da Saúde utiliza como premissa seu direito conferido pela Constituição Federal, prosseguindo, então, em ambas as portarias, com suas resoluções.

Por meio da Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, são expostos os objetivos e as diretrizes que fundamentam a nova rede. De acordo com o art. 5º, são objetivos da Rami:

I - implementar modelo de atenção à saúde seguro, de qualidade e humanizado, com foco no planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, no nascimento, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança, promovendo o crescimento e desenvolvimento saudáveis;

II - garantir a integralidade do cuidado no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e, no puerpério, bem como ao recém-nascido e à criança, com foco na resolutividade da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

III - reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

Tais diretrizes são uma reformulação dos três objetivos que orientavam a Rede Cegonha. No primeiro objetivo, inclui-se a definição do modelo que se busca implementar: “seguro, de qualidade e humanizado”, delimitando o enfoque da rede no “planejamento familiar, na gravidez, no pré-natal, na perda gestacional, no puerpério e no cuidado do recém-nascido e da criança”<sup>9</sup>.

Diferenciando-se da Rede Cegonha, a nova Rami organiza suas diretrizes em torno de quatro eixos estruturantes divididos em seis componentes, a saber: os serviços de assistência (componentes I a III), os sistemas de apoio (componente IV), os sistemas logísticos (componente V) e o sistema de governança (componente VI). Conforme o art. 6º da portaria que a instituiu<sup>2</sup>,

A Rami é constituída pelos seguintes componentes:

I - Componente I - Atenção Primária à Saúde (APS);

II - Componente II - Atenção Ambulatorial Especializada (AAE);

III - Componente III - Atenção Hospitalar (AH);

IV - Componente IV - Sistemas de Apoio;

V - Componente V - Sistemas Logísticos; e

VI - Componente VI - Sistema de Governança.

A estruturação operacional se distingue significativamente daquela apresentada pela Rede Cegonha. Conforme já descrito acima, a proposta anterior estruturava toda a rede de atenção em função das diferentes etapas do ciclo gravídico-puerperal, agregando as ações voltadas ao planejamento reprodutivo ao componente pré-natal. A Rami, por sua vez, adota em sua estrutura operacional o modelo característico das redes de atenção à saúde em sistemas de saúde voltados para as condições crônicas<sup>17</sup> que, tradicionalmente, incluem o ciclo reprodutivo.

## Sujeitos da assistência

São sujeitos da Rami: mulheres em idade fértil, às quais se direcionam ações de vinculação às equipes de saúde da atenção básica e garantia de acesso oportuno a métodos contraceptivos; mulheres gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças. Desse recorte, resulta-se o deslocamento de uma abordagem de promoção da saúde sexual e reprodutiva direcionada a toda a população, restringindo-se ao espectro da saúde materno-infantil. Isso não quer dizer que, ao longo do texto, não estejam previstas ações de planejamento familiar: uma de suas diretrizes consiste na “garantia de acesso às ações de planejamento familiar e sexualidade responsável”<sup>9</sup>. Contudo, as ações previstas na portaria que implementa e fornece a estrutura operacional da nova Rami se resumem ao mapeamento de mulheres em idade fértil e à oferta de métodos contraceptivos direcionada, exclusivamente, às mulheres.

Nesse sentido, a Rami configura uma proposta mais semelhante a um regime de atenção à saúde da mulher anterior às reverberações das reivindicações feministas na concepção das políticas de saúde direcionadas a essa parcela da população, que marcou a década de 1980. Até o Programa de Atenção Integral

à Saúde da Mulher (Paism), o enfoque das ações ficava restrito ao controle demográfico e ao planejamento familiar, com algum tipo de atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Nesse contexto, a mulher nas demais fases de seu ciclo vital ficava praticamente desassistida, e os aspectos da saúde sexual que não se reduzem à reprodução eram negligenciados.

Em contrapartida, a Portaria MS/GM nº 1.459/2011 estabelecia como um de seus princípios centrais a “garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes”<sup>2</sup>. Nesse contexto, a formulação da Rede Cegonha se encontrava assentada no amplo arcabouço teórico-conceitual da saúde sexual e reprodutiva. Tal enfoque resultou no abandono de conceitos mais restritos de saúde da mulher, que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino, para adotar concepções mais amplas que interagem com o debate dos direitos humanos e com questões relacionadas com o exercício da cidadania. Eram previstas ações educativas que visavam à promoção da saúde sexual e reprodutiva, no âmbito das quais se situam aquelas voltadas ao planejamento reprodutivo.

Além da inclusão da educação em saúde como ferramenta de promoção de vidas sexuais e reprodutivas saudáveis, a portaria que instituiu a Rede Cegonha adotava um enfoque de gênero, conforme os princípios e diretrizes da PNAISM<sup>15</sup>. Quando se fala de um enfoque de gênero, engloba-se uma multiplicidade de abordagens, de acordo com o referencial conceitual que se adota. Para os fins das políticas de saúde direcionadas à atenção integral à saúde da mulher, adotar um enfoque de gênero diz respeito, conforme destaca Scott<sup>18</sup>, à compreensão do gênero como a construção social e histórica sobreposta a um corpo sexuado. Além disso, compreende-se que o gênero é uma forma primeira de significação do poder, colocando-se como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres. Tendo isso em vista, tais relações são alimentadas por símbolos, normas e instituições que

definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres<sup>19</sup>.

Além de serem definidas por normas e instituições, as relações de gênero passam também a defini-las, imprimindo tais relações de poder no ordenamento jurídico-político. Se há relações de gênero desiguais, há, consequentemente, como bem argumenta a PNAISM, desequilíbrios refletidos em leis, políticas e práticas sociais, às quais se somam outras desigualdades produzidas no âmbito de relações socioeconômicas e raciais<sup>15</sup>.

A redução das políticas de saúde a ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal e a responsabilização exclusiva das mulheres pela contracepção são signos das desigualdades nas relações de gênero supracitadas. Contudo, as assimetrias também estão impressas na concepção de saúde da mulher limitada ao ciclo gravídico-puerperal e na ausência do reconhecimento de que a saúde materna e infantil só pode ser garantida em um contexto de garantia da saúde sexual e reprodutiva e da diminuição das desigualdades.

Por fim, nesse primeiro aspecto analisado, ambas as propostas contam com lacunas e invisibilizações em relação a necessidades específicas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal que decorrem de diferenças de raça, gênero e idade. Mesmo diante da possibilidade de passarem pelo ciclo gravídico-puerperal, homens trans não são referenciados em momento algum, o que pode impactar na capacidade da rede de oferecer a assistência adequada a essa parcela da população. Levando em conta que a gravidez na adolescência e em meninas que acabaram de entrar na idade reprodutiva se coloca como problema de saúde pública, destaca-se negativamente o fato de que a Rede Cegonha não faz mais do que citar adolescentes, de maneira genérica, como sujeitos da garantia de direitos sexuais e reprodutivos. A abordagem dessa especificidade na Rami, por sua vez, é ainda mais preocupante, tendo em vista que as adolescentes são citadas apenas como objeto de atenção diferenciada

no âmbito da promoção, proteção e apoio do aleitamento materno. Além disso, em nenhuma das propostas são fornecidas diretrizes estruturais que dessem condições à rede e aos agentes da assistência para a minimização de vulnerabilidades raciais que mantêm elevada a mortalidade de mulheres negras no Brasil.

Em suma, quando se trata da estruturação da atenção reprodutiva, há pouco ou nenhum espaço para especificidades de pessoas que não se encaixem no ideal de mulher universal. Ainda assim, é preciso considerar que, mesmo em sua universalidade, ‘a mulher’ tem seus direitos mais limitados na Rami do que na Rede Cegonha.

### Locais da assistência

Quanto aos serviços que compõem a Rami, observou-se que os locais que podem compor o itinerário terapêutico dos sujeitos da assistência são classificados conforme os componentes da nova rede. São locais de atenção à gestação e ao parto de baixo risco: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), como parte da APS; as Maternidades de Baixo Risco (MAB); os Centros de Parto Normal intra-hospitalares (CPN intra-hospitalar); os Centros de Parto Normal peri-hospitalares (CPN peri-hospitalar) e, finalmente, as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)<sup>9</sup>.

É importante ressaltar que as CGBP, situadas no componente baixo risco no âmbito da portaria que institui a Rami, cumprem função, conforme a Portaria nº 2.228/2022, de residência provisória para mulheres que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade. Esses locais faziam parte do componente parto e nascimento na Rede Cegonha<sup>2</sup>, sendo incorporados à nova Rami<sup>9</sup>.

Além das maternidades de baixo risco, foram incorporados os CPN intra e peri-hospitalares já pertencentes à Rede Cegonha, embora com algumas mudanças nos atores da assistência, conforme se discute a seguir. A Portaria nº 2.228/2022 vetava a integração de novos equipamentos de saúde desse tipo, o

que representava um retrocesso ante o modelo proposto pela Rede Cegonha, considerando os resultados maternos e neonatais da assistência nesses locais.

A experiência bem-sucedida de países com CPN liderados por obstetras e enfermeiras obstetras (*midwife led*) lembra que o ambiente hospitalar acrescenta riscos ao momento do parto. A Inglaterra já incorporou, como diretora de saúde pública, recomendações de que todas as gestantes de baixo risco sejam informadas dos benefícios de planejarem seus partos fora do ambiente hospitalar<sup>20</sup>. Um estudo de coorte prospectivo realizado na Inglaterra, em 2011, apontou que, quando comparadas com mulheres que tiveram partos em unidades intra-hospitalares, aquelas que pariram em casa ou em ambiente peri-hospitalar obtiveram melhores desfechos, por exemplo, menores chances de parto instrumental, cesarianas e intervenções, como a analgesia. Dessa forma, quando as mulheres escolhem as casas de parto como primeira opção de nascimento elas obtêm maiores chances de parto natural, sem aumento de desfechos desfavoráveis<sup>21</sup>.

No Brasil, houve a regulamentação, em 1999, do Centro de Parto Normal peri-hospitalar (CPNp), também denominado Casa de Parto, indicado como estratégia de melhoria da qualidade da assistência obstétrica no Brasil<sup>22</sup>. Importa dizer que esta normativa foi atualizada em 2015 para que os partos pudessem ser realizados fora do ambiente hospitalar, de forma a determinar que para uma mulher poder ter o parto nesse local, ela deve ser classificada como de baixo risco, e seu parto deve ter início de forma fisiológica e natural, sem uso de analgesia, fórceps, vácuo extrator ou cesariana<sup>23</sup>.

A casa de parto é um ambiente extra-hospitalar, podendo ou não ter vínculo com um hospital de referência, embora precise estar distante, no máximo, a 20 minutos de um hospital de referência e ter uma ambulância disponível para o caso de ser necessário um atendimento de maior complexidade<sup>24</sup>. Nesse local, deve ocorrer assistência humanizada e

de qualidade ao parto fisiológico de mulheres de baixo risco, ou seja, que não possuem nenhuma doença associada, cujo feto se apresenta na posição cefálica.

Tendo em conta que no CPN peri-hospitalar, também conhecido como casa de parto, a gestão e o atendimento são realizados por obstetras e enfermeiras obstetras, esse local está associado aos benefícios relacionados com o atendimento por essas profissionais no período gravídico-puerperal. Conforme destaca Narchi<sup>25</sup>, os mais altos níveis de qualidade na assistência materno-infantil se relacionam de forma direta com a atuação das enfermeiras obstetras e obstetras no atendimento. As evidências mostram que o trabalho dessas profissionais resulta em redução das intervenções, das complicações materno-fetais e da mortalidade. Desse modo, o que se observa é uma atuação diretamente associada à diminuição das altas taxas de cesárea e da morbimortalidade materna e neonatal<sup>25</sup>.

Apesar dos resultados positivos associados a esse local de atenção ao parto e ao ciclo gravídico-puerperal, a grande pressão da classe médica acaba oprimindo o avanço dessa iniciativa. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) não recomenda que o parto seja realizado fora do ambiente hospitalar<sup>26</sup>. Tais consensos não são baseados em evidência e acabam reverberando na elaboração de políticas de saúde e na estruturação das redes de atenção, como a Rami. Nesse contexto, a Portaria GM/MS nº 715/2022 argumenta que a nova Rami tem como diretriz a promoção de “práticas de gestão e de atenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis”<sup>9</sup>, mas recusa em considerá-las no modo de estruturação organizacional da rede.

Os locais de atenção à gestação e ao parto de alto risco que compõem a Rami não incluem os serviços de Atenção Ambulatorial Especializada à Gestação de Alto Risco (Agar), ambulatórios de alto risco, atenção hospitalar de referência à Gestação de Alto Risco tipo I (GAR I), atenção hospitalar de referência à Gestação de Alto Risco tipo II (GAR II)<sup>9,16</sup>.

Ainda que previstos pela Portaria MS/GM nº 715/2022, serviços de referência hospitalar em atendimento secundário e terciário à gestação de alto risco serão categorias futuramente extintas<sup>16</sup>. A Portaria nº 2.228/2022 determina que tais serviços sejam reclassificados como MAB ou GAR II, atendendo às condições mínimas para habilitação, ou descredenciados da rede. Além disso, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal tipos II e III, as unidades de cuidados intermediários neonatais convencionais e os cangurus foram incorporados da Rede Cegonha com a possibilidade de novas habilitações.

Diante da clara ruptura entre serviços de atenção à gestação de baixo e alto risco, levanta-se a hipótese de que a estrutura organizacional da Rami poderia abrir a possibilidade de uma excessiva fragmentação da assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Entre os efeitos negativos dessa fragmentação, estariam as dificuldades de as gestantes de alto risco participarem dos grupos e das ações educativas da atenção básica, já que esses locais não fazem parte dos demais componentes da atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Mesmo que se recomende discursivamente a continuidade da assistência, não se podem prever os efeitos na ruptura entre esses níveis de atenção operada por meio da estrutura organizacional da rede.

A análise da portaria que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS revelou um método de classificação dos serviços conforme as fases do ciclo gravídico-puerperal de risco habitual, em coerência com seus componentes. Tendo em vista que apenas uma pequena proporção da população apresenta complicações durante a gestação e o parto, a Portaria GM/MS nº 1.459/2013 prevê, de maneira breve, que os serviços especializados e de referência deveriam compor a rede<sup>2</sup>, especificados de modo detalhado na Portaria GM/MS nº 1.020/2013, voltada especificamente para a regulamentação da implantação e habilitação de serviços de atenção à gestação de alto risco. A Portaria nº 1.459/2011<sup>2</sup> determina que a rede deve ser composta de

Serviços hospitalares de referência à gestação de alto risco com suficiência de leitos obstétricos e neonatais, prevendo-se o financiamento para ampliação e qualificação de leitos para UTI neo e adulto, UCI neonatal, leitos para gestantes de alto risco (80% do custeio) e para leitos Canguru (100% do custeio).

Além disso, são previstos os seguintes serviços: UBS; CPN intra-hospitalar; CPN peri-hospitalar; e CGBP. Faz-se necessário lembrar que, conforme a regulamentação dos serviços de atenção à gestação de alto risco, o pré-natal dessa parcela da população poderia ser realizado nas UBS quando houvesse matriciamento, com apoio dos serviços especializados e o diálogo apropriado entre os diferentes níveis de atenção<sup>27</sup>. Além disso, a portaria que institui a Rede Cegonha prevê as maternidades como locais da assistência ao parto, mas já há uma ênfase aos CPN como locais privilegiados de parturição.

A contratualização dos Pontos de Atenção deveria ser feita considerando a elaboração de um desenho municipal da Rede Cegonha, desenho este orientado pelo dimensionamento da demanda e da oferta assistencial. Desse modo, a delimitação dos serviços de atenção à gestação e ao parto de alto riscos não é definida previamente pelo Ministério da Saúde, mas obedece ao princípio da regionalização da atenção à saúde, com “articulação entre os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local”<sup>27</sup>. A partir do mapeamento dos serviços e suas capacidades, são instituídos os fluxos da linha de cuidado.

Enfim, com relação aos serviços de atenção à gestação e ao parto de alto risco, a Portaria GM/MS nº 1.020/2013 previa os ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital e maternidade; e os serviços hospitalares de referência, à gestação de alto risco tipo I e II<sup>27</sup>.

## Agentes da assistência

Os agentes da assistência estão intrinsecamente relacionados com os locais da assistência. Desse modo, identificá-los de maneira

descontextualizada dos serviços que compõem a rede resultaria em uma análise incompleta. Para dar conta da comparação proposta neste artigo, optou-se por não realizar uma análise exaustiva de todos os atores envolvidos nos diversos níveis de assistência, limitando-se a comparar aqueles que fazem parte do quadro dos serviços de atenção ao baixo risco.

Para identificar os agentes da assistência na Rami, bastou analisar as diretrizes de estruturação dos serviços que a compõem, dispostas na Portaria GM/MS nº 2.228/2022<sup>16</sup>. Em relação aos serviços de baixo risco, agregados tanto no componente da APS, no caso das UBS, como da atenção hospitalar, no caso das maternidades de baixo risco e dos CPN intra-hospitalares, é visível um paulatino deslocamento em direção à centralidade dos profissionais médicos nos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto, o que pode representar uma visão invertida desses eventos da vida sexual e reprodutiva: no lugar de uma concepção destes como eventos normais, introduz-se para eventos potencialmente patológicos, o que significaria trabalhar na lógica de uma inversão da proporção entre gestações de risco habitual e de alto risco.

Para a habilitação e a qualificação dos serviços da atenção primária – as UBS –, a Rami determina que se deve respeitar o regimento geral previsto na Portaria GM/MS nº 2/2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Recomenda-se que sejam realizadas consultas intercaladas entre profissional médico e enfermeiro; e, nas unidades básicas com Estratégia Saúde da Família, adiciona-se a possibilidade de acompanhamento multiprofissional, conforme prevê a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>28,29</sup>.

Contudo, é preciso acrescentar a esta análise o Programa Cuida Mais Brasil e o novo modelo de custeio e financiamento da APS instituído pelo Programa Previne Brasil, como bem aponta o Parecer Técnico nº 1/2022 da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa)<sup>30</sup>. Enquanto o Programa Cuida Mais Brasil insere médicos ginecologistas e

obstetras na APS, o Programa Previne Brasil deixa de prever o financiamento aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf). Conforme argumenta o próprio Ministério da Saúde, com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais<sup>31</sup>.

Como visto, os serviços de atenção ao parto de baixo risco são compostos por maternidades de baixo risco, CPN intra-hospitalares e CPN peri-hospitalares, incorporadas da Rede Cegonha. Compõem os recursos humanos mínimos para o funcionamento das maternidades de baixo risco os seguintes profissionais: médico obstetra, médico pediatra e médico anesthesiologista 24 horas por toda a semana, podendo ser por escala de sobreaviso; enfermeiro, preferencialmente obstétrico, ou obstetrix, de acordo com o quantitativo de leitos obstétricos; e, por fim, técnicos de enfermagem. Além disso, determina-se que tais instituições devem ter acesso a médicos especialistas em clínica geral e cirurgia geral, bem como à equipe multiprofissional conforme necessidades clínicas da gestante e do recém-nascido<sup>16</sup>.

Na contramão das evidências científicas disponíveis sobre os resultados maternos e perinatais associados aos diferentes atores da assistência ao parto, a Portaria nº 715/2022 determina a inclusão de médicos obstetras nos CPN intra-hospitalares<sup>9</sup>. Conforme apresentado anteriormente, a redução de intervenções associada à garantia da segurança da assistência é uma das características dos espaços voltados à atenção ao parto de risco habitual comandados por obstetrixes e enfermeiras obstetras. A publicação 'Intrapartum care for a positive childbirth experience'<sup>32</sup> destaca tais efeitos positivos, emitindo a recomendação de que se deve considerar a implementação de unidades de atenção ao parto alternativas às maternidades, como CPN liderados por obstetrixes e enfermeiras obstetras no próprio ambiente hospitalar (*on-site midwife-led birthing units*). Tal medida facilitaria a adoção do modelo de atenção proposto pela OMS,

a saber: uma atenção segura ao parto com o mínimo possível de intervenções, reduzindo procedimentos desnecessários<sup>32</sup>. Nesse sentido, é possível observar que, na organização da Rami, prevalecem os consensos de classe não baseados em evidência, reforçando a arbitrariedade da nova estrutura organizacional e o esvaziamento da reivindicação que o Ministério da Saúde faz do caráter baseado em evidência da nova rede.

Nesse contexto, o debate sobre os agentes privilegiados da assistência ao parto de risco habitual não se resume a uma questão de reserva de mercado, mas diz respeito à urgente adequação do cuidado intraparto ao modelo proposto pelo último documento de recomendações da OMS<sup>32</sup>, que, conforme argumenta a instituição, contém recomendações que excedem contextos e necessidades específicas, ou seja, são universais.

Em relação aos CPN peri-hospitalares, a portaria que dispõe sobre a habilitação dos serviços da Rami tem uma lacuna discursiva sobre a presença de médicos nesse ambiente. São citados na equipe mínima: obstetrix ou enfermeiro obstétrico, técnico de enfermagem e o auxiliar de serviços gerais. Contudo, o inciso I do art. 64 determina que tais serviços devem atender aos critérios gerais e de equipe multiprofissional dispostos nos arts. 57 e 58 da Portaria nº 2.228/2022, que determina a obrigatoriedade do médico obstetra na equipe do CPN<sup>16</sup>.

Quando se analisam as recomendações para estruturação e organização dos serviços de atenção à gestação e ao parto de risco habitual da Rede Cegonha, dispostas na portaria que a institui e, de maneira complementar, na Portaria nº 11/2015, podem-se observar algumas semelhanças e diferenças fundamentais. O componente 'pré-natal' prevê que a atenção a esse período deve ser realizada nas UBS, pelo médico e enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, associada à equipe multidisciplinar, conforme a recomendação do 'Caderno de Atenção Básica nº 32'<sup>33</sup>. A grande diferença com relação ao modelo

proposto pela Rami está no componente ‘parto e nascimento’. Como discutido anteriormente, na Rede Cegonha, pode-se observar uma ênfase nos CPN como local privilegiado da atenção a esse evento da vida reprodutiva, inclusive em ambiente hospitalar. Os agentes que coordenam e prestam a assistência oferecida no local são os enfermeiros obstetras e obstetras, que contam com o apoio dos técnicos de enfermagem e dos auxiliares de serviços gerais. Nesse contexto, adota-se um modelo em que esses profissionais são responsáveis pela tomada de decisão e ação, contando com a retaguarda médica conforme a necessidade<sup>23</sup>.

## Considerações finais

Nesta análise, foi possível perceber que os métodos de estruturação organizacional da rede imprimem o modelo de atenção ao ciclo gravídico-puerperal subjacente a cada um deles. Considerando as diferenças radicais nos componentes da Rami e da Rede Cegonha, conclui-se que as propostas estão fundamentadas por paradigmas conflitantes de atenção à gestação e ao parto.

A Rede Cegonha regulamentava uma rede de atenção à gestação de risco habitual e ao parto normal, à qual se somavam os serviços de atenção à gestação e ao parto de alto risco, dos quais se beneficiam uma parcela significativamente menor de gestantes e puérperas. Essa abordagem diferenciada na estruturação operacional da rede resultou na publicação da Portaria nº 1.020/2013, para instituição das diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco em conformidade com a Rede Cegonha, já instituída em portaria anterior. Nesse sentido, encontrou-se uma estrutura composta por locais e agentes voltados para atender à gestação, ao parto e ao puerpério de baixo risco, os quais se organizam e se integram em função de cada uma das fases do ciclo gravídico-puerperal, realizando encaminhamentos necessários aos serviços de apoio, conforme o incremento do risco gestacional.

A Rami, por sua vez, é uma rede de atenção cuja estrutura reflete uma ênfase no risco gestacional, operando, de partida, uma clara ruptura entre os locais e os agentes da atenção ao baixo e alto risco gestacional. Além disso, a estruturação dos serviços de atenção à gestação de baixo risco parte do princípio de que todo trabalho de parto tem o potencial de ser um evento patológico, a começar pelo confinamento dos serviços de atenção ao parto no componente III da atenção hospitalar. Nessa lógica, extingue-se a possibilidade de que mais mulheres possam ser assistidas em CPN peri-hospitalares, as casas de parto, mesmo que esses espaços sejam conduzidos por profissionais habilitados para identificar e manejar as intercorrências mais frequentes. Com a exigência da presença de médicos obstetras nos CPN, reinstala-se um modelo de atenção ao parto centrado nos profissionais cuja formação enfatiza os desvios do processo fisiológico.

Nesta análise, a Rami está toda orientada pela concepção da gestação e do parto como um evento ‘naturalmente’ patológico. Apesar de convocar a ‘implementação da atenção humanizada’ como um de seus objetivos, essa implementação fica prejudicada em face dos locais e dos agentes da assistência. Isso porque uma atenção humanizada deve estar orientada pelas boas práticas de atenção ao parto e pela garantia de uma assistência segura com o mínimo de intervenções. Conforme já se discutiu, o parto de baixo risco assistido em CPN por obstetras e enfermeiras obstetras está associado a menos intervenções sem prejudicar os desfechos maternos e neonatais.

Apesar de estarem em consonância com a estrutura operacional descrita por Mendes<sup>17</sup>, há de se reconhecer que o ciclo gravídico-puerperal tem certa especificidade em relação às ‘outras’ condições crônicas que requerem a estruturação de redes de atenção, tendo em vista seu caráter de evento normal da vida reprodutiva. Cabe lembrar que a própria obstetrícia tem uma história que ora se aproxima, ora se distancia da história da própria medicina. Conforme destaca Diniz<sup>34</sup>, a obstetrícia tem

uma história própria, especialmente marcada por relações desiguais de gênero e pela concepção do caráter patológico do corpo feminino. Essa concepção crítica deve fundamentar a estruturação de qualquer rede que busque oferecer uma atenção integral às mulheres e a outras pessoas com capacidade de gestar, gestantes e puérperas.

Mesmo que não se aceite a tese de que a Rami deva ser operacionalizada conforme essa especificidade, ainda há o argumento de que essa rede reserva uma participação coadjuvante à atenção básica, promovendo o protagonismo da atenção ambulatorial e hospitalar, o que resulta em uma forma de organização hierárquica e a atenção centrada na assistência curativa. Essas são características que Mendes<sup>17</sup> associa aos sistemas fragmentados de atenção à saúde, de modo que, mesmo com a adoção dos próprios termos utilizados pelo autor, que é referência em termos de redes de atenção, para descrever a estrutura operacional características das redes efetivas, uma análise mais criteriosa dos locais e agentes da assistência propostos pela Rami demonstra o caráter esvaziado do uso desses termos, levando em conta que adotam um modelo de atenção à saúde conflitante com a noção de redes. O propósito das redes de atenção à saúde é reduzir a utilização de serviços especializados<sup>17</sup>. O que a Rami faz, contraditoriamente, é aumentar a ênfase nesse componente, dando a ele, de certo modo, autonomia em relação à atenção básica.

Apesar de ter como um de seus componentes um sistema de governança, a nova Rami foi instituída sem ao menos respeitá-lo. Conforme destaca Mendes<sup>17</sup>, as comissões intergestoras são o espaço privilegiado da ampla gestão das redes, e a própria implementação da rede não

foi pactuada com esses atores. Nesse sentido, ao instituir a Rami, parte-se de um exercício de autoridade absolutamente descontextualizado, como se, no uso de suas plenas atribuições, o Ministério da Saúde não estivesse situado em um contexto jurídico-político resultante de uma série de marcos históricos e legais que fundamentam e regulamentam a elaboração, a organização e a estruturação das políticas de saúde no Brasil.

Nesse contexto, recomenda-se que uma rede de atenção deva ser instituída, implementada e estruturada à luz dos princípios que norteiam o SUS. Apenas dessa maneira se poderá construir uma Rami democraticamente, que leve em consideração as necessidades daqueles que são sujeitos da assistência oferecida.

Por fim, há aspectos de grande relevância que o recorte sujeitos-locais-agentes da assistência não permitiu explorar, como o modo que tratam (ou deixam de tratar) de outros aspectos do ciclo gravídico-puerperal, como o abortamento previsto em lei ou a atenção à situação de abortamento – que a Rami insiste em chamar de ‘perda gestacional’. Por esse motivo, outros estudos fazem-se necessários para que se possa compreender, de maneira cada vez mais adequada e aprofundada, quais modelos de atenção são subjacentes às duas propostas de organização da rede.

## Colaboradores

Mortelaro PK (0000-0002-9253-7096)\*, Cirelli JF (0000-0001-9066-8538)\*, Narchi NZ (0000-0003-0075-2360)\* e Campos EA (0000-0003-0705-8339)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Plaza M. Entenda a Rede Cegonha. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. [acesso em 2022 set 10]. Disponível em: <https://conass.org.br/entenda-a-rede-cegonha/#:~:text=Para%20dar%20a%20assist%C3%Aancia%20necess%C3%A1ria,desde%20a%20confirma%C3%A7%C3%A3o%20da%20gravidez%2C>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 24 Jun 2011. [acesso em 2022 set 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).
3. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
5. Roma JC. Os objetivos de desenvolvimento do milênio e sua transição para os objetivos de desenvolvimento sustentável. Ciênc. Cult. 2019; 71(1):33-9.
6. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. Ciênc. saúde coletiva. 2021; 26(10):4397-409.
7. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev. Bras. De Crescimento e Desenvol. Hum. 2009; 19(2):313-26.
8. Gandra A. Brasil teve, em 2021, 107 mortes de mães a cada 100 mil nascimentos. Agência Brasil. 2022 maio 28. [acesso em 2022 out 2]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-05/brasil-teve-em-2021-media-de-107-mortes-cada-100-mil-nascimentos>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 715 de 04 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União. 4 Abr 2022. [acesso em 2022 set 10]. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>.
10. Spink MJ, Frezza RM. Práticas discursivas e produção de sentidos. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Editora Cortez; 2013. p. 22-41.
11. Ibáñez T. O giro lingüístico. In: Íñiguez L, organizador. Manual de análise do discurso em Ciências Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005. p. 19-49.
12. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Editora Cortez; 2013. p. 22-41.
13. Spink P. Análise de documentos de domínio público. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Editora Cortez; 2013. p. 100-126.
14. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Editora Loyola; 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf).

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.228 de 1º de julho de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial da União. 1 Jul 2022. [acesso em 2022 set 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228\\_01\\_07\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2228_01_07_2022.html).
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(5):2297-305.
18. Scott J. Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press; 1989.
19. Garcia CC. Breve história do feminismo. São Paulo: Editora Claridade; 2011.
20. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London: NICE; 2014. [acesso em 2022 set 21]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.
21. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the birthplace in england national prospective cohort study. *Bmj*. 2011; 343:d7400.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Diário Oficial da União. 26 Ago 1999.
23. Brasil. Ministério da saúde. Portaria GM/MS nº 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União. 7 Jan 2015. [acesso em 2022 set 19]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html).
24. Guadagnucci L. La lezione (che nessuno ha imparato) del G8 di Genova. *MicroMega*. 2021; 4:1-15.
25. Narchi NZ, Castro CM, Oliveira CF, et al. Report on the midwives' experiences in the Brazilian National Health System: a qualitative research. *Midwifery*. 2017; 53:96-102.
26. Trapani Jr. A. Assistência ao nascimento baseada em evidências e no respeito. Febrasgo. 2018 set 4. [acesso em 2022 out 7]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/625-assistencia-ao-nascimentobaseado-em-evidencias-e-no-respeito>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 29 Maio 2013. [acesso em 2022 set 28]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html).
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017. [acesso em 2022 set 29]. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031).
29. Rede pela humanização do parto e nascimento. Parecer Técnico nº 1/2022. Brasília, DF: ReHuNA; 2022. [acesso em 2022 out 28]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/Parecer-Tecnico-no-01-de-2022-25-de-abril-retificado.pdf>.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. [acesso em 2022 set 30]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>.
31. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. (Série A, nº 32). [acesso em 2022 ago 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf).
33. Diniz CSG. Atenção ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. [dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2007. 210 p.

---

Recebido em 24/11/2022

Aprovado em 26/09/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato



## Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul

*Previne Brasil Program: analysis of the implementation process in a Southern region county*

Ester Cano Rodrigues<sup>1</sup>, Leonardo Dresch Eberhardt<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408385P

**RESUMO** Em 2019, o Ministério da Saúde lançou uma nova política de financiamento da Atenção Básica, o Programa Previne Brasil, que tem exigido a adaptação pelos municípios. O objetivo do presente estudo é analisar a implementação do Programa Previne Brasil em um município do Sul do País. A metodologia caracteriza-se como análise de políticas públicas, por meio de entrevistas e análise documental. Os resultados foram organizados em seis subtemas: lei municipal e comissão de avaliação e monitoramento do Programa; sistema de gratificações; mudanças no processo de trabalho; principais dificuldades enfrentadas; participação social; e expectativas futuras para a Atenção Básica. No processo de implementação do Programa Previne Brasil, observam-se mudanças significativas no trabalho das equipes, estimuladas pelo estabelecimento de metas e indicadores, e pelo repasse dos recursos aos profissionais na forma de gratificações individuais. Ao adotarem uma perspectiva gerencialista, as mudanças no financiamento da Atenção Básica apontam para o distanciamento em relação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde como universalidade, integralidade e participação da comunidade. A implementação do programa em âmbito municipal pode induzir à focalização de ações em saúde, à relativização da análise local da situação de saúde e à centralização do processo de planejamento.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Financiamento da assistência à saúde. Política de saúde.

**ABSTRACT** *The Brazilian Health Ministry launched in 2019 a new financing policy for Primary Health Care, Previne Brasil Program, which has required municipalities to adapt. The research aim is to analyze the implementation of the Previne Brasil Program in a southern region county. Characterized as an analysis of public policies, the methodology included interviews and document analysis. The results were organized into six sub-themes: municipal law and the Program's evaluation and monitoring commission; bonus system; changes in work processes; main difficulties; social participation; and future expectations for Primary Health Care. During the implementation of the Previne Brasil Program, significant changes can be observed in the work processes, stimulated by the goals and indicators established, and also by the transfer of resources to professionals through individual bonuses. By adopting a managerial perspective, the changes in the financing of Primary Health Care point to the detachment in relation to the Unified Health System principles and guidelines, such as universality, integrality and social participation. The Program's implementation at municipal level can lead to the focusing of health actions, relativization of the local analysis of health situation and centralization of the planning processes.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Healthcare financing. Health policy.*

<sup>1</sup>Universidade do Contestado (UNC) - Mafra (SC), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Contestado (UNC) - Canoinhas (SC), Brasil.  
leonardodeberhardt@gmail.com



## Introdução

O financiamento, considerado um elemento fundamental dos sistemas de saúde, é voltado para subsidiar as ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, entre eles a Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica (AB), a qual é pautada em atributos como o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado<sup>1</sup>.

O processo de descentralização do sistema de saúde na década de 1990, cujo principal marco é a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB)<sup>2</sup>, desencadeou modificações na transferência intergovernamental de recursos para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1997, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), composto por duas partes: 1) o PAB fixo, com repasse de um valor *per capita* nacional conforme a população do município; e 2) o PAB variável, como estímulo à adesão ao Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs), ao Programa de Saúde da Família (PSF), às ações de vigilância em saúde, entre outros<sup>3,4</sup>.

Entre os principais marcos do financiamento do SUS podem ser citadas: a) a aprovação da Emenda Constitucional 29, em 2000, que assegurou a participação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde e definiu um aporte anual mínimo de recursos<sup>5</sup>; b) a Lei Complementar nº 141 de 2012, que desvinculou o gasto com saúde por parte da União em relação à evolução do Produto Interno Bruto do País, ou seja, o crescimento da economia brasileira não seria mais repassado, automaticamente, para a saúde<sup>6</sup>; e c) a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95), que congelou o gasto público com políticas sociais por 20 anos.

Além disso, em 2011, o financiamento da AB passou a ser complementado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), integrando o 'componente de qualidade' do PAB variável<sup>7</sup>. Envolvendo quatro fases (adesão,

desenvolvimento, avaliação externa e reconstrução), o PMAQ-AB buscava garantir um padrão de qualidade nacional para AB, bem como permitir maior transparência e efetividade nas ações governamentais e subsidiar ações de planejamento e gestão do SUS<sup>8</sup>.

Posteriormente, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instaurada em 2017, em um contexto que envolveu a adoção de políticas neoliberais de ajuste fiscal. A PNAB 2017 apresenta potenciais prejuízos, dentre os quais o reforço à AB tradicional, a relativização da importância do Agente Comunitário em Saúde (ACS), a segmentação do cuidado e a relativização da cobertura das ações<sup>9-11</sup>.

Após a revisão da PNAB, o governo federal lançou em 2019 o Programa Previnde Brasil (PPB), nova política de financiamento da AB, introduzindo como critérios de cálculo para o repasse financeiro: 1) a captação ponderada, relativa ao número de usuários registrados em âmbito municipal; 2) a avaliação de desempenho, baseada no alcance de metas quantitativas; e 3) as ações estratégicas<sup>12</sup>.

As metas quantitativas que compõem a avaliação de desempenho do PPB consideram sete indicadores relacionados às ações estratégicas de pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. São eles: 1) proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; 2) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4) proporção de mulheres com coleta de exame citopatológico; 5) proporção de crianças de um ano de idade vacinadas; 6) proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; 7) proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre<sup>13</sup>.

Desde então, seguiu-se um debate na literatura acerca dos possíveis efeitos da modificação no financiamento da AB para os usuários,

trabalhadores e gestores do SUS. É possível identificar duas correntes principais nesse debate: de um lado, parte dos pesquisadores aponta retrocessos decorrentes da implantação do PPB, como a restrição de serviços ofertados aos usuários, a geração de desigualdades, a diminuição da resolutividade da AB e o reforço de um viés produtivista e gerencialista na gestão do SUS<sup>11,14</sup>; de outro lado, pesquisadores alinhados à perspectiva governamental defendem que o PPB fortalece os princípios e conquistas históricas do SUS, com ampliação das equipes que recebem recursos financeiros e mensuração de princípios e atributos específicos da AB através de instrumentos modernos e robustos<sup>15,16</sup>.

Conforme Morosini, Fonseca e Baptista<sup>11(16)</sup>, “o financiamento tem poder de induzir as estratégias de mudanças pela alocação, restrição ou retirada de recursos”. No caso da AB, o financiamento é vital para o alcance do acesso universal dos sistemas de saúde<sup>17-19</sup>: maiores investimentos dos governos estão fortemente associados com melhores coberturas dos serviços<sup>20</sup>. Isto é, a alteração nas bases do financiamento da AB pode significar mudanças no âmbito do planejamento, gestão e execução da política pública de saúde, envolvendo modificações nos processos de trabalho das equipes de AB e, em última instância, das condições de saúde da população. Tais mudanças podem significar uma maior aproximação ou distanciamento em relação aos princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade.

Entretanto, a literatura atual sobre o PPB, em geral, limita-se à análise das legislações, portarias e outros documentos oficiais relacionados à implantação do Programa em nível nacional. Com vistas a ampliar o debate acerca dos possíveis efeitos do PPB para os usuários, trabalhadores e gestores do SUS, incorporando elementos empíricos oriundos de pesquisa de campo, este estudo tem por objetivo analisar a implementação do PPB em um município localizado na região Sul do Brasil.

## Metodologia

A presente pesquisa pode ser caracterizada como uma análise de políticas públicas em saúde<sup>21</sup>, principalmente na fase de implementação, pressupondo-se que a política se define “no nível concreto de sua execução”<sup>22(24)</sup>. A metodologia empregada também está relacionada à ‘avaliação em saúde’, na medida em que busca conhecer a relação entre a intervenção, por meio de um programa, e seu contexto de inserção na produção de determinados efeitos<sup>23</sup>.

O estudo foi realizado em um município de médio porte, de economia agrícola e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio, localizado no Sul do Brasil. A rede de saúde localizada no município inclui treze Unidades de Saúde da Família, que garantem cobertura de 100% pela Estratégia Saúde da Família (ESF), um hospital geral de médio porte de caráter filantrópico, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), atenção pré-hospitalar e uma série de consultórios privados.

Os procedimentos de coleta de dados incluíram entrevistas semiestruturadas e análise documental. As entrevistas foram realizadas com quatro informantes-chave, indicados pela Comissão Municipal de Avaliação e Monitoramento do Programa Previne Brasil. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Os documentos consultados foram indicados pelos informantes e acessados no portal online do município.

A sistematização e análise de dados foi realizada de forma qualitativa tendo por referência a análise temática<sup>24</sup>, buscando-se encontrar núcleos de sentido nas entrevistas e agrupando-os por categorias temáticas que emergiram do processo de análise e interpretação dos dados<sup>25</sup>.

Ressalta-se que a pesquisa respeitou os preceitos éticos dispostos pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde<sup>26,27</sup>, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado (UNC) sob o

Certificação de Apreciação Ética (CAAE) nº 64146622.0.0000.0117. Os entrevistados consentiram livremente em participar da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para evitar a identificação dos entrevistados e proteger o sigilo das informações prestadas, optou-se por ocultar os nomes dos entrevistados, substituindo-os pelas expressões ‘E1’, ‘E2’ e assim por diante.

## Resultados e discussão

A análise e interpretação dos resultados possibilitou a construção de categorias temáticas que refletem o processo de implementação do PPB no município em questão. Os temas levantados foram: 1) lei municipal e comissão de avaliação e monitoramento do PPB; 2) sistema de gratificações; 3) mudanças no processo de trabalho; 4) principais dificuldades enfrentadas; 5) participação social; e 6) expectativas futuras para a AB.

Em 2021, foi sancionada uma lei municipal que dispõe sobre a aplicação dos recursos oriundos do componente de avaliação de desempenho do PPB, a partir da reformulação de lei anterior, de 2018, voltada ao pagamento de gratificações vinculadas ao PMAQ-AB. A lei estabelece a responsabilidade da Comissão Municipal de Avaliação e Monitoramento do PPB pelo acompanhamento do repasse dos recursos. A Comissão é composta por seis representantes da Secretaria Municipal de Saúde, por indicação do secretário, pelo coordenador do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e pelo coordenador da AB.

De caráter permanente e nomeada pelo poder executivo, a Comissão é presidida pelo coordenador da AB e orientada por regimento interno. Entre as atribuições da Comissão estão: a elaboração e atualização periódica do instrumento de avaliação dos funcionários; o monitoramento e divulgação do alcance dos indicadores do PPB; a aplicação e avaliação interna individual dos servidores; e o acompanhamento do recebimento e repasse dos recursos.

Em seu artigo segundo, a Lei<sup>28</sup> estabelece que o recurso recebido a título de pagamento por desempenho:

Será integralmente destinado para gratificação dos funcionários da Atenção Primária à Saúde de acordo com o valor recebido pelo alcance dos indicadores e avaliação interna<sup>28(2)</sup>.

O recurso é recebido pelo município mensalmente, mas o valor é repassado para os servidores semestralmente: “o município *compila tudo, divide e aí [...] repassa para os funcionários*” (E3). Os valores são repassados em folha de pagamento e estão disponíveis no portal da transparência municipal.

Conforme um dos entrevistados:

*Esse recurso específico de desempenho a gente utiliza para repassar como gratificação para os servidores. Mas, esse recurso não necessariamente precisa ser repassado, ele pode ser utilizado para o custeio da Atenção Básica. [...] E aí, o que foi feito? Foi feito, no município, para poder utilizar esse recurso, para repassar como gratificação, [...] uma lei municipal. (E2).*

Ou seja, o repasse do pagamento por desempenho por meio de gratificações individuais é uma escolha tomada no âmbito da gestão municipal. Para a distribuição das gratificações, os profissionais vinculados à AB são submetidos à avaliação institucional individual conduzida pelo coordenador da unidade, de acordo com os indicadores do PPB e conforme instrumento interno constituído pelos critérios: ética, habilidade técnica, responsabilidade, trabalho em equipe, relacionamento, flexibilidade, compartilhamento de saberes, inovação, assiduidade e pontualidade. Os profissionais considerados insuficientes pela avaliação (nota inferior a 70%) não fazem jus ao recebimento do pagamento por desempenho ou gratificação.

Além disso, não recebem o repasse financeiro a título de gratificação os servidores com menos de seis meses, estagiários, contratados

temporariamente, participantes do Programa Mais Médicos, intercambistas e profissionais contemplados pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Também não recebem a gratificação os servidores que, no período de seis meses, têm mais de 90 dias de afastamento por atestado médico ou licença. Os servidores com período de afastamento de 15 a 90 dias recebem valores proporcionais.

Segundo E3, tal procedimento é adotado para “consegui também filtrar os profissionais que não estão contribuindo para a vinda deste recurso”, uma vez que o trabalhador em afastamento “não contribui com a captação desses indicadores”. Assim, a legislação municipal, embora sob a justificativa de incentivo aos profissionais, adota uma perspectiva excludente e punitiva em relação aos trabalhadores que, por motivos de saúde e outros, necessitam de afastamento do trabalho ou que apresentam dificuldades no desenvolvimento das atividades de trabalho.

Conforme o E4,

*A gratificação vem para a equipe. Então, às vezes acontecia de alguns profissionais daquela equipe trabalharem muito para tentar conseguir os indicadores e outros nem tanto. E a gente já imaginava que isso poderia acontecer. Quando a gente começou a perceber que isso estava acontecendo, a gente se antecipou para que dentro da lei tivesse um regimento, que a gente também como município pudesse avaliar esses profissionais, conforme cada atividade de cada profissional. A gente teve alguns problemas de início, assim, porque alguns profissionais achavam que iriam receber essa gratificação mesmo que não trabalhassem. E quando não aconteceu isso... Nossa! Foi bem complicado, assim, aquele momento, para que a gente conseguisse passar para eles que aquilo não era um pagamento fixo, era uma gratificação pelo desempenho do profissional, aí nós começamos a ter um pouco mais de reflexo em relação à mudança no comportamento de alguns profissionais, eles começaram a tentar realmente a chegar no indicador.*

Portanto, as avaliações individuais, aliadas à distribuição dos recursos do pagamento por desempenho na forma de gratificação aos profissionais que cumprem os requisitos, possuem um caráter gerencialista<sup>29</sup>, cujo centro está em elementos comportamentais dos servidores, visando corrigir supostas distorções na divisão do trabalho nas unidades. Nesse sentido, a gratificação pode ser compreendida como uma forma de salário indireto que funciona como instrumento de gestão da força de trabalho, em um sistema de recompensa pelo alcance de metas e pela adoção de comportamentos considerados adequados, visando promover a adesão dos trabalhadores ao PPB.

Essa lógica de gestão – na medida em que estimula a competitividade entre trabalhadores e equipes de trabalho e adota critérios comportamentais e de desempenho para conceder ou não recompensas financeiras, visando mobilizar subjetivamente o trabalhador para o alcance de metas estabelecidas pela gestão – remete ao que tem sido chamado na literatura de ‘gestão por performance’, ‘trabalho de alta performance’<sup>30-32</sup> ou ‘administração por estresse’<sup>33</sup>, métodos que estão relacionados à intensificação do trabalho, à fragmentação de coletivos de trabalhadores e à geração de problemas de saúde. Como neste estudo não foram realizadas entrevistas com trabalhadores dos serviços, não foi possível identificar com detalhes os efeitos das práticas de gestão vinculadas ao PPB sobre os trabalhadores.

A mudança no modelo de financiamento inserida pelo PPB, aliada à escolha da gestão municipal por repassar os recursos de pagamento por desempenho via gratificação individual, implica mudanças no processo de trabalho das equipes de AB.

A partir da implementação do PPB, o planejamento das equipes de saúde passa a ser deslocado do atendimento às necessidades e demandas da população para o alcance das metas e indicadores:

*[...] a gente sempre se baseou em montar o cronograma anual naquilo que era necessidade da população. Baseado em demanda. Aí, com o Previne, a gente deve pensar em formas de atingir a população, que são os indicadores. (E1).*

Ainda conforme o entrevistado supracitado: *“[...] você tem que pensar em algo que você tem que atingir para o indicador do Previne, não exatamente o que a população quer” (E1).*

Quer dizer, o alcance das metas estabelecidas no PPB impõe um planejamento centralizado, com determinadas prioridades (pré-natal, gestantes, crianças, pessoas com hipertensão e diabetes) que podem não corresponder, necessariamente, aos problemas de saúde enfrentados no âmbito local. Isso remete à discussão acerca das necessidades ou demandas em saúde, com participação dos usuários do SUS na sua definição e priorização, isto é, a definição de necessidades de saúde não é apenas um procedimento técnico, mas, sobretudo, político<sup>34-37</sup>. Quando parte das necessidades e demandas expressadas pela população do território, consideradas como elemento central da vigilância em saúde, o processo de planejamento no SUS assume um caráter ascendente e participativo<sup>38</sup>.

As mudanças na dimensão organizativa e funcional das equipes podem ampliar a “demanda reprimida”<sup>39(2)</sup>, a exemplo dos casos complexos ou não contemplados nas métricas de avaliação do PPB. A centralização do processo de planejamento impõe a priorização da equipe de saúde sobre a parcela da população que ‘conta pontos’ para o recebimento de recursos financeiros, conforme relata E4:

*A gente tem que se organizar focando um pouco mais nesses indicadores – hipertensos, diabéticos, gestantes, vacinação das crianças e dos exames preventivos citopatológicos, e sem tentar deixar de atender ainda às outras demandas. [...] Então a gente precisou acabar focando, porque isso influencia financeiramente o município.*

Nesse sentido, a focalização das ações em saúde parece ser uma imposição e uma consequência do PPB. O depoimento a seguir aponta para a gratificação individual enquanto estímulo à focalização:

*Isso [a gratificação] acaba incentivando os profissionais a tentar alcançar esses indicadores, porque querendo ou não ajuda muito, assim, essa parte financeira influencia muito, não dá para dizer que não. Então, os profissionais começaram a focar bastante nesses indicadores. (E4).*

A questão que está subjacente ao maior ‘foco’ da equipe no alcance das metas estabelecidas para os indicadores se refere ao risco de desassistir a população que não se enquadra nos indicadores. Isso remete novamente ao debate acerca das necessidades de saúde: os problemas de saúde enfrentados pela população são muito mais amplos do que os sete indicadores do PPB. Assim, é possível contextualizar o PPB no âmbito dos processos em curso, desde os anos de 1990, de redução do investimento público e da implantação de um viés produtivista na gestão do SUS, com crescimento da prestação de serviços pelo setor privado e distanciamento da compreensão da saúde como direito social e dever do Estado<sup>40,41</sup>. Com a redução no financiamento, impõe-se uma AB seletiva e focalizada em problemas com maior potencial de redução de indicadores de morbimortalidade e com melhor relação custo-benefício, em detrimento dos princípios da universalidade e da integralidade.

O viés produtivista está presente na própria estrutura do PPB, sobretudo no componente de avaliação de desempenho, em que é avaliada a ‘performance’ das equipes no alcance da produtividade exigida, por meio de indicadores de resultado – proporção da população-alvo atingida pelas ações em saúde. A crítica a esse viés, medido por métodos puramente quantitativos, é apresentada pelo E1:

*[...] o Ministério [da Saúde] coloca tudo quantitativo, tudo relacionado à quantidade. Então essa parte do qualitativo é só o município que olha e que enxerga [...] é tão complexo, não é? A saúde de alguém. E aí você acaba reduzindo, e eu acho que o quantitativo faz isso.*

A preocupação meramente ‘quantitativa’ desconsidera as especificidades do processo de trabalho na AB e oculta uma série de atividades que não se encaixam nos critérios avaliados, embora possuam extrema relevância no contexto da atenção integral à saúde no território. Isto é, há um ‘reducionismo’ na concepção do processo saúde-doença. E1 cita o seguinte exemplo:

*Muitas vezes, a assistente social da equipe vai fazer um atendimento, [...] que ela levou 60 km para chegar, então foi a manhã toda quase, e as seis horas de trabalho dela para atender um caso [...] Só que tem um impacto grande, não é? Ele é [...] qualitativo, só que onde que isso aparece, não é? Aparece para nós, nós sabemos enquanto equipe, mas para o Ministério [da Saúde] ela atendeu uma pessoa. [...] porque às vezes os casos são bem complexos e se for de saúde mental, junto com uma questão nutricional, você precisa de outros pontos da rede, vai precisar do Caps [Centro de Atenção Psicossocial] [...], mas começou lá na Atenção Básica, só que é um caso que você ficou trabalhando uma semana inteira nele.*

Portanto, o PPB e sua implementação se chocam com a perspectiva do cuidado integral em saúde<sup>42,43</sup>, perspectiva que se contrapõe à lógica instrumental, produtivista e reducionista subjacente à proposta do PPB. Nesse âmbito, o PPB representa um retrocesso em relação ao PMAQ-AB, o qual incorporava uma gama maior de elementos que possibilitam uma avaliação mais ‘qualitativa’ nos processos de autoavaliação das equipes, de avaliação externa e de entrevista com os usuários.

Na percepção dos sujeitos da pesquisa, a principal dificuldade enfrentada pelas equipes de saúde da família é o alcance dos indicadores,

dificuldade que foi mais intensa nos períodos críticos da pandemia de Covid-19 no Brasil (2020 e 2021) e que demandou alterações nos processos de trabalho, por exemplo, com a suspensão das atividades em grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos etc. Nesse período, os recursos foram repassados pelo Ministério da Saúde independentemente do alcance ou não das metas estabelecidas, com o sentido de não prejudicar ainda mais as equipes. Na percepção do E3, esse procedimento pode ter efeitos negativos: “*acredito que com isso os profissionais se acomodaram, sabe!? Desestimulou de eles irem atrás*”. No entanto, essa percepção acaba por reforçar a visão gerencialista de que a desmotivação dos trabalhadores seria explicada pela ausência de um sistema de pagamento por desempenho.

A principal preocupação da gestão municipal com relação ao processo de transição do modelo anterior de financiamento para o PPB se refere ao preenchimento correto dos prontuários eletrônicos. O preenchimento equivocado ou incompleto pode fazer com que o atendimento realizado ‘não suba’ para as instâncias superiores e, portanto, o indicador ‘se perde’ e não é revertido em pagamento por desempenho, ou seja, o município e as equipes perdem recursos. Para contornar esse problema, a gestão tem investido na realização de treinamentos e capacitações para os profissionais das unidades.

E1 aponta outra dificuldade enfrentada pelas equipes:

*[...] Tem gestante da área central, especialmente, a gente tem bastante, não é? Que é a área que acaba tendo mais plano de saúde, usando mais a rede privada, elas estão [...] na nossa epidemiologia, só que elas não vêm para a unidade [...] E não atinge não é porque eu não quero atingir, é porque a pessoa faz uma escolha.*

Isto é, os usuários de planos de saúde ou da rede privada, que embora não frequentem a unidade de saúde da família, são incorporados normalmente no cálculo da população adscrita

considerada para o repasse dos valores do PPB, levando a uma dificuldade adicional no alcance das metas dos sete indicadores.

Em relação à participação social, princípio fundamental do SUS, nota-se a ausência de controle social no planejamento, gestão e operacionalização do PPB em âmbito municipal. Por exemplo, não há representante da comunidade na Comissão Municipal de Avaliação e Monitoramento do PPB, que conta apenas com representantes da gestão municipal e dos profissionais de saúde. A participação social se dá de forma indireta, quando questões referentes aos PPB tramitam pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). A limitada participação social no município reproduz os processos de alteração PNAB e implantação do PPB em âmbito nacional, realizados em pouco tempo, em um contexto de instabilidades político-econômicas e fruto de disputas travadas no campo da gestão interfederativa<sup>44</sup>.

As expectativas futuras em relação à continuidade da implantação do PPB nos anos subsequentes se concentram em dois pontos. Em primeiro lugar, há a expectativa de ampliação dos indicadores, para além dos sete indicadores estabelecidos inicialmente e incorporando outros problemas de saúde: “*Não tem nada oficial, mas a gente, assim, pelos rumores de fóruns que a gente participa é [...] a saúde mental e a obesidade*” (E3).

Em segundo lugar, há a expectativa de evoluir no alcance das metas da avaliação de desempenho e de manter o montante de valores captados pelo município. Na percepção dos entrevistados, a mudança no modelo de financiamento não modificou, de imediato, o montante de recursos repassados ao município para o custeio da AB:

*na verdade, o quantitativo em si não alterou muito, só mudou mesmo a forma do repasse, impacta para nós de acordo com o que a gente consegue registrar, captar.* (E2).

Em contrapartida, a literatura registra o risco de ‘desfinanciamento’ do SUS nos

próximos anos em decorrência das alterações na política de saúde brasileira a partir da EC 95, de 2016, da PNAB, de 2017 e, mais recentemente, do PPB<sup>9,11,14</sup>. Cenário preocupante, pois há uma forte associação entre maiores investimentos na AB e a universalidade do acesso, com melhor cobertura dos serviços<sup>20</sup>.

Registra-se a similaridade do sistema de pagamento por desempenho do PPB com o ‘Performance Based-Financing’ (PBF), sistema de financiamento da Atenção Primária à Saúde incentivado pelo Banco Mundial<sup>45,46</sup> e pela Organização Mundial da Saúde<sup>47</sup> e adotado internacionalmente em mais de 50 países de ‘renda baixa ou média’ na África, Ásia e América Latina<sup>18,48-55</sup>. O PBF é um sistema de pagamento para prestadores de serviços, unidades de saúde, distritos sanitários e regiões de saúde baseado nas suas performances, medidas pela qualidade e quantidade de serviços prestados, com base em metas ou indicadores predefinidos. Nesse sistema, o pagamento em dinheiro ou bônus de performance é geralmente utilizado para cobrir custos dos serviços ou como incentivo para os profissionais<sup>52-54</sup>.

Em um contexto global que mantém altíssimas desigualdades em termos de recursos aplicados e acesso à saúde entre diferentes países<sup>19,20</sup> e vinculado aos objetivos de desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), o PBF parte da premissa de que a precariedade da Atenção Primária à Saúde nos países de ‘renda baixa ou média’ se deve, entre outros elementos, à baixa performance dos profissionais e serviços e à ausência de motivação dos trabalhadores da saúde<sup>50</sup>.

O balanço do PBF efetuado pela literatura é contraditório. Ao mesmo tempo em que países ampliaram a cobertura e a qualidade de algumas ações em saúde, sobretudo voltadas para a saúde materno-infantil, a implantação do PBF também esteve relacionada com efeitos ‘indesejados’ em comparação com outros sistemas de financiamento<sup>18,46,48-55</sup>. Por exemplo, no

estudo de Turcotte-Tremblay, Gali e Ridde<sup>51</sup>, alguns dos efeitos do PBF foram a fixação dos profissionais e serviços nos indicadores e nos registros em detrimento dos objetivos subjacentes relativos ao cuidado em saúde; a perseguição por indicadores de performance específicos, menos relevantes e descontextualizados; a manipulação deliberada de registros médicos e documentos para reportar uma quantidade e qualidade de cuidado diferente daquela efetivamente executada; atrasos nos pagamentos aos profissionais; insatisfação e desmotivação; diminuição da autonomia da gestão local e controle centralizado. Sem desconsiderar as diferenças de contexto, tais elementos dialogam com o caso aqui apresentado, referente à implementação do PPB, e apontam para possíveis efeitos deletérios do pagamento por desempenho no cuidado em saúde. Desta forma, a literatura acerca do PBF pode lançar luz sobre as questões levantadas durante a implementação do PPB e contribuir para sua problematização.

Cabe ressaltar que, no Brasil, as dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios remetem à discussão acerca da municipalização dos serviços de saúde na década de 1990, em um contexto desfavorável, de implantação de políticas neoliberais<sup>56</sup>. A passagem da responsabilidade direta pelos serviços de saúde para as prefeituras não foi acompanhada da destinação de verbas públicas necessárias para garantir a manutenção e ampliação dos serviços, reproduzindo a defasagem entre a verba pública destinada ao consumo coletivo e as demandas e necessidades em saúde da população<sup>57</sup>. Além disso, o teto de 60% da despesa municipal para custeio de força de trabalho, instaurado pela Lei de Responsabilidade Fiscal em 2000<sup>58</sup>, representa um problema adicional na operacionalização das políticas sociais como a saúde, dependentes do trabalho vivo dos profissionais da saúde para sua execução<sup>59-61</sup>.

Por fim, salienta-se que as críticas à implementação do PPB no caso apresentado não

devem ser confundidas com a negação da avaliação como parte fundamental dos serviços e sistemas de saúde. Repensar coletivamente os processos avaliativos e de financiamento da AB possibilita reorientar caminhos em direção ao cumprimento dos objetivos do sistema e, em última instância, melhorar a qualidade dos serviços e ações em saúde ofertados à população.

Alternativamente ao PPB, pode-se tomar o modelo tecnoassistencial ou modelo de atenção como ‘guia’ para os processos de financiamento e avaliação da AB, direcionando-os para os princípios e diretrizes do SUS, como a integralidade, a universalidade e a participação social<sup>62,63</sup>. Como afirmam Silva Júnior e Mascarenhas<sup>62(518)</sup>, um dos objetivos da avaliação na AB seria o de “verificar a direcionalidade da construção do modelo tecnoassistencial em coerência com os princípios do SUS”. Nesse sentido, dimensões como o acolhimento, a construção de vínculos, a equipe de referência, a responsabilização, a continuidade e resolutividade do cuidado, a integralidade, a acessibilidade e a participação dos usuários deveriam ser trazidas para o centro do processo avaliativo, incorporando a percepção dos usuários dos serviços<sup>62,64</sup>.

A atenção efetiva às necessidades de saúde existentes ou potenciais em cada território, conforme os conhecimentos e recursos disponíveis para a intervenção, deveria ser considerada o núcleo tanto da avaliação de qualidade na AB<sup>62</sup>, quanto da distribuição de recursos e financiamento<sup>63</sup>. A avaliação deve incorporar, para além dos resultados das ações em termos de produtividade como propõe o PPB, também as dimensões de estrutura, processos e impactos, esta última uma dimensão fundamental, pois reflete a transformação do estado de saúde da população<sup>23,62</sup>. Assim, uma possibilidade tanto para a avaliação normativa quanto para as pesquisas avaliativas é a utilização da triangulação de métodos<sup>65</sup> na medida em que propicia a “indagação aos múltiplos atores envolvidos no processo de atenção à saúde”<sup>62(518)</sup>.

## Considerações finais

A análise empreendida no presente artigo, a partir de coleta de dados empíricos por meio de entrevistas e pesquisa documental, possibilitou o aprofundamento teórico e prático acerca da implementação do PPB e de seus efeitos para o processo de trabalho na AB. As mudanças na política de financiamento da AB, ao adotarem uma perspectiva gerencialista, produtivista e reducionista, apontam para o distanciamento em relação aos princípios e diretrizes do SUS. Tanto a modalidade de pagamento por desempenho quanto, especialmente, a focalização da atenção à saúde com a definição de um ‘pacote básico’ que exclui uma série de necessidades de saúde, podem limitar substancialmente os princípios da universalidade e da integralidade.

O PPB impõe uma reorganização do processo de trabalho das equipes para o alcance de metas e indicadores definidos no nível central, relativizando a importância da análise da situação de saúde em nível local e da participação social para o processo de planejamento, elementos a serem considerados no cuidado integral à saúde. Além disso, a gestão da força de trabalho é pautada por critérios quantitativos e produtivistas, e tende a punir e excluir os trabalhadores com desempenho considerado ‘inadequado’ por razões diversas. No caso apresentado, o PPB estimulou a incorporação de elementos da gestão empresarial nos serviços públicos de saúde, que são incompatíveis com a perspectiva do cuidado integral à saúde.

A substituição do teto de gastos estipulado na Emenda Constitucional nº 95/2016 pelo ‘novo arcabouço fiscal’ instituído pela Lei Complementar nº 200/2023 pode alterar o cenário do financiamento da AB. Contudo, o novo regime mantém o ajuste fiscal como diretriz principal, com o investimento em políticas sociais subordinado ao desempenho econômico e ao superávit primário das

contas públicas. Portanto, a tendência é que nos próximos anos permaneçam os desafios para a gestão do Ministério da Saúde no financiamento da AB. Esse cenário exige a retomada dos princípios e diretrizes do SUS e a revitalização das lutas sociais por saúde empreendidas pela própria população usuária do sistema em conjunto com os trabalhadores do SUS.

Os principais limites desta pesquisa dizem respeito, por um lado, à própria circunscrição territorial adotada, limitada ao estudo de caso de um município, o que pode impedir que alguns resultados sejam extrapolados para outros locais; e, por outro, a composição do grupo de participantes da pesquisa a partir de indivíduos que tiveram ou têm participação direta na gestão da AB e do PPB, ou seja, que têm uma visão endógena do processo de implementação do Programa. Essa composição impossibilitou avaliar e detalhar questões pertinentes como a percepção dos trabalhadores da AB sobre o PPB, os conflitos gerados na sua implementação e as repercussões da avaliação e do pagamento por desempenho sobre os trabalhadores. Nesse sentido, sugere-se a realização de pesquisas empíricas sobre a temática, incorporando a percepção de outros atores sociais, e o acompanhamento da implementação do PPB no âmbito municipal nos anos subsequentes, buscando compreender os impactos para as condições de saúde da população.

## Colaboradores

Rodrigues EC (0000-0002-6412-4585)\* contribuiu para a execução da pesquisa de campo, análise dos dados e redação do manuscrito. Eberhardt LD (0000-0002-8284-1668)\* contribuiu para o planejamento da pesquisa e orientação da pesquisa de campo, análise de dados e redação do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(esp):158-64.
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2001; 6(2):269-91.
- Ugá MAD, Marques RM. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 193-233.
- Coelho KTR. Avaliação da formulação do Programa Previne Brasil. [monografia]. Brasília, DF: Instituto Serzedello Corrêa, Escola Superior, Tribunal de Contas da União; 2020.
- Piola SF, Servo LMS, Sá EB, et al. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial.* Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; 2013. p. 19-70. (Vol. 4).
- Coelho TCB, Scatena JHG. Financiamento do SUS. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Rio de Janeiro: MedBook; 2014.* p. 271-86.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União.* 20 Jul 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – terceiro ciclo (2015-2017). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
- Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):224-43.
- Morosini MVG, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(116):11-24.
- Morosini MVG, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carreira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(9):1-20.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União.* 13 Nov 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica n.º 11/2022 - SAPS-MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
- Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(4):1181-8.
- Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020;25(4):1189-96.
- Harzheim E, D’Ávila OP, Ribeiro DC, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020; 25(4):1361-74.
- Brundtland GH. Public financing for primary health care is the key to universal health coverage and strengthening health security. *Lancet.* 2022; 10:602-3.

18. Innocent Y, Kang S, Konlan KD. The factors that influence performance-based financing in primary health care provision in Muramvya province, Burundi. *J. Glob. Health Sci.* 2023; 5(1):1-9.
19. Hanson K, Balabanova D, Brikci N, et al. Financing primary health care in low- and middle-income countries: a research and policy agenda. *J. health serv. res. policy.* 2023; 28(1):1-3.
20. Moosa S. Financing and payment reforms for primary health care and universal health care in Africa. *Afr. j. prim. health care fam. med.* 2022; 14(1):1-2.
21. Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.
22. Baptista TWF, Rezende M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 221-59.
23. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliando a implantação das intervenções em saúde: novas contribuições. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 11-13.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
25. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 12 Dez. 2012.
27. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União. 24 Maio 2016.
28. Mafra. Prefeitura Municipal. Lei nº 4.528 de 19 de maio de 2021. Diário Oficial dos Municípios de Santa Catarina. 20 Maio 2021.
29. Secchi L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev. Adm. Pública.* 2009; 43(2):347-69.
30. Pass S. Life on the line: exploring high-performance practices from an employee perspective. *Ind. Rel. Journ.* 2018; 48(5-6):500-17.
31. Heffernan M, Dundon T. Cross-level effects of high-performance work systems (HPWS) and employee well-being: the mediating effect of organisational justice. *Human Res. Manag. J.* 2016; 26(2):211-31.
32. Boxall P, Macky K. High-involvement work processes, work intensification and employee well-being. *Work, Empl. Soc.* 2014; 28(6):936-84.
33. Pina JA. Intensificação do trabalho, Taylor e administração por estresse. *Inter Vozes.* 2016; 1(1):56-65.
34. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(4):1260-8.
35. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(23):605-18.
36. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj, IMS; Abrasco; 2006. p. 117-30.
37. Stotz EN. Necessidades de saúde: conceito, valor, política. Uma revisão autocrítica. *Inter Vozes.* 2016; 1(1):66-75.
38. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: USP, FSP; 1998.
39. Chávez GM, Rennó HMS, Viegas SMF. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Rev. Saúde Col.* 2020; 30(3):1-20.
40. Rizzotto MLF. Focalização em saúde. In: Pereira IB,

- Lima FCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV; 2008. p. 221-5.
41. Rizzotto MLF, Campos GWS. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):263-76.
  42. Mattos RA. Cuidado prudente para uma vida decente. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; Abrasco; 2006. p. 121-134.
  43. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1411-6.
  44. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Rev. Panam. Salud Publica.* 2018; 42:1-8.
  45. Fritsche GB, Soeters R, Meessen. *Performance-based financing toolkit*. Washington, DC: The World Bank; 2014.
  46. De Walque D, Kandpal E, Wagstaff A, et al. Improving effective coverage in health: do financial incentives work? Policy Research Report. Washington, DC: The World Bank; 2022.
  47. World Health Organization. *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO; 2010.
  48. Zeng W, Cros M, Wright KD, et al. Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. *Health Policy Plan.* 2013; 28:596-605.
  49. Mabuchi S, Sesan T, Bennett SC. Pathways to high and low performance: factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria. *Health Policy Plan.* 2018; 33:41-58.
  50. Khanna M, Loevinsohn B, Pradhan E, et al. Decentralized facility financing versus performance-based payments in primary health care: a large-scale randomized controlled trial in Nigeria. *BMC Med.* 2021; 19(224):1-12.
  51. Turcotte-Tremblay AM, Gali IAG, Ridde V. An exploration of the unintended consequences of performance-based financing in 6 primary healthcare facilities in Burkina Faso. *Int. J. Health Policy Manag.* 2022; 11(2):145-59.
  52. Koulidiati JL, De Allegri M, Lohmann J, et al. Impact of Performance-Based Financing on effective coverage for curative child health services in Burkina Faso: evidence from a quasi-experimental design. *Tropical Med. Intern. Health.* 2021; 26(8):1002-13.
  53. Duran D, Bauhoff S, Berman P, et al. The role of health system context in the design and implementation of performance-based financing: evidence from Cote d'Ivoire. *BMJ Global Health;* 2020; 5:1-10.
  54. Jacobs E, Bertone MP, Toonen J, et al. Performance-based financing, basic packages of health services and user-fee exemption mechanisms: an analysis of health-financing policy integration in three fragile and conflict-affected settings. *Appl. health econ. health policy.* 2020; 18:801-10.
  55. Ahmed T, Arur A, De Walque D, Shapira G. Incentivizing quantity and quality of care: evidence from an impact evaluation of performance-based financing in the health sector in Tajikistan. *Econ. dev. cult. change.* 2023; 71(2):1-69.
  56. Rizzotto MLF. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2012.
  57. Valla VV. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde no Rio de Janeiro. *Logos.* 1993; 4:39-43.
  58. Brasil. Presidência da República. Lei complementar n.º 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 5 Maio 2000.

59. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde debate*. 2015; 39(104):18-29.
60. Silva EVM, Silva SF. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. *Divulg. saúde debate*. 2007; 40:7-12.
61. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(6):1667-76.
62. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj, IMS; Abrasco; 2010.
63. Silva DG, Mendes A, Carnut L. Integrative review on Primary Health Care financing in national health systems: ensuring access and equity. *Theoret. Econ. Let*. 2022; 12:1176-206.
64. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50(2):331-40.
65. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

---

Recebido em 04/03/2023

Aprovado em 14/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Jamilli Silva Santos

## Promoção de Saúde Bucal no trabalho em áreas rurais: ecos de cirurgiões-dentistas

*Oral Health Promotion at the workplace in rural areas: echoes from dental surgeons*

Suyene de Oliveira Paredes<sup>1</sup>, Franklin Delano Soares Forte<sup>1,2</sup>, Maria Socorro de Araújo Dias<sup>2,3</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408604P

**RESUMO** Estudo compreendeu o trabalho dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da Promoção da Saúde Bucal (PSB) em território rural. Trata-se de uma investigação transversal e qualitativa. A coleta dos dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com quatorze profissionais que atuavam em equipes de saúde bucal rurais do estado da Paraíba. Para compreensão e sistematização dos dados, adotou-se a análise de conteúdo temática. O referencial teórico condutor do método considerou pilares, valores e princípios da Promoção da Saúde (PS). As narrativas revelam conceitos imprecisos de PSB, restringindo-os às atividades de prevenção aos agravos bucais. Existem potencialidades e fragilidades nas ações de PSB em áreas rurais. Há desigualdades quanto às unidades de apoio e existem populações rurais sem qualquer assistência aos serviços especializados de saúde bucal. Observou-se envolvimento dos profissionais nas práticas campanhistas e nas metas com gestantes. Existem dificuldades na formação de grupo, e as ações intersetoriais são praticamente resumidas à parceria entre saúde/educação. As realidades são discrepantes frente ao apoio da gestão. Os discursos apontaram para ações de PSB capazes de produzir autoestima e melhorar a qualidade de vida, pautadas na integralidade e nos valores de solidariedade e humanização.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Saúde da população rural.

**ABSTRACT** *This study included the work of dental surgeons of the Family Health Strategy, from the perspective of Oral Health Promotion (OHP) in rural territory. This is a cross-sectional and qualitative investigation. Data collection was performed through semi-structured interviews carried out with fourteen professionals who worked in rural oral health teams from the state of Paraíba. To understand and systematize the data, thematic content analysis was adopted. The theoretical framework that guided the method considered pillars, values and principles of Health Promotion (HP). Narratives reveal imprecise OHP concepts, restricting them to oral disease prevention activities. There are potentialities and weaknesses in the OHP actions in rural areas. There are inequalities regarding support units and there are rural populations without any assistance to specialized oral health services. Professionals' involvement was observed in the campaign practices and in the goals with pregnant women. There are difficulties in group formation, and intersectoral actions are practically limited to the partnership between health/education. The realities are discrepant in the face of management support. The speeches pointed to OHP actions capable of producing self-esteem and improving quality of life, based on integrality and the values of solidarity and humanization.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health promotion. Rural health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.  
franklinufpb@gmail.com

<sup>2</sup>Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renaf) - Eusébio (CE), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil.



## Introdução

A Promoção de Saúde (PS), a princípio, entendida como processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle e melhorar sua qualidade de vida e saúde<sup>1</sup>, atualmente, considera ações que transcendem o fortalecimento de capacidades dos indivíduos e o campo da saúde, por representar um amplo processo político<sup>2</sup>. Ações de promoção da saúde voltam-se para a mudança dos determinantes sociais da saúde, que compreendem aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental<sup>3-5</sup>.

Promover a saúde implica considerar as iniquidades que impactam diretamente o bem-estar, exigindo abordagens tanto inter-setoriais quanto intrasetoriais, abrangendo esforços coletivos e individuais<sup>5</sup>. Nesse contexto, reconhece-se que as populações residentes em áreas rurais são um grupo prioritário para iniciativas de promoção da saúde<sup>6-9</sup>. No âmbito intrasetorial, destaca-se a relevância das ações voltadas para a promoção da saúde bucal, visando a aprimorar as condições de saúde bucal dessas comunidades.

A Promoção da Saúde Bucal (PSB) está inserida na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ancorada na perspectiva ampla de saúde que transcende a atenção odontológica. A busca da autonomia dos usuários é um enfoque das diretrizes da PNSB<sup>10</sup>, assim como é um dos princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>11</sup>. Adicionalmente, a humanização das ações está entre as proposições da PNSB e entre os valores das políticas transversais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a PNPS<sup>11</sup> e a Política Nacional de Humanização<sup>12</sup>. A articulação com outras políticas, como a de alimentação saudável, redução do tabagismo, acesso à água tratada e fluoretada, além da redução de fatores de risco para doenças bucais, é estratégia citada para alcançar PSB junto às coletividades<sup>10</sup>.

Com relação aos municípios rurais remotos brasileiros e às populações rurais no cenário do campo, observa-se que as realidades distintas

demandam políticas específicas, para se garantir equidade, integralidade e resolutividade nos serviços, direitos assegurados em lei e difíceis de serem alcançados na assistência à saúde para essas populações<sup>7,8,13,14</sup>. Para muitas localidades rurais, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a única opção de assistência na atenção primária à saúde<sup>9,13,15,16</sup>. E, a respeito dos serviços de saúde bucal na ESF, apesar da expansão das equipes<sup>17</sup>, ampliação do acesso e do número de procedimentos<sup>18</sup>, ainda há desafios para se alcançar cobertura universal, sendo a redução de investimentos financeiros considerada um agravante para a assistência direcionada aos pequenos municípios do interior do País e às áreas rurais<sup>17</sup>.

Pessoas que vivem em áreas rurais geralmente experimentam resultados de saúde adversos em comparação às populações urbanas<sup>6,19-21</sup>, devido ao acesso limitado aos serviços de saúde e à escassez de serviços especializados<sup>8,21,22</sup>. No tocante aos agravos bucais, as perdas dentárias em adultos são altamente prevalentes e preocupantes, pois repercutem em impactos negativos na qualidade de vida<sup>19,23</sup>.

Além disso, existem outras adversidades peculiares às populações rurais, as quais extrapolam a abrangência do setor saúde e necessitam da parceria de outros setores<sup>24</sup>. As dificuldades de acesso estão relacionadas à distância entre os equipamentos e os locais de moradia e às barreiras geográficas, com pouca ou nenhuma garantia de transporte para trabalhadores e usuários<sup>9,16,22,25</sup>. Existem, ainda, as barreiras de linguagem ou culturais<sup>4,7</sup>, as quais obstaculizam o acesso às informações, com reflexos no processo de cuidar. Percebe-se, também, que as ações de caráter individual e orientadas pelo modelo médico centrado ainda são predominantes na ESF, tanto em áreas rurais como urbanas<sup>14,26</sup>. Há fragilidades no processo de definição da territorialidade e adscrição da população, com priorização do atendimento à demanda espontânea, sem ações de acompanhamento, principalmente nas localidades mais isoladas às sedes dos municípios<sup>9,14</sup>.

Nas áreas rurais, as ações de PS mais evidenciadas dizem respeito às práticas educativas em grupo e ao modelo campanhista, com marca de descontinuidade<sup>14,25</sup>. Ações de prevenção de doenças, viabilizadas por meio de palestras, são entendidas como PS, sendo que essa se distingue quanto aos propósitos e métodos/estratégicos. Nessa perspectiva, é evidente que o aumento da oferta de serviços odontológicos curativos e preventivos nas áreas rurais é relevante para diminuir as urgências e hospitalizações<sup>27</sup>, mas promover saúde bucal transcende essas práticas. Por isso, os aspectos de investigação das práticas de PS devem considerar muito além das atividades preventivas, e se orientar por princípios e valores como equidade, participação, sustentabilidade, autonomia, empoderamento, integralidade, intersetorialidade, governança<sup>11,28</sup>, territorialidade, solidariedade<sup>11</sup> e humanização<sup>11,12</sup>, e, assim, colaborar para a emancipação humana.

Diante do exposto, este estudo se propôs a responder ao seguinte questionamento: como se dá o trabalho dos cirurgiões-dentistas que atuam nas equipes da ESF rurais da Paraíba, na perspectiva da PSB?

## Material e métodos

Realizou-se um estudo qualitativo sobre o trabalho de cirurgiões-dentistas de Equipes de Saúde Bucal (EqSB) em áreas rurais da Paraíba, na perspectiva da PSB<sup>11,28</sup>. Optou-se pela pesquisa qualitativa para melhor compreensão do trabalho em saúde bucal na ESF em áreas rurais, considerando a percepção dos sujeitos que o vivenciam e produzem nos territórios rurais<sup>29</sup>.

O estudo foi desenvolvido no estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil. Esse estado possui 56.467,242 km<sup>2</sup> e população de 4.059.905 habitantes<sup>30</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano em 2010 foi igual a 0,658<sup>30</sup>. A população coberta por Equipes de Saúde da Família (EqSF) e por EqSB representava 94,9% (em 2020) e 89,4% (em 2021), respectivamente.

Essa Unidade Federativa possui 223 municípios, os quais estão subdivididos, administrativamente, em três Macrorregiões e 16 Regiões de Saúde. Esta pesquisa teve como cenário as áreas rurais de 14 municípios localizados nas três Macrorregiões de Saúde.

Participaram do estudo cirurgiões-dentistas de EqSB rurais, há pelo menos um ano na mesma equipe. Foram excluídos os profissionais afastados por licença médica ou por qualquer outro motivo.

A inclusão dos participantes se deu na perspectiva da técnica da bola de neve<sup>31</sup>. Dessa forma, o recrutamento dos participantes deu-se de modo consecutivo, a partir da seleção dos primeiros convidados, os quais indicavam outros profissionais que atendessem aos critérios de elegibilidade. Na ausência dessa indicação, procedeu-se com busca ativa de outro cirurgião-dentista.

A coleta de dados foi realizada a partir de 14 entrevistas semiestruturadas no período de setembro a novembro de 2022. A perspectiva de entrevista adotada foi a de uma conversa entre dois sujeitos com o objetivo de dialogar sobre algumas ideias em torno do objeto do estudo, valorizando as ideias, percepções, impressões sobre o trabalho em saúde bucal em áreas rurais, assim como de PSB<sup>29</sup>.

Previamente às entrevistas, houve revisão dos aspectos potenciais de investigação, considerando a percepção e as práticas de PSB<sup>11,28</sup> no processo de trabalho do cirurgião-dentista. Nessa ocasião, o roteiro elaborado foi revisado por outro pesquisador. O segundo momento visou a testar a clareza dos questionamentos pelos pesquisadores. Assim, as questões geradoras elencadas no roteiro foram analisadas por três especialistas, sendo elas duas pesquisadoras e profissionais que atuavam em EqSB e uma pesquisadora com experiência na temática do estudo.

Após a definição do roteiro final, seguiu-se com o treinamento, que foi realizado por meio de estratégia baseada em simulação, técnica que envolveu a participação de cirurgiões-dentistas do SUS não incluídos nos participantes

do estudo<sup>32</sup>. As simulações foram supervisionadas por um pesquisador experiente na área de pesquisa qualitativa. Essa etapa de treinamento foi importante, também, para se testar o roteiro das entrevistas, não sendo necessário fazer ajustes ao instrumento orientador das entrevistas.

Na perspectiva de imersão no cenário e contexto da pesquisa, é importante mencionar que a pesquisadora principal possui aproximação prévia com o objeto do estudo por ter atuado como cirurgiã-dentista em equipe de saúde bucal mista da ESF.

Realizou-se contato informal com o cirurgião-dentista, por meio de um aplicativo de mensagens (WhatsApp®), para agendamento das entrevistas e envio do convite formal e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os quais foram encaminhados por meio de correio eletrônico (*e-mail*). Após anuência concedida, por meio da assinatura do TCLE pelo participante, a entrevista foi realizada individualmente, de forma presencial ou virtual, de acordo com a preferência do profissional. Na modalidade virtual, utilizou-se a plataforma Google Meet®. Todas as entrevistas foram audiogravadas.

Após os cumprimentos iniciais, a entrevistadora explicou os objetivos do estudo e coletou as informações sociodemográficas, seguindo-se com roteiro. Ao final, agradeceu e perguntou se o participante desejava acrescentar algo. As entrevistas não tiveram tempo preestabelecido e duraram, em média, 45 minutos. Impressões adicionais sobre os sentimentos, comportamentos e colaboração dos participantes foram registradas em um diário de campo. Essa ferramenta foi importante para uma compreensão mais reflexiva dos dados<sup>29</sup>.

Respeitando-se a saturação teórica, a realização das entrevistas foi interrompida quando se constatou que a inclusão de novos elementos não era mais capaz de modificar o entendimento da teorização almejada<sup>33</sup>.

Todas as entrevistas audiogravadas foram transcritas por uma pessoa não envolvida na

coleta. A validação da transcrição foi realizada pelo pesquisador responsável por ouvir o áudio e acompanhar a transcrição, fazendo ajustes quando necessário.

A análise dos dados empíricos considerou o seguinte referencial teórico: o modelo baseado nos pilares (equidade, participação e sustentabilidade) e nos valores (autonomia, empoderamento, integralidade, intersetorialidade e governança) da PSB<sup>28</sup>; como também nos valores e princípios da PNPS<sup>11</sup>, os quais se assemelham aos pilares e valores da PSB, sendo alguns deles comuns.

Realça-se que, embora para fins analíticos, tenham-se categorizado os ecos que mais elucidam a presença ou ausência de determinados princípios, estes não são excludentes. Ao contrário, eles se conectam e, algumas vezes, completam. Uma mesma ação pode e deve ser orientada por mais de um princípio.

Para análise dos dados, adotou-se a Análise de Conteúdo com abordagem temática<sup>34</sup>, na qual foram seguidas três etapas. Na pré-análise, realizou-se a exploração do material, por meio da leitura flutuante dos depoimentos. Na segunda etapa, realizou-se a leitura exaustiva do material, respeitando-se os princípios da exclusão mútua, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência. Nessa etapa, buscou-se ressaltar os aspectos relevantes de cada questionamento, analisando-se os pontos convergentes e divergentes entre os relatos. Além disso, foram selecionadas as unidades de análise, a partir dos recortes dos depoimentos. Na terceira e última etapa, as unidades de análise foram agrupadas em categorias e interpretadas com base na literatura. Após elencadas as categorias, realizou-se uma reunião com uma terceira pesquisadora, a fim de construir a matriz final de análise.

Com o intuito de proteger a identidade do participante e assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade das informações pessoais, os entrevistados foram codificados pela letra E (entrevistado), seguida pelo número de ordem sequencial de ocorrência das entrevistas. As narrativas foram apresentadas sem correções gramaticais.

## Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado (sob os pareceres 4.724.462 e 5.025.305) pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Patos. Para a sua execução, foram respeitadas as diretrizes e normas propostas pelas Resoluções nº 466/2012<sup>35</sup>, nº 510/2016<sup>36</sup> e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

Participaram deste estudo 14 cirurgiões-dentistas que compõem a EqSB rural no estado da Paraíba, sendo nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino. As idades variaram de 26 a 44 anos. Quanto ao tempo de atuação na equipe, houve variação de 1 a 14 anos.

Oito participantes tinham vínculo de servidor estatutário e seis eram profissionais contratados. Sobre atuação em outros serviços odontológicos, do total dos participantes, apenas um não complementava a renda com outro vínculo. A maioria dos entrevistados conciliava suas atividades no serviço público com as realizadas nos serviços

privados. Todos possuíam carga horária semanal de 40 horas, sendo o trabalho desenvolvido em quatro dias da semana, em alguns relatos, pois o quinto dia útil se destinava às atualizações em plataformas digitais, como estratégia de educação permanente em saúde.

Os resultados foram agrupados em seis categorias: (1) Percepção de Promoção de Saúde Bucal; (2) Humanização e Solidariedade nas Ações; (3) Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal; (4) Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal; (5) Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal; (6) Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal.

### Percepção de Promoção de Saúde Bucal

As narrativas apontam para relatos imprecisos de PSB, com tendência a referi-las como atividades de prevenção aos agravos bucais. A maioria das narrativas reflete a realização de palestras com transmissão técnica de conhecimentos para a população, e não encontro educativo com a população como estratégia de translação do conhecimento, como requerido pela PS (*quadro 1*).

Quadro 1. Unidades de análise das categorias 'Percepção de Promoção de Saúde Bucal' e 'Humanização e Solidariedade nas Ações' e depoimentos dos participantes

Unidade	Percepção de Promoção de Saúde Bucal
Percepção de PSB	<p>... é basicamente levar a informação correta para o paciente... é prevenir ele das doenças bucais, promover através de palestras, e não em ambiente clínico... (E1)</p> <p>... eu acredito que seja passar algum tipo de informações... é a gente evitar doenças. Evitar que essas pessoas sejam acometidas por cárie, por doença periodontal, por doença de boca. (E7)</p> <p>... é explicar para o paciente como fazer a higienização, que tipo de alimentação e tudo para que ele não vá desenvolver a cárie e a parte de profilaxia... (E12)</p> <p>... é promover realmente saúde com educação continuada, tanto de profissional como da população, da comunidade em si, de uma forma que a gente consiga desenvolver autonomia desses pacientes. Porque, como eu disse antes, não adianta eu estar toda semana lá, se eles não assimilam o que eu propago... eu faço o máximo para a gente salvar um dente. Então, é promover educação junto com a autonomia dos próprios pacientes. (E3)</p> <p>... é promover bem-estar, promover qualidade de vida... é uma coisa mais preventiva... evitar adoecer ou precisar dos serviços curativos... prezar pelo bem-estar pleno... É um estado meio utópico, mas, enfim, promoção de saúde é fazer o bem, e fazer as pessoas se sentirem bem... (E4)</p> <p>A gente, às vezes, é muito curativista... Então, assim, é trabalhar a população como um todo. Promover a saúde no sentido amplo, né? Que, desde a 8ª Conferência de Saúde, toda aquela mudança de conceito de saúde. E eu sou apaixonado por esta questão. Eu acho que saúde se promove de maneira ampla, não é só aquele homem físico, aquela mulher física. (E11)</p>

Quadro 1. Unidades de análise das categorias 'Percepção de Promoção de Saúde Bucal' e 'Humanização e Solidariedade nas Ações' e depoimentos dos participantes

Unidades	Humanização e Solidariedade nas Ações
Humanização	... encontrei uma outra paciente ontem que a gente realizou umas extrações... o município fornece prótese gratuita... E a paciente apareceu... com a prótese... elogiei... Aí eu perguntei para ela: 'deu uma melhorada na autoestima?' Ela disse: 'Com certeza'... é muito gratificante. (E2) ... minha contribuição é cuidar... promover a saúde do paciente... Devolver a autoestima também, né, principalmente. Devolver sorrisos... (E6)
Solidariedade	Quando a gente vê o profissional... que tem amor pela profissão, que entenda a dor do paciente e não deixa para depois o que pode ser resolvido hoje. A gente tem total condições de... levar um atendimento de qualidade... para aquele paciente que nunca fez um raio x, sempre tira os dentes sem raio x... (E1) ... eu dificilmente encaminho paciente do PSF. Até cirurgias, quando é do terceiro molar, que é tranquila, eu faço... o que eu faço na minha clínica eu faço lá, porque... a Odontologia está em mim e não tá no lugar que eu trabalho... (E12)

Fonte: elaboração própria.

Apesar da tendência de associar a PSB exclusivamente à prevenção, identificaram-se ecos que suplantam esse entendimento (E3, E4 e E11), os quais, mesmo se referindo aos métodos preventivos para evitar o adoecimento, agregaram, também, preceitos como autonomia dos usuários, qualidade de vida e ações irrestritas ao campo da saúde (*quadro 1*).

### Humanização e Solidariedade nas Ações

Melhorar a autoestima e a qualidade de vida dos usuários, com práticas pautadas na integralidade do cuidado, foram benefícios identificados nas falas sobre reabilitação bucal (E2 e E6) (*quadro 1*). O 'se colocar no lugar do outro' para tentar resolver os problemas de saúde bucal destaca-se como principal valor de solidariedade. O direito básico de realização de uma tomada radiográfica, anteriormente à realização de exodontia, pode nunca ter sido ofertado a um trabalhador rural, segundo o

discurso de um dos entrevistados (E1) (*quadro 1*). E, para além desse direito, a indicação da radiografia, previamente à realização do procedimento cirúrgico, é uma medida não apenas de protocolo, mas de segurança, tanto para o paciente quanto para o profissional.

### Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal

A equidade das ações foi compreendida na perspectiva da prioridade do atendimento, identificada nos grupos com maiores vulnerabilidades e nas ações direcionadas ao enfrentamento do câncer bucal. Os cirurgiões-dentistas se reportaram às palestras direcionadas e buscas ativas em grupo de fumantes e em população de agricultores sem qualquer proteção à radiação solar. As narrativas revelam iniquidades quanto à disponibilidade de unidades de apoio ou satélites (mencionadas nos depoimentos como âncoras) para comunidades rurais de mesmo município (*quadro 2*).

Quadro 2. Unidades de análise da categoria 'Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal' e depoimento dos participantes

Unidades	Equidade e Integralidade na Atenção à Saúde Bucal
Iniquidades quanto à disponibilidade de unidades de apoio	<p>... eu gostaria que tivesse realmente uma âncora, uma estrutura física em cada sítio... Eu fico achando que os pacientes do [nome do sítio] eles têm mais... benefícios, que não precisa se deslocar, pagar passagem... eles todos moram lá perto... não precisa acordar tão cedo para vir pegar ficha na cidade... seria legal, né, que todos os sítios tivessem sua âncora... pra que não precisasse a gente ter sala emprestada, de uma unidade de saúde na cidade. A gente tem uma sala para toda a equipe. Então, a médica, ela atende na frente do dentista, do enfermeiro, de quem tiver na sala... isso é invasão de privacidade... (E7)</p> <p>... a equipe vai pra unidade âncora... a gente acompanha e vai pras escolas no caminho... a equipe saiu pra ir pra uma escola, o pessoal fica cobrando. 'Ah, mas foi pra escola, não vai ter atendimento, não?'... o pessoal ainda busca muito a parte curativa em relação à parte de promoção de saúde. (E5)</p> <p>A equipe, ela tem por volta de 9 a 10 âncoras. Só que cadeiras odontológicas, nós temos em seis dessas âncoras... a ideia da gestão é que em todos os sítios tenha uma cadeira odontológica. Melhorou muito... Antes, você tinha três cadeiras. Você já tem seis unidades com cadeira, e a ideia da gestão é ampliar para todos da zona rural. (E11)</p>
Prioridade no atendimento	<p>... com ação das escolas, eu percebo que tem muita carie. Crianças de rosto inchado, essas coisas que os pais não ligam. Dou como prioridade toda criança, independente da agenda que eu esteja lotada. Dou prioridade a criança, gestante e idoso. (E12)</p>
Equidade direcionada ao enfrentamento do câncer bucal	<p>... a gente tenta sempre fazer essa promoção de saúde voltada ao uso do cigarro para evitar que eles usem... a maioria dos agricultores usar boné para fazer a colheita, protetor solar, protetor labial... (E7)</p> <p>... a gente tá tendo muito caso, câncer... Como aqui é uma região muito quente, não tem proteção... não tem um protetor. Porque poderia promover alguma coisa, para essa questão... de protetor solar, quanto protetor labial. Eu pego muitos pacientes com os lábios que têm aquelas cicatrizes brancas... E ali pode se desenvolver um câncer. E eu sempre converso... 'olhe! O senhor vai na farmácia, compre um protetorzinho labial, que é transparente'. Eles já têm aquela brutalidade da lida. Muitos não vão... (E10)</p> <p>Com relação ao grupo de fumantes... a cada mês, vai um dentista da equipe para desenvolver um trabalho... o município fornece os adesivos, os remédios... a tentativa de orientação pra ver se ele desmama. Se ele para de fumar... todo fumante eu tenho uma atenção maior, quando tem o tabagismo e o álcool, com relação ao exame clínico da busca ativa do carcinoma espinocelular, a gente sabe que é um grupo mais de risco... quando eu vou pra palestra, no grupo de fumantes, eu organizo uma fila, levo o material pra eu fazer o exame clínico... porque o carcinoma, ele é pouco divulgado... Porque normalmente quando a gente descobre, que vai encaminhar, ele já tá muito avançado. Então, assim, eu faço busca ativa das lesões, as lesões pré-cancerígenas, é uma leucoplasia, uma eritroplasia... As lesões que observam pré-cancerígenas eu já fico atento... (E11)</p> <p>Já peguei pacientes que eu descobri câncer no começo e se curaram, já perdi alguns... Aparecem alguns... geralmente são fumantes que andam no sol, tem parentes que já têm câncer bucal. Então, quando aparece assim, uma lesãozinha, já dou uma avaliadinha, eu já mando para o buco. O buco faz a biópsia. Já encaminhado, e noventa por cento dos casos já dá, e ele já começa o tratamento logo cedo... (E12)</p> <p>... eu faço mais [palestras sobre câncer] para a parte dos homens, porque eles são os que trabalham mais em roça, lá no sol... eu tenho palestras prontas para isso... (E12)</p>
Rede de apoio resolutiva	<p>... há bastante valorização do CEO... é um prédio já novo... o município nem conta com tanto recurso, e o coordenador dá um jeito de inserir algum tipo de prótese que não seja só total... tenta fazer algo diferente... (E4)</p> <p>... a gente tem uma rede de apoio, de referência, contrarreferência, que ajuda muito... a gente tem o CEO aqui, e tem as especialidades de periodontia, cirurgia, endodontia e Odontopediatria. (E9)</p> <p>... eu encaminho para a clínica do LINCCO [Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral], na universidade... A secretaria dá esse suporte... Manda um carro para o paciente ser levado... E a gente tenta fazer este trabalho, inclusive com os outros dentistas do município... Quando já tem o diagnóstico positivo, o LINCCO já encaminha pra FAP [Fundação Assistencial da Paraíba]... quando é assim, a contrarreferência não vem, mas eu sei por causa do Agente de Saúde... quando ele chega em casa, eu acompanho. O médico da equipe acompanha com a gente. (E11)</p>
Fragilidades na rede de apoio	<p>Não tem referência de CEO lá... Ai a gente não consegue pactuar pra CEO... A única parte que tem assim de pactuação é a parte médica... se você encaminha pra o CEO de [município de médio porte], eles não dão resposta. É como se não tivesse vinculado. Ai, normalmente, a demanda vai encaminhada, não por encaminhamento, né, porque não tem a parceria... mas é mais de informação, pra faculdades... (E5)</p> <p>... eu sempre atendo urgência. Independente de marcar... são sempre extração... não tem CEO... pra fazer um canal... ele tem que ir em João Pessoa... pra poder ir outro dia, pra poder fazer o canal... por mais que a cidade forneça o ônibus... os pacientes não querem, porque eles não sabem... se eles vão conseguir marcar... antes da pandemia... a gente encaminhava para o HU [Hospital Universitário]. Com a pandemia, perdemos esse convênio... por mais que a gente sempre fale, pra renovar... a Odontologia fica esquecida mesmo... a gente conseguiu um favor pra encaminhar pra o Coca, em João Pessoa... Só que aí, pra agendar, tem que ir lá. É toda uma dificuldade... os pacientes não vão... Nem tem convênio, nem tem pra onde encaminhar, nem tem o que fazer, nem tem como ajudar o paciente. (E14)</p>

Fonte: elaboração própria.

A respeito da integralidade das ações, percebeu-se ampla desigualdade da oferta dos serviços para os diferentes territórios rurais. Se, para algumas populações, existe rede de apoio resolutiva na atenção secundária,

representada pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), para outras, inexistente qualquer pactuação que venha a garantir o mesmo direito e a respeitar o mesmo princípio. Nas localidades onde não há referência para

CEO, os profissionais mencionaram indicar serviços vinculados a instituições de ensino superior em municípios próximos, porém, sem nenhuma garantia de atendimento (*quadro 2*).

### Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal

Compreendem-se nos discursos as ações dos profissionais dirigidas à capacitação de

usuários e/ou cuidadores para a tomada de decisões conscientes sobre suas vidas e de seus dependentes, a fim de ressignificarem ou ampliarem as ações com vistas à PSB. Como consequência da efetividade dessas ações, tem-se a promoção da autonomia do sujeito como agente ativo de seu cuidado, mas não único responsável; daí, também se identificam nas vozes dos cirurgiões-dentistas o incentivo e o apoio às gestantes para a realização de pré-natal odontológico (*quadro 3*).

Quadro 3. Unidades de análise da categoria 'Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal' e depoimentos dos participantes

Unidades	Autonomia e Empoderamento dos Usuários e Cuidadores nas Decisões em Saúde Bucal
Incentivo e apoio às gestantes	<i>Fluorose que eu friso bastante. A paciente gestante não ingerir a água dos poços da nossa região, que contém um índice altíssimo de flúor. Peço para elas, desde o primeiro trimestre, a beber água mineral ou água de chuva filtrada, porque, há mais de quatro gerações, a gente vê os pacientes com fluorose dentária... um grau altíssimo... Acho que a minha maior motivação é ver as crianças das minhas gestantes, depois de nascidas, na formação dos dentes, elas não tendo a fluorose. Porque eu estudei a minha vida todinha com colegas que tinham aquelas manchas... Então, eu via a impactação social na vida deles. Eles tinham vergonha de sorrir, eles tinham vergonha de falar... eu ia ficar muito realizada quando eu visse que o filho daquela gestante que eu orientei... que ele não tenha fluorose dentária. Quando ele tiver os dentes permanentes dele, que eu ver que não tem fluorose... eles não sabiam que era a água, que era porque a mãe bebia aquela água na gestação ou a criança bebia a água depois de nascida ainda na formação de dentes. (E1)</i> <i>... a gente ainda tem, no caso de algumas gestantes, uma resistência muito grande... Elas se sentem, muitas vezes, desconfortáveis e tal. Mas a gente tem conquistado, tem conquistado a confiança delas, e elas têm ido... (E9)</i>
Capacitação de usuários e/ou cuidadores para a tomada de decisões	<i>... teve um caso bem complicado, a paciente era agressiva... eram extrações múltiplas, e eu disse que a paciente tinha que ser sedada, tinha que ser em ambiente hospitalar. Então, eu movi minha secretaria de saúde, a diretora do hospital, o cirurgião bucomaxilofacial... pedi ambulância pra ir buscar e pra ir deixar, pedi autorização pra fazer no hospital daqui. O cirurgião disse que fazia a cirurgia, e o anestesista disse que sedava a paciente... pensa que deu certo? Deu não! A família disse 'eu não quero, eu não deixo'. Eu movi rios... os sete mares... e, na hora, a família desistiu. Então, assim, é complicado. (E4)</i>
Empoderamento da Comunidade	<i>Quando um paciente não gosta de alguma coisa, ele denuncia na rádio... Eu nunca recebi nenhuma denúncia... eu não tenho nenhum envolvimento político, não conheço ninguém... já tentaram me tirar de lá, e a própria população fez um abaixo-assinado para não me tirarem... política... queriam botar a filha de não sei quem lá, e a própria população fez um abaixo-assinado, e bateu pé e disse que não queria que eu saísse... (E12)</i>

Fonte: elaboração própria.

O estímulo ao empoderamento foi percebido nas vozes dos cirurgiões-dentistas, principalmente na atenção voltada aos grupos de gestantes e fumantes/agricultores. Destaca-se que uma comunidade empoderada tem condições de fazer escolhas saudáveis e reivindica dos setores governamentais o cumprimento das suas responsabilidades.

### Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal

O princípio da intrasetorialidade tange à desfragmentação da atenção a partir de redes cooperativas e resolutivas no mesmo setor<sup>11</sup> como orientador das práticas dos

cirurgiões-dentistas e se materializou nos relatos dos cirurgiões-dentistas que indicaram a parceria dos profissionais na discussão de casos, no planejamento das ações e na pactuação de estratégias para consecução de metas definidas no Programa Previne Brasil. Além disso, existe o envolvimento da equipe nas campanhas e/ou atividades educativas, envolvendo linhas de cuidado, como saúde do adolescente, saúde do homem, saúde da mulher e saúde mental, com narrativas que expressam dificuldades de formação de grupos pela falta de transporte, o que acarreta desestímulo dos

profissionais. O apoio de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf) foi mencionado principalmente nos casos de auxílio psicológico no tratamento do bruxismo infantil. Nesse circuito colaborativo, tem-se, também, as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na identificação das famílias mais vulneráveis e na comunicação entre os profissionais e os usuários, colaborando de forma decisória para a promoção da equidade, outro princípio da PSB (*quadro 4*).

Quadro 4. Unidades de análise da categoria 'Intrasetorialidade e Intersectorialidade nas Ações de Saúde Bucal' e depoimentos dos participantes

Unidades	Intrasetorialidade e Intersectorialidade nas Ações de Saúde Bucal
Envolvimento dos profissionais da equipe na discussão de casos, no planejamento e nas metas do Previne Brasil	<p><i>E a nossa equipe discute os casos. Às vezes na viagem, que é longa, e às vezes em reuniões... a gente discute e a gente vê como cada um pode contribuir... (E11)</i></p> <p><i>... a nossa equipe, apesar de ser zona rural, de ser horário corrido, é, a gente tá no primeiro lugar lá nos indicadores, nas metas alcançadas, e isso é um trabalho em equipe, não foi só a enfermeira, não foi só eu, foi em conjunto. (E3)</i></p> <p><i>O atendimento odontológico a gestante hoje é uma meta do Previne Brasil. Então, a enfermagem, ela já se importa de colocar essas gestantes para fazer o pré-natal odontológico... (E7)</i></p> <p><i>... nós fazemos as reuniões mensais, e a gente faz o planejamento para traçar as metas. Porque, uma vez no mês, a gente faz as reuniões mensais da equipe, e ali cada um expõe, né, suas necessidades, suas metas, seus planejamentos. E a gente tem também aqui o Previne Brasil, que a gente trabalha com metas... toda a equipe tem que atingir aquela meta... A questão do pré-natal odontológico... Nos últimos quadrimestres, a gente vem atingido a meta... (E9)</i></p>
Participação dos profissionais nas campanhas e atividades envolvendo linhas de cuidado	<p><i>... todo ano tem ações Novembro Azul, né, Setembro Amarelo... eu tento trazer um pouco da odontologia... 'ah, hoje a gente vai tratar saúde mental', que a odontologia não pode entrar. Pode entrar, sim. E, assim, a gente vai quebrando um pouco paradigma de que o dentista é só o consultório. (E2)</i></p> <p><i>... um problema muito relevante na minha área... Tem muito paciente que faz uso de psicotrópico... tem problema de saúde mental e tem muita medicação dessa natureza de uso contínuo lá... especificamente, no sítio onde é a sede... tem muita gente lá que precisa desses cuidados especiais. (E4)</i></p> <p><i>... muitos pacientes com algum transtorno ou alguma dificuldade mental, social... a gente organiza palestras, pra intensificar essa questão sobre o cuidado com a mente... (E8)</i></p> <p><i>A minha enfermeira, ela é muito caprichosa quando tem os eventos tipo o Outubro Rosa, Novembro Azul, Agosto Dourado... ela se empenha muito pra fazer as atividades coletivas... Tavam esperando 10, 12 gestantes, não apareceu uma... tem esse lado que desestimula a gente... (E4)</i></p> <p><i>Porque a zona rural da gente... você precisa deslocar o pessoal pra uma associação, uma escola...você não tem o transporte... o Outubro Rosa... a população não tem o meio de ir pra unidade... tinha o grupo de tabagismo... a população não ia pela dificuldade de se locomover... isso também vai desestimulando um pouco a equipe... (E5)</i></p> <p><i>Até eu entrava nessa parte sexual também. Essa questão nos adolescentes... Essa questão de doenças também, porque eles são um pouquinho pra frente lá... Aí eu puxei pra esse lado também. (E10)</i></p> <p><i>... eu não me isento. Eu tô sempre participativo. Quando a atividade educativa não é comigo, mas é com a enfermeira... O médico não está. É uma questão da saúde do homem. A enfermeira, mulher, fica um pouco constrangida: 'você poderia?' Eu digo: 'com certeza'. (E11)</i></p>

Quadro 4. Unidades de análise da categoria 'Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal' e depoimentos dos participantes

Unidades	Intrasetorialidade e Intersetorialidade nas Ações de Saúde Bucal
Parceria com outros núcleos profissionais	<p>... nessa pós-pandemia que tem aumentado as pessoas que têm chegado com hábitos parafuncionais, que têm chegado com bruxismo, que tem chegado com DTM... Isso tudo por conta da ansiedade... tem que ter uma equipe multidisciplinar para tratar esses pacientes... A gente tem aqui o Caps... tem psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional. Todo mundo lá que dá esse apoio. (E9)</p> <p>Nós temos o Caps, onde a gente encaminha. Nós temos o Cras, que quando acontece algum problema que a gente identifica de abuso infantil... quando vou fazer alguma atividade, eu solicito o apoio deles [profissionais do Nasf], e eles se envolvem muito. (E11)</p> <p>Eu tenho uma paciente que teve uma fratura dento-alveolar... aí eu precisei encaminhar ela para o nutricionista do NASF, porque ela vai precisar passar por uma alimentação líquida e pastosa. E aí eu preciso de outro profissional para me ajudar, senão o meu tratamento não vai ser eficiente... Temos muito paciente infantil que tem casos de bruxismo, e aí eu já encaminhei para o psicólogo do Nasf... (E1)</p>
Apoio dos ACS	<p>... a gente tem o apoio dos agentes de saúde, né? Que eles fazem essa ponte para gente, entre os usuários e os profissionais. Então eles vão também, eles fazem essa comunicação, da gente com os usuários, né? Porque, de toda forma, eles que são lá de porta a porta. Eles que conhecem os usuários. Sabem, aqueles que são mais vulneráveis, né? (E9)</p> <p>... a escola é próxima... muitas crianças com dente infeccionado, aí a gente foi identificando falando com agente de saúde... Quando a gente descobriu, era uma menina que vendia bala, biscoito recheado, tudo, na porta. A gente até teve um problema com essa menina, porque era o ganha pão dela. Mas a gente chamou a nutricionista da escola... convocou os pais para uma reunião, pra tentar combater... Acho que o cuidado é isso, você identificar as fragilidades daquela população e tentar suprir e melhorar a saúde. Melhorar a vida da população. A gente tá ali para isso. (E11)</p>
Participação no PSE	<p>O PSE a gente não está fazendo... precisa ter o transporte pra ir fazer, mas não tem... a equipe geralmente vai quando o carro vai... aí faz aquela cobrança: 'ah, vai ter o PSE nas escolas, uma equipe fazer o levantamento'... O único PSE que se faz é esse, de fazer aplicação de flúor. Mas em alguns municípios quando a gente ia, você tinha como levar as crianças pra fazer o acompanhamento... começar e terminar a parte clínica, não só a parte educativa. Tinha a parte educativa, mas tinha que atender aquele pessoal que foi triado no levantamento epidemiológico. Nesse município não tem isso. (E5)</p> <p>E aí acaba que eu só englobo a escola da manhã, porque a da tarde o PSE não funciona. E aí a gente faz palestras... faz o índice de CPO... a gente já agenda também prioridade. Tem um dia de prioridade para as crianças da escola... Eu faço geralmente de seis em seis meses [índice] e palestra mês e mês... aí, toda vez que eu volto eu tento fazer uma sala... como eu só atendo de manhã e lá funciona de manhã e de tarde, essas outras crianças da tarde acabam ficando um pouco perdidas, porque eu não estou lá, e elas não têm tanto acesso a transportes pela manhã. (E12)</p> <p>Promoção de saúde bucal... eu trabalho muito com isso nas escolas, no PSE... Mesmo as [crianças] que tinham mais medo sentaram na cadeira... eu atendi um por um... E a aplicação de flúor surte efeito, muito efeito... Hoje, é completamente diferente o quadro. Peguei uma criança essa semana que eu me espantei com ela. Com muita cárie... mas aí, a falha foi minha, porque eu não tinha ido pela manhã, há mais de um ano... Nessa escola, eu só tinha ido à tarde... (E13)</p> <p>...alguns [usuários] vêm de transporte próprio, outros vêm nos ônibus escolares, que vêm todo dia e voltam, né? Para deixar os alunos... e também a prefeitura oferece, assim, quando precisa, oferece os carros também para pegar e deixar. (E9)</p> <p>Então, uns vão a pé, outros vão de moto, outros vão de bicicleta, outros vão nos carros da escola, chegam no carro da escola, saem no carro da escola... (E12)</p>

Fonte: elaboração própria.

Os relatos também denotam o potencial da intersetorialidade na parceria da saúde e da educação para o Programa Saúde na Escola (PSE). Apesar disso, as falas sinalizaram desigualdades nas ações do PSE quanto às atividades realizadas. A maioria dos discursos revelou atividades pontuais, sem acompanhamento, não abrangentes a todas as crianças e marcadas pela dificuldade de

transporte dos profissionais. O uso do transporte escolar gratuito pelos usuários de áreas rurais mais afastadas da Unidade de Saúde da Família (USF) foi apontado como meio importante de deslocamento. Houve menção sobre o apoio de setor do desenvolvimento/assistência social, por meio do Centro de Referência de Assistência Social (Cras) (quadro 4).

## Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal

Nessa categoria, as análises referiram-se ao apoio, ou à falta dele, da gestão local em

manutenção, infraestrutura, condições de trabalho, valorização dos profissionais e perspectivas futuras. As falas também fizeram referência às gestões dos âmbitos estadual e federal (*quadro 5*).

Quadro 5. Unidades de análise da categoria 'Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal' e depoimento dos participantes

Unidades	Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal
Apoio da gestão local na manutenção e condições de trabalho	<p><i>A gente não fez o levantamento. Infelizmente, ali a gente não tem esse suporte da gestão, para os levantamentos epidemiológicos mesmos. (E1)</i></p> <p><i>As condições de trabalho são bastante eficientes, tanto no que eu digo de estrutura, manutenção também. A gestão é totalmente preocupada com o serviço... Por exemplo, se hoje quebra uma cadeira, o técnico já vem... A gestão não deixa faltar nada. (E1)</i></p> <p><i>a odontologia não existe sem água... Eu acho que esse é o principal problema e que se arrasta há mais de uma gestão... vai cansando... (E3)</i></p> <p><i>Se a autoclave está quebrada, eu não vou passar álcool no kit clínico pra poder atender mais pessoas... Por eu ser concursada, talvez a gestão não me veja com bons olhos... A gente tinha cinco espátulas de resina. Se aparecessem seis restaurações, eu não conseguiria fazer... 'não, passa o álcool e faz nessa'. Não faça! A gente só tinha três... Se tivesse mais que três extrações de dente permanente... eu batia de frente, porque eles me cobravam um atendimento a uma demanda maior. Porém, não me forneciam material necessário pra que eu conseguisse suprir essa demanda... (E8)</i></p> <p><i>... eu já trabalhei em duas gestões... A gestão anterior, faltava muita coisa, faltava luva, a cadeira quebrava e passava quinze dias sem funcionar... Essa gestão... se quebrou meu consultório hoje, amanhã de manhã tem alguém para arrumar... Em termos de materiais... até na pandemia mal faltava luva... (E12)</i></p>
Apoio da gestão local na infraestrutura	<p><i>... assim não tem ponte... às vezes, não consegue passar por conta do carro que fica atolando. Aí ajudou hoje... Se por acaso a noite deu uma chuva mais forte, no outro dia já não passa também... tavam pleiteando fazer uma ponte... é aquela coisa que vai se travando... 'não, porque a obra depende do incentivo por exemplo do governo estadual'. Aí, já não vem a verba. Aí, o municipal não consegue fazer... Reivindicam todo ano... Aí, o paliativo vem. Depois da chuva, faz o caminho, só que no ano que vem vai acontecer o mesmo problema... Foge um pouco da parte de atenção... dos profissionais. (E5)</i></p> <p><i>Quando é na época das chuvas, tem cantos que a gente não consegue, às vezes, ir, porque tem riacho, tem esses pormenores, né, que a gente tem que enfrentar na zona rural. (E11)</i></p> <p><i>O tempo que é mais complicado para eles é o tempo de chuva, porque aí o carro não passa... eles ficam mais bloqueados nesse sentido. (E12)</i></p>
Apoio das gestões Estadual e Federal	<p><i>... Eu participei de uma capacitação no ano passado, em que a palestrante da capacitação, ela falou que atualmente... não só o Ministério da Saúde, né, todos os ministérios estão uma bagunça. Eu acredito que isso vai refletindo nos estados, nos municípios. Então, eu acho que isso é um reflexo da atual gestão presidencial também. (E3)</i></p> <p><i>... no Estado, eu sempre achei muita negligência... a saúde bucal é nas costas dos municípios, porque, com a exceção dos cirurgiões-bucamaxilofacial, que essa especialidade tem na rede hospitalar do Estado, não existe saúde bucal na Paraíba a nível de Estado... porque o recurso é federal, e o Programa de Saúde da Família que se vire pra resolver as demandas. (E4)</i></p> <p><i>Nós tivemos um bom período... pela primeira vez, eu acho que desde que o SUS foi criado, uma atenção para a saúde bucal, e colocando ela na importância que ela tem... eu acredito que falta sensibilidade dos gestores. Eu acho que isso em todos os níveis... Estadual, para mim, praticamente inexistente o estado na odontologia. Federal, nós temos as políticas do Brasil Sorridente. Mas hoje, eu acredito que muito deixada de lado... (E11)</i></p> <p><i>Os municípios, eles estão realmente com a corda no pescoço. A questão de você municipalizar a saúde, eu acho ótimo... Só que, de uns tempos para cá, a gente tem tido muito regresso em questão de transferência de recursos... muitas vezes, a gente chega com uma ideia. O gestor até se dispõe a comprar a ideia, mas ele não tem da onde tirar recurso para isso. (E11)</i></p>

Quadro 5. Unidades de análise da categoria 'Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal' e depoimento dos participantes

Unidades	Governança e Sustentabilidade nas Ações de Saúde Bucal
Valorização dos profissionais por parte da gestão local	<i>Acredito que a gestão goste do meu trabalho... eu acho que eles têm uma confiança no meu trabalho... (E1) ... em algumas situações, a gente vê gestores tratando odontologia como segunda classe... há muita importância para a área médica, na figura do médico, e se esquece muito a importância odontológica... (E11) ... ela [ASB] leva o fotopolimerizador... porque nos outros dois postos, não tem. Era um dos motivos que a gente pegava o carro da prefeitura. Mas a secretária proibiu, porque estava atrasando [cita o núcleo profissional], porque pra gestão é mais importante um atendimento médico do que um odontológico. (E13) ... ainda tem cidade que paga mais abaixo... é um dos motivos também que a gente não tem empoderamento. Às vezes, vai e diminui a gente um pouco... nas reuniões: 'Olhe! Aqui é assim, se não gostou, vai pra o particular...' Só que o mercado tá tão difícil que a gente tem que se submeter a isso... E a gente não pode deixar o certo, mesmo que pouco, pra aventurar o incerto... E a falta de coragem nos corta a asa. (E13)</i>
Apoio da gestão e perspectivas para os próximos 10 anos	<i>Pode ser que esteja bem, mas pode ser que esteja pior... esse SBBrazil que estão fazendo... consiga dar uma reestruturada, mudança na Política Nacional de Saúde Bucal... Quando a gente não tem uma figura lá em cima, que apoie certas causas, certas bandeiras, isso reflete muito na população. (E3) Se continuar do jeito que está, não vai mudar muita coisa. Vai ter pessoas com cárie, pessoas arrancando os dentes... perdendo dente por nada... se a gestão e os profissionais não tiverem essa visão, da importância da prevenção... A gente vai continuar com os mesmos problemas e resolvendo os mesmos problemas. (E8)</i>

Fonte: elaboração própria.

As narrativas sugerem falta de suporte da gestão para realização de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal e de insumos básicos para efetivar as práticas de PSB. Chama atenção a falta de água em algumas unidades. Um relato mencionou a inércia da gestão para resolver o problema da água de consumo, a qual, possivelmente, contém altos teores de fluoreto residual, diante da identificação dos casos de fluorose dentária. A falta de opção de outras fontes de água impede que a população faça escolhas quanto ao consumo da água (E10) (*quadro 5*).

A cobrança, por parte da gestão, para um maior número de atendimentos, aliada ao quantitativo insuficiente de instrumentais e materiais disponibilizados, foi explanada em um dos discursos (E8). A falta de pontes e as dificuldades de deslocamento dos profissionais e dos usuários, nos períodos de chuva, são problemas enfrentados pelas populações de áreas rurais. Ao se reportarem sobre a desvalorização do cirurgião-dentista nas EqSB, muitos relatos apontam para o entendimento da odontologia como uma área de 'segunda classe'.

A respeito da gestão estadual, as iniciativas foram percebidas apenas na rede hospitalar, no que diz respeito à traumatologia e à cirurgia

bucomaxilofacial. Sobre a esfera federal, os relatos de desestímulo à PNSB são apontados como reflexo da gestão nacional vigente à época das entrevistas (*quadro 5*).

## Discussão

A PSB enfrenta desafios na ESF, pois ainda há forte propensão à adoção de modelo de doença centrado nas ações curativistas<sup>37-39</sup>. Se existe tensão quanto ao cuidado em saúde bucal direcionado às populações socioeconomicamente desfavorecidas, com foco nos determinantes primários das doenças e desprezo às causalidades sociais mais amplas<sup>39</sup>, essas dificuldades podem ser ainda mais acentuadas quando se considera a atuação das EqSF em localidades rurais<sup>40</sup>. Nesse contexto, e sabendo-se que a responsabilidade pela PSB não é uma atribuição exclusiva dos profissionais da área da saúde bucal, os resultados deste estudo compreenderam a insipiência de ações de PSB, a partir dos pensamentos, sentimentos e das experiências de cirurgiões-dentistas que atuavam na ESF em áreas rurais, de diferentes municípios, considerando a amplitude geoespacial do estado da Paraíba.

Com relação à percepção de PSB, houve tendência a caracterizá-la como sinônimo de prevenção de doenças bucais. Nesse sentido, as ações de PSB foram entendidas como sendo, exclusivamente, informações direcionadas ao paciente e à realização de palestras educativas orientadoras para mudanças de comportamento. A dificuldade em conceituar PS também foi atribuída a outros profissionais da saúde<sup>26,40,42</sup>.

Ao se relacionar PSB como prevenção aos agravos bucais, remete-se ao modelo de práticas prescritivas, curativistas, individuais e centradas no cirurgião-dentista. Contudo, esse entendimento não foi uma unanimidade entre os relatos deste estudo. Observaram-se, também, narrativas que abordaram a concepção ampliada na direção da autonomia e da qualidade de vida como princípio e objetivo das ações. Ao citar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a garantia de condições dignas de vida, com integração das políticas de saúde e socioeconômicas<sup>43</sup>, foi compreendida por um dos participantes. O conceito mais ampliado, entendendo a PS como um processo dinâmico, envolvendo a forma de viver e o direito de cidadania, também foi evidenciado pelo cirurgião-dentista em outro estudo<sup>44</sup>.

A humanização e a solidariedade foram valores que apareceram nos relatos de promoção da autoestima e da qualidade de vida. Segundo a PNPS, a humanização valoriza aptidões para promover melhores condições e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde<sup>11</sup>. Considerando que as perdas dentárias são evidentes no contexto rural<sup>19,23</sup>, a reabilitação como forma de devolver estética e função foi considerada, neste estudo, para além dos princípios da integralidade e da resolutividade. Além disso, a solidariedade é um valor de solicitude para com o próximo<sup>11</sup>, observado nas narrativas que abrangem o sentido de se colocar no lugar do outro, a tentativa de resolver o máximo de problemas identificados e a vontade de ofertar procedimentos básicos excludentes às populações rurais.

As falas revelaram iniquidades referentes à cobertura das áreas e ao acesso pelos usuários. Em alguns municípios, o cirurgião-dentista atuava em apenas uma unidade de referência, localizada na zona rural ou na zona urbana do município, mas, nesse caso, era responsável por cobrir apenas populações rurais a ela adscritas. Em outras situações, os profissionais eram responsáveis pela cobertura de áreas muito extensas, com até nove unidades de apoio, as quais possuíam ou não equipes odontológicas instaladas. Em uma das narrativas observou-se que, além da unidade localizada na zona rural, uma sala emprestada de uma USF situada na zona urbana era usada por toda a equipe para atender, de forma improvisada, à demanda de algumas comunidades rurais, comprometendo o direito da privacidade no atendimento. A falta de privacidade foi mencionada, em outro estudo, como um dos obstáculos a serem superados na atenção à saúde em áreas rurais<sup>8</sup>.

Nas narrativas, pôde-se perceber que, quando não havia equipe odontológica nas unidades de apoio, o atendimento odontológico curativo era substituído por atividades coletivas, em sua maioria, realizadas em escolas. Essas atividades referiram-se às aplicações tópicas de flúor e às palestras educativas. Esse fato foi considerado uma problemática pelos usuários, corroborando a valorização mecanicista de procedimentos curativos no âmbito do consultório<sup>39</sup>. Sobre os tipos de serviço de primeiro contato em municípios rurais e remotos, outro estudo mostrou que as unidades satélites, vinculadas às USF rurais, dão suporte para as ações das equipes, entre elas, o atendimento em saúde bucal<sup>9</sup>. Nessas unidades e em outros espaços comunitários, os atendimentos são espontâneos e sem acompanhamento longitudinal<sup>9</sup>. Há de se pensar, nas localidades rurais onde não há equipe odontológica, que o trabalho feito pelas Unidades Odontológicas Móveis<sup>45</sup> e a adoção de estratégias da odontologia de mínima intervenção, como o Tratamento Restaurador Atraumático, garantiriam o acesso e ampliariam as ações<sup>45</sup>.

A respeito das ações de enfrentamento do câncer bucal, as palestras direcionadas foram reportadas, com recomendações à proteção solar dos agricultores, mas sem qualquer menção de apoio da gestão à doação de protetores solares ou labiais, por exemplo. No tocante aos grupos de fumantes, observou-se, em uma das localidades, incentivo ao combate ao tabagismo, por meio de reuniões periódicas e distribuição de adesivos. Existe a preocupação com a busca ativa das lesões, com rede de apoio para biópsias, na atenção especializada ou pactuação com instituição de ensino superior. Entretanto, existem populações rurais na Paraíba sem qualquer assistência aos serviços especializados de saúde bucal. Isso é preocupante, pois, nessas localidades, possivelmente, há inexistência de fluxos que orientem para o cuidado integral aos usuários com lesões suspeitas ou confirmadas.

Sobre as ações de enfrentamento ao câncer bucal, outro estudo reporta que a falta de serviços especializados, a insegurança no diagnóstico e o baixo envolvimento multiprofissional são as maiores objeções na ESF<sup>46</sup>. Além disso, a PNSB ainda não consegue ofertar uma rede efetiva de cuidados integrais, sendo a média complexidade incapaz de absorver a demanda da ESF<sup>18</sup>, comprometendo a integralidade e a resolutividade do cuidado em saúde bucal. A falta de oferta de serviços especializados e hospitalares é uma barreira de acesso para populações rurais<sup>8,13</sup>. Algumas delas podem conseguir acesso mínimo em centro urbano próximo<sup>8</sup>, e a dificuldade de estabelecer fluxo dentro da rede acaba isolando as EqSF rurais no cuidado à saúde<sup>13</sup>.

Nas ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas e pelas equipes, enxergaram-se práticas de autonomia e estímulo ao empoderamento destinadas, principalmente, ao grupo de gestantes e fumantes/agricultores. A respeito das gestantes, o incentivo à adesão ao tratamento odontológico deve ser compreendido sob duas vertentes: o alcance

das metas do Programa Previne Brasil<sup>47</sup> e a sensibilização das mães na promoção de melhores condições bucais dos filhos.

Uma narrativa mostra a reivindicação da comunidade pela permanência do cirurgião-dentista no serviço, situação que denota importante expressão de empoderamento da comunidade ao reivindicar seus direitos de cidadania<sup>11</sup>. Os propósitos do empoderamento social/comunitário devem capacitar os indivíduos e coletivos para atuarem sobre seus próprios problemas, dando voz aos grupos marginalizados, a partir de sujeitos reflexivos e autônomos<sup>48</sup>. No empoderamento das comunidades, os profissionais da saúde devem estimular os usuários considerando as condições socioeconômicas e culturais e os determinantes sociais das doenças<sup>5,11</sup>.

A respeito da intrassetorialidade, existe integração dos profissionais para atenção voltada aos grupos, no envolvimento em campanhas, na discussão dos casos, nas visitas domiciliares, com importante participação do ACS na identificação dos problemas de saúde da população e na comunicação com a equipe. As reuniões da equipe são necessárias ao planejamento, à organização das agendas e discussão de casos situacionais<sup>37</sup>. Além disso, o ACS e as visitas domiciliares são fundamentais para promoção de vínculo com a comunidade<sup>37</sup>.

A cooperação interprofissional também foi mencionada na questão da saúde mental. Neste estudo, os discursos revelaram aumento do uso de psicotrópicos e casos de ansiedade nas áreas rurais. Seguindo esse pensamento, outro estudo indicou que o cuidado centrado em medicações para cuidar do sofrimento psíquico dos pacientes, em detrimento da escuta, acaba se naturalizando à demanda e ao fluxo nas USF<sup>49</sup>. Além disso, os relatos desta pesquisa associaram o aumento de casos de bruxismo e de disfunção temporomandibular à ansiedade. Por isso, o envolvimento dos profissionais do Caps e dos Nasf (atualmente, denomina-se eMulti) faz-se necessário para promover o cuidado ampliado por meio de estratégias como consultas compartilhadas e discussão dos casos<sup>50</sup>.

Os relatos deste estudo mostraram que atividades com enfoque intersetorial são insipientes, ligadas ao setor da educação, como visto em outros estudos<sup>37,51</sup>. Verificaram-se fragmentação das atividades, descontinuidade no planejamento e desrespeito ao princípio da universalidade, com a exclusão de crianças da mesma escola em função do turno em que estão matriculadas. Segundo Moretti et al.<sup>51</sup>, as ações desenvolvidas de forma isolada em escolas, como palestras, levantamentos epidemiológicos, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, provocam efeitos positivos temporários na melhoria das condições de saúde bucal da população<sup>51</sup>.

Os discursos sobre infraestrutura fazem menção às dificuldades enfrentadas por equipes e usuários no período chuvoso, devido à falta de estradas ou pontes. As práticas intersetoriais (nesse caso, setores saúde/obras) são desafios a serem conquistados, mas possíveis, quando amparadas e estimuladas por gestões locais cuidadas e eficientes<sup>51</sup>.

Os resultados deste estudo revelaram discrepâncias de apoio da gestão na manutenção, infraestrutura, condições de trabalho e valorização dos profissionais. Em duas localidades distintas, observou-se nos discursos o impacto social da fluorose dentária para as comunidades rurais. As condutas dos profissionais variaram desde o aconselhamento para o consumo de água mineral ou água de chuva filtrada à tentativa de resolver o problema junto à gestão. A conduta dos profissionais ultrapassa o papel de assistir e orientar o cidadão às boas práticas de saúde. Ela se reveste de postura ético-política ao se engajar na luta junto à gestão pública na reivindicação do fornecimento de água potável com concentrações adequadas de fluoretos.

O consumo de água sem tratamento e a falta de água são realidades das comunidades rurais da Paraíba a serem consideradas pelo poder público local<sup>52</sup>. Sobre a imprecisão relacionada à etiologia da fluorose dentária, é preocupante o fato de o profissional ter paralisado as aplicações de flúor para fins preventivos

ou terapêuticos, com receio de aumentar a prevalência ou severidade nas crianças, principalmente quando se observa um número significativo de cárie dentária na população infantil nos territórios rurais<sup>20</sup>.

Por fim, as outras fragilidades identificadas, como distâncias geográficas, dificuldades de transporte, carências socioeconômicas e pouca adesão dos usuários às práticas ofertadas aos grupos são reflexos das singularidades da ruralidade. Mesmo com comprometimento e motivação das EqSB nas ações de PSB, outro estudo expõe a participação dos usuários, geralmente ligada ao incentivo da gestão<sup>41</sup>.

## Considerações finais

Esta investigação aprofundou o conhecimento do promover saúde no trabalho de cirurgiões-dentistas que vivenciam diariamente as singularidades e os problemas das áreas rurais. Os discursos revelaram imprecisão sobre a concepção de PSB, restringindo-a a um sinônimo de prevenção aos agravos bucais. Há iniquidades em termos de oferta dos serviços odontológicos na ESF, como, também, de referência para a atenção especializada. Existem dificuldades de formação de grupos, descontinuidade das ações coletivas, desestímulos dos profissionais, ações intersetoriais insipientes e apoios diferenciados das gestões locais. Essas fragilidades são acentuadas pelas singularidades da ruralidade, com destaque para as distâncias geográficas, dificuldades de transporte, pouca acessibilidade no período chuvoso, falta de água e carências socioeconômicas. Apesar dessas adversidades, identificaram-se ações ligadas à PSB nas atividades coletivas, no trabalho em equipe, na integralidade e nas práticas para promover autonomia, empoderamento, autoestima e qualidade de vida.

Espera-se que as fragilidades identificadas possam sensibilizar gestores e servir de subsídios para reorientação dos serviços públicos de saúde bucal, a fim de assegurar melhorias nas

condições de trabalho, bem como na qualidade de vida das populações rurais.

Este estudo, ao contemplar a temática PS à área da saúde bucal, buscou compreender a insipiência das ações, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas. Na perspectiva de análises futuras voltadas à PSB, sugere-se que os ecos de gestores, usuários e outros partícipes de setores da saúde possam ser englobados na produção de novos conhecimentos.

## Colaboradores

Paredes SO (0000-0002-8068-5729)\*, Forte FDS (0000-0003-4237-0184)\*, Dias MSA (0000-0002-7813-547X)\* contribuíram para concepção e delineamento do trabalho e para discussão dos resultados; redação do manuscrito e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
2. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promot. Int.* 2021; 36(6):1578-1598.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: MS; 2013.
4. Durand MK, Heideman ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2019; 53:e03451.
5. Abreu MHNG, Cruz AJS, Borges-Oliveira AC, et al. Perspectives on Social and Environmental Determinants of Oral Health. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021; 18(24):13429.
6. Bortolotto CC, Mola CL, Tovo-Rodrigues L. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. *Rev. Saúde Pública.* 2018; 52(supl1):1-4s.
7. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito a saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde debate.* 2018; 42(esp1):302-14.
8. Franco CM, Lima JG, Giovannella L. Atenção primária saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(7):e00310520.
9. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, et al. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2021; 37(11):e00255020.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNAPS. *Diário Oficial da União.* 30 Mar 2014.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: MS; 2004.
13. Oliveira AR, Sousa YG, Silva DM, et al. A atenção primária à saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2020; 41:e20190328.
14. Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciênc. saúde coletiva.* 2023; 28(3):821-36.
15. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev. Saúde Pública.* 2022; 56:73.
16. Oliveira AR, Pontes DRQ, Neto JHB, et al. O trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde rural na visão de gestores. *Braz. J. Dev.* 2022; 8(1):101433.
17. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J.* 2013; 63(5):237-43.
18. Costa Junior SD, Araujo PG, Frichembruder K, et al. Brazilian Oral Health Policy: metasynthesis of studies on the Oral Health Network. *Rev. Saude Publica.* 2021; 17(55):105.
19. Santillo PM, Gusmão ES, Moura C, et al. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(2):581-90.
20. Crouch E, Nelson J, Merrell MA, et al. The oral health status of America's rural children: An opportunity for policy change. *J Public Health Dent.* 2021; 81(4):251-260.
21. Bain LE, Adeagbo OA. There is an urgent need for a global rural health research agenda. *Pan. Afr. Med. J.* 2022; 43:147.
22. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(10):2490-502.
23. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS. Oral health of elderly people living in a rural community of slave descendants in Brazil. *Cad. saúde coletiva.* 2018; 26(4):425-431.
24. Magalhães DL, Matos RS, Souza AO, et al. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. *Res. Soc. Dev.* 2022; 11(3):e50411326906.
25. Oliveira AR, Sousa YG, Diniz IVA, et al. O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.* 2019; 72(4):970-7.
26. Silva NCC, Mekaro KS, Santos RIO, et al. Conhecimento e prática de promoção da saúde de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(5):e20190362.
27. Gardiner FW, Richardson A, Gale L, et al. Rural and remote dental care: Patient characteristics and health care provision. *Aust. J. Rural Health.* 2020; 28(3):292-300.
28. Kusma S, Moyses S, Moyses S. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(supl):9-19.
29. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Editora Hucitec; 2014.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Paraíba. [acesso em 2023 abr 26]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/>.
31. Dusek GA, Yurova YV, Ruppel CP. Using social media and targeted snowball sampling to survey a hard-to-reach population: a case study. *Int. J. Doctoral Stud.* 2015; 10:279-99.

32. Rabelo L, Garcia V. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2015; 39:586-596.
33. Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2028; 52(4):1893-1907.
34. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. ed. rev. amp. São Paulo: Edições 70; 2016.
35. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 Jun 2013; Seção I:59.
36. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União.* 24 Maio 2016; Seção I:44.
37. Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde debate.* 2018; 42(2):233-46.
38. Leme PAT, Bastos RA, Turano ER, et al. A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo. *Physis.* 2019; 29(1):1-19.
39. Leme PAT, Vedovello SAS, Bastos RA, et al. How Brazilian dentists work within a new community care context? A qualitative study. *PLoS One.* 2019; 14(5):e0216640.
40. Soares AN, Silva TC, Franco AAAM, et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis.* 2020; 30(3):e300332.
41. Mattioni FC, Brochier LSB, Leão JGF, et al. A atenção primária em saúde como cenário de práticas de promoção da saúde: revisão integrativa. *Rev. Context. Saúde.* 2022; 22(45):1-16.
42. Serradilha AFZ, Duartel MTC, Tonete VLP. Promoção da saúde por técnicos em enfermagem, na perspectiva de enfermeiros. *Rev. Bras. Enfermagem.* 2019; 72(4):1034-42.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
44. Rodrigues CC, Ribeiro KSQS. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.* 2012; 10(2):235-55.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. *Diário Oficial da União.* 9 Out 2009.
46. Barros GIS, Casotti E, Gouvêa MV. Câncer de boca: o desafio da abordagem por dentistas. *Rev. Enferm. UFPE.* 2017; 11(11):4273-81.
47. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 3/2022: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 abr 26]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota\\_tecnica\\_3\\_2022.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_3_2022.pdf).
48. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008; 13(supl2):209-40.
49. Santos JCGD, Cavalcante DS, Vieira CAL, et al. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. *Physis.* 2023; 33:e33010.

50. Brito GEG, Forte FDS, Freire JCG, et al. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022; 27(6):2495-2508.
51. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(sup1):1827-34.
52. Cruz SS, Sousa FQ, Oliveira CJ, et al. Vulnerabilidade socioeconômica em comunidades rurais do município de Areia, Estado da Paraíba. *Sci Plena*. 2013; 9(5):1-10.

---

Recebido em 19/05/2023

Aprovado em 19/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato



## Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde

*Professional profiles and educational practices of oral health in Primary Health Care*

Lílian Fernandes Amarante<sup>1</sup>, Sharmênia de Araújo Soares Nuto<sup>1</sup>, Franklin Delano Soares Forte<sup>2</sup>, Maria de Fátima Antero Sousa Machado<sup>3</sup>, Lizaldo Andrade Maia<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408535P

**RESUMO** Na saúde bucal, ações educativas ainda se fundamentam na transmissão de conhecimentos, com pouco diálogo com a população. Estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Objetivou-se analisar práticas educativas inseridas no modelo tradicional e dialógico de educação em saúde, identificando motivações e desafios dos dentistas na realização de ações efetivamente dialógicas, críticas e reflexivas. Realizaram-se entrevistas com 39 cirurgiões-dentistas de Fortaleza-CE, os dados submetidos à Análise de Conteúdo, identificando três perfis profissionais: dentista passivo, esforçado e empoderado. No passivo, a educação para adolescentes, a troca de benefícios e a valorização do atendimento clínico foram dificuldades citadas que remetem à culpabilização da população, sem fatores motivadores. A culpabilização também emergiu nos esforçados, com o desinteresse da população, sendo apresentado como motivadores a intersectorialidade, a melhoria da saúde da população e a motivação pessoal. Já os empoderados evidenciaram como desafios a vulnerabilidade e a falta de comprometimento profissional, sendo motivados por ações interprofissionais. A gestão e a pandemia da Covid-19 foram dificuldades comuns, sendo evidenciada a importância da educação permanente, que ainda possui pouco incentivo na difusão de abordagens educativas problematizadoras, além da necessidade de potencializar estratégias de motivação profissional no desenvolvimento dessas práticas.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação em saúde. Educação em saúde bucal. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *In oral health, educational actions are still based on the transmission of knowledge, without observing the real needs of the population. Cross-sectional, descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, aiming to analyze educational practices of primary care dentists, identifying motivations and difficulties to carry them out. Data collection was carried out through interviews with 39 dentists in Fortaleza-CE, submitted to Content Analysis, identifying three professional profiles: passive, hardworking and empowered dentist. On the passive side, education for adolescents, exchange of benefits, and the valuation of clinical care were difficulties mentioned that lead to the blame of the population, without citing motivations. Blaming also emerged with the hardworking, along with the population's lack of interest, with intersectoriality, improved health of the population, and personal motivation being presented as motivators. The empowered ones, on the other hand, highlighted vulnerability and lack of professional commitment as challenges, being motivated by interprofessional actions. Management and the COVID-19 pandemic were difficulties common to the profiles, highlighting the importance of Continuing Education, which still has little incentive in the dissemination of problematizing educational approaches, in addition to the need to enhance professional motivation strategies in the development of these practices.*

**KEYWORDS** Health education. Oral health education. Primary Health Care.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Fortaleza (CE), Brasil.  
lilianamarante14@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Regional do Cariri (Urca) - Crato (CE), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMSF) - Fortaleza (CE), Brasil.



## Introdução

A educação em saúde constitui um instrumento para a promoção da saúde por meio da articulação de saberes técnicos e populares, e com uso de recursos institucionais e comunitários na expectativa de superar o modelo biomédico e abranger os multideterminantes do processo saúde-doença<sup>1</sup>.

À medida que as relações estabelecidas com o outro interferem direta ou indiretamente em seus modos de pensar, sentir e agir, entende-se toda ação de saúde como uma ação educativa. Assim, o processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é, também, um processo pedagógico, no sentido de que tanto o profissional de saúde quanto o usuário aprendem e ensinam. Esses conceitos podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos copartícipes no processo de construção de saúde, promovendo a autonomia do cuidado<sup>2,3</sup>.

No contexto da saúde bucal, a educação em saúde é uma importante ferramenta para redução de riscos e mudanças de cenários epidemiológicos. O cirurgião-dentista na atenção primária deve, portanto, assegurar à população adscrita a integralidade da assistência, aliando a atuação clínica à prática preventiva e educativa, além de considerar a influência de determinantes sociais, econômicos e culturais sobre as condições de vida e saúde da população<sup>4,5</sup>. Essa proposta insere-se em um discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico, que se baseia na proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades das pessoas e que tem o diálogo como instrumento essencial para refletir criticamente a realidade e aperfeiçoar suas estratégias de enfrentamento. As pessoas deixam de ser objetos para assumir o *status* de sujeitos das práticas educativas, compreendidas nos diversos contextos de vida<sup>6</sup>.

No entanto, percebe-se que algumas práticas educativas realizadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda estão centradas

principalmente na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, que são impostas e devem ser seguidas à risca pela população<sup>7</sup>.

Assim, o modo de agir e compreender o processo de trabalho educativo precisa ser objeto de reflexão, para que o cuidado seja inerente ao saber-fazer dos profissionais e práticas educativas autoritárias e não dialógicas sejam superadas<sup>8</sup>.

Entendendo que a APS é um cenário favorável ao desenvolvimento de ações educativas intersectoriais, de participação social e de empoderamento individual e coletivo, buscou-se analisar práticas educativas inseridas no modelo tradicional e dialógico de educação em saúde, identificando motivações e desafios dos dentistas na realização de ações efetivamente dialógicas, críticas e reflexivas. Dessa forma, poder-se-ia perceber se há a inserção desses profissionais na reconstrução de práticas promotoras de saúde, articuladas com as reais necessidades da população.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa<sup>9</sup>, que foi realizado com cirurgiões-dentistas que atuam em Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps) do município de Fortaleza, Ceará.

Fortaleza é dividida em seis Distritos de Saúde, tendo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como órgão gestor. Atualmente, o município possui 116 Uaps, sendo 16 na Regional I, 12 na Regional II, 19 na Regional III, 13 na Regional IV, 25 na Regional V e 31 na Regional VI. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza é de 70,38%, e das Equipes de Saúde Bucal (EqSB), de 50%<sup>10</sup>.

Optou-se por uma amostra intencional, em que as Uaps a serem incluídas no estudo foram selecionadas por meio da Gerência Especial de Saúde Bucal, que sinalizaram Uaps com EqSB que se destacavam por experiências educativas exitosas e/ou inovadoras. A população

era composta de 46 cirurgiões-dentistas que atuavam em 12 Uaps, distribuídos em 6 Regionais de Saúde. Após os critérios de inclusão (dentistas que fossem servidores públicos) e exclusão (dentistas que estivessem em cargo de gestão, de licença ou que conhecessem os objetivos do estudo), compuseram a amostra 39 cirurgiões-dentistas.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, por uma pesquisadora, que não possuía nenhuma relação com os participantes, por intermédio de entrevistas semiestruturadas realizadas nas próprias Uaps. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas pela mesma pesquisadora, e os profissionais entrevistados foram identificados em seus depoimentos por meio da letra E e por números (E1, E2), como forma de garantir o anonimato dos participantes. O tempo médio de entrevista foi de 30 minutos. Além da entrevista, um diário de campo foi utilizado para descrição de impressões, emoções e sentimentos identificados pela pesquisadora durante a realização de cada entrevista.

Após a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas e do diário de campo, realizou-se a leitura compreensiva de todo o material, em que emergiram as categorias empíricas e suas subcategorias, sendo utilizado para a análise o método de Análise de Conteúdo<sup>9</sup>. Para delimitação dos perfis profissionais que emergiram desta pesquisa, utilizaram-se como referência

as modalidades tecnoburocrática, sacerdote e militante de exercício da prática profissional utilizada no estudo de Terra<sup>11</sup>. Dessa forma, do *corpus* de análise, foram identificados três perfis de dentista: dentista passivo, dentista esforçado e dentista empoderado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) sob o parecer nº 5.078.770, e as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

## Resultados e discussão

Em relação à caracterização da amostra do estudo (*tabela 1*), 69,2% (n=27) são mulheres, com média de idade de 48 anos, variando de 38 a 66 anos; 48,7% (n=19) possuem entre 16 e 20 anos de tempo de formação profissional; e 35,9% (n=14) estão nesse mesmo tempo em trabalho (entre 16 e 20 anos) atuando em ESF. Em relação à pós-graduação, 64,1% (n=25) dos entrevistados possuem algum curso de especialização, sendo que 59,0% (n=23) na área de saúde da família ou saúde coletiva. No entanto, apenas 35,9% (n=14) dos dentistas fizeram algum curso ou capacitação envolvendo o conhecimento de Metodologias Ativas e/ou Educação Popular.

Tabela 1. Caracterização dos entrevistados do estudo. Fortaleza-CE, 2022

Características	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	12	31,8
Feminino	27	69,2
<b>Idade</b>		
30-40 anos	6	15,38
40-50 anos	26	66,66
51-60 anos	5	12,82
> 60 anos	2	5,14

Tabela 1. Caracterização dos entrevistados do estudo. Fortaleza-CE, 2022

Características	n	%
<b>Tempo de formação profissional</b>		
16-20 anos	19	48,7
21-25 anos	12	30,8
> 25 anos	8	20,5
<b>Tempo de trabalho na ESF</b>		
6-10 anos	6	15,4
11-15 anos	13	33,3
16-20 anos	14	35,9
21- 25 anos	6	15,4
<b>Titulação</b>		
Especialização	25	64,1
Residência	1	2,6
Mestrado	12	30,8
Doutorado	1	2,6
<b>Pós-Graduação em Saúde da Família/Saúde Coletiva</b>		
Sim	23	59,0
Não	16	41,0
<b>Curso de Metodologias Ativas/Educação Popular</b>		
Sim	14	35,9
Não	25	64,1

Fonte: elaboração própria.

Observou-se que profissionais submetidos à mesma conjuntura econômico-social, trabalhando em um mesmo contexto e no mesmo município, possuem condutas distintas e têm diferentes percepções das práticas educativas, o que permitiu identificar três perfis de

profissionais. O *quadro 1* contempla as categorias, as subcategorias e as características das principais atividades educativas, assim como as dificuldades e as motivações identificadas em cada perfil profissional.

Quadro 1. Resumo comparativo das categorias e subcategorias entre os perfis profissionais passivo, esforçado e empoderado. Fortaleza-CE, 2022

Categorias	Subcategorias	Perfis profissionais		
		Passivo	Esforçado	Empoderado
Características das práticas	Práticas educativas	Palestras e atividades preventivas coletivas	Grupos Operativos e Ações em sala de espera	Grupos Operativos, práticas lúdicas e rodas de conversa
	Local principal de realização de ações	Ambiente escolar/creche	Unidade de Saúde	Espaços sociais no território
	Visão ampliada da saúde bucal	Incipiente, com enfoque em temáticas relacionadas com a saúde bucal	Sim, com abordagem de diferentes temáticas	Sim, com abordagem de diferentes temáticas
	Tipo de abordagem educativa	Tradicional	Principalmente tradicional	Problematizadora
	Culpabilização	Fortemente presente	Presente	Ausente

Quadro 1. Resumo comparativo das categorias e subcategorias entre os perfis profissionais passivo, esforçado e empoderado. Fortaleza-CE, 2022

Categorias	Subcategorias	Perfis profissionais		
		Passivo	Esforçado	Empoderado
Desafios	Dificultadores relacionados com culpabilização	Educação em saúde para adolescentes Troca de benefícios Valorização do atendimento clínico	Valorização do atendimento clínico Troca de benefícios Falta de interesse da população	Ausente
	Dificultadores não relacionados com culpabilização	Ausente	Ausente	Valorização do atendimento clínico Falta de interesse da população
	Dificultadores relacionados com gestão	Falta de valorização Falta de material educativo Educação permanente	Processo de trabalho Educação Permanente Estrutura física	Processo de trabalho Educação Permanente Falta de valorização
	Outros dificultadores	Pandemia Violência Falta de receptividade em espaços sociais	Pandemia	Vulnerabilidade Falta de comprometimento profissional Pandemia Demanda reprimida
Motivações	Motivadores	Não citados	Intersetorialidade Melhoria de saúde da população Motivação pessoal	Intersetorialidade Ações interprofissionais Motivação pessoal

Fonte: elaboração própria.

## Dentista passivo

Alguns dentistas estavam mais apáticos durante a entrevista, aparentando cansaço e desestímulo em relação ao seu próprio processo de trabalho, bem como em suas práticas educativas. Esses profissionais se mostraram desmotivados em relação às próprias ações, caracterizando certa passividade. O perfil ‘dentista passivo’ foi encontrado em 35,9% dos entrevistados, tendo o ambiente escolar como espaço social prioritário de realização de suas práticas educativas, sendo as ações preventivas de instrução de higiene bucal e aplicação tópica de flúor as mais realizadas, além de palestras. “A gente faz mais ações na escola mesmo. Faz orientação de escovação, aplicação de flúor e às vezes alguma palestra falando sobre saúde bucal” (E4).

É importante destacar que, dos 14 cirurgiões-dentistas com esse perfil, 5 fizeram pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, e apenas 1 fez algum curso sobre metodologias ativas e/ou abordagens educativas problematizadoras, como a educação

popular em saúde. Uma categoria que emergiu fortemente após a análise de alguns fatores tidos como dificultadores pelos entrevistados desse perfil foi a culpabilização. Valla<sup>12</sup> descreveu a culpabilização como o produto de práticas tradicionais de educação em saúde, que se limitam à prescrição de comportamentos individuais adequados à obtenção da boa saúde, provocando uma interpretação de que a população é a principal culpada pelo seu adoecimento, sem levar em conta as experiências de vida e o contexto social de grupos mais vulneráveis.

Uma das justificativas para culpar os usuários é a desqualificação do saber popular. Assim, o monopólio do saber técnico põe em segundo plano o saber acumulado da população, lançando mão da escolaridade como parâmetro da competência. Dessa forma, muitas vezes, a individualização da culpa é a explicação de uma prática coletiva ineficiente<sup>13</sup>.

Observou-se, nesse perfil, a dificuldade em realizar atividades educativas com o público adolescente. Os adolescentes são

‘culpabilizados’ por serem um público difícil para a realização de práticas educativas: “*Antes a gente fazia com os adolescentes também, só que é um público muito difícil*” (E3). Essa dificuldade é relatada em estudos, sendo os principais entraves citados: a pouca participação dos adolescentes em ações educativas, as falhas na comunicação e a falta de criatividade da equipe em promover atividades atrativas para esse público<sup>14,15</sup>.

Devem-se desenvolver atividades de educação em saúde utilizando estratégias lúdicas e dialógicas para a interação com esses sujeitos. Trabalhar com grupos de adolescentes e proporcionar um espaço criativo e oportuno para o desenvolvimento de habilidades se configuram como estratégia para a educação em saúde para esse público<sup>16</sup>.

Chamou a atenção a citação da troca de benefícios, como escova dental e pasta, como uma das principais dificuldades para a realização dessas práticas, já que há sempre a necessidade de dar algo em troca para que haja a participação da população nessas ações: “*A comunidade só é participativa quando tem algum brinde para dar. Quando não tem, a participação é baixa nessas ações*” (E4).

O atrelamento de ações educativas com a troca de benefícios produz práticas superficiais, em que as necessidades do usuário e o contexto no qual ele está inserido não são observados. Para que o processo educativo seja realmente eficaz e promova a autonomia do cuidado, é necessário repensar os tipos de abordagens que estão sendo utilizadas, priorizando estratégias que promovam uma maior interação e criação de vínculos com a população. Outras dificuldades citadas foram a valorização do atendimento clínico, a falta de interesse dos usuários nesse tipo de prática e a sensação de falta de resolutividade dos problemas da população.

*Acho que falta educação da população em si. Eles não têm ideia do que representa aquele serviço educativo que a gente está fazendo. Eles valorizam muito o atendimento clínico.* (E7).

*A gente sente como se estivesse enxugando gelo, porque a gente ensina, escova e orienta, e daqui a pouco, a pessoa vem com a boca toda acabada de novo. Ou seja, foi tudo em vão. Isso desmotiva muito.* (E3).

Pelas falas, observa-se que mais uma vez há a culpabilização da população em relação à falta de valorização de atividades educativas e no que diz respeito à falta de cumprimento de orientações dadas que, teoricamente, deveriam resultar em uma boa condição de saúde bucal. As demandas de uma população são socialmente construídas; nesse sentido, seja pelo modelo biomédico hegemônico curativista, seja pela indisponibilidade de procedimentos odontológicos curativos, foram acumulados problemas assistenciais que não podem ser desprezados. Com isso, os usuários tornam as unidades de saúde um locus de busca por ações curativas, de repercussão imediata e palpável, em detrimento, inclusive, das ações de caráter promocional, que requerem mudança de estilo de vida e nem sempre são perceptíveis em curto prazo<sup>7,17</sup>.

É fato que a existência de grande demanda reprimida por atendimento clínico impede que o modelo hegemônico biomédico seja questionado e substituído por princípios importantes para a promoção da saúde. Observa-se a priorização de tratamentos medicalizadores e curativos em detrimento da educação em saúde. Dessa forma, as práticas educativas dialógicas esbarram, muitas vezes, na concepção tradicional de educação em saúde e na predominância ainda do modelo biomédico na formação, na prática e na relação dos profissionais de saúde com a população<sup>18</sup>. O modo de fazer saúde, para esse dentista, ainda reproduz um modelo com centralização das ações no cirurgião-dentista, enfoque individual e curativista, isso contribui para a manutenção de um modelo de intervenção essencialmente individual e prescritivo, que negligencia os determinantes sociais da saúde e doença e culpabiliza os indivíduos por sua condição de saúde<sup>17,18</sup>.

Quanto à falta de interesse dos usuários em práticas educativas, isso pode ocorrer em razão de experiências impositivas e prescritivas, gerando um descrédito em relação à educação em saúde devido à insatisfação com a metodologia empregada. É possível construir uma conduta pautada nas necessidades das pessoas, nas suas experiências e na realidade concreta com suas multiplicidades culturais ligadas ao processo saúde-doença e da própria vida<sup>19,20</sup>.

Em relação à sensação de falta de resolutividade dos problemas da população, é necessária a realização de mais estudos que efetivamente demonstrem os resultados e o impacto positivo das ações odontológicas realizadas pelas equipes, realizando o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas em saúde bucal, por meio de indicadores que permitam elaborar um conhecimento sobre uma determinada situação com vistas à melhoria da saúde da população<sup>21</sup>.

A gestão municipal é tida como a principal responsável pela desmotivação e pelas dificuldades no desenvolvimento de ações educativas. Para esse perfil, há pouco incentivo e valorização da gestão para a realização dessas ações, com pouco estímulo financeiro, além da dificuldade de disponibilidade de transporte e de material educativo, confluindo com os achados de outros estudos<sup>17,22,23</sup>.

*Os profissionais estão altamente desmotivados. A gente teve perda salarial [...], não chega nada de material para essas ações. A gente tem que produzir até o material educativo. Quando a gente quer fazer alguma coisa é um sacrifício. Não tem incentivo da gestão. Eles não valorizam a gente. (E4).*

*A prefeitura antes facilitava para que a gente fizesse essas práticas. Hoje é o contrário. Tudo o que pode ser dificultado parece que é dificultado. Não tem mais carro, falta transporte, logística complicada para sair na unidade. Isso acaba desmotivando muito a gente de fazer essas ações. É melhor ficar na clínica mesmo. (E12).*

É importante a valorização, pela gestão municipal, das práticas educativas no processo de trabalho na ESF, incentivando e direcionando essas ações, para que elas sejam realizadas pelo profissional não apenas para o cumprimento de metas, mas também para gerar mudanças com base em reflexões pela população. A falta de transporte para o deslocamento de profissionais para ações em áreas mais distantes é bastante comum na rotina de trabalho dos profissionais da saúde. No entanto, pode-se optar, no caso dessa indisponibilidade, por fazer ações na própria unidade de saúde ou em espaços sociais mais próximos a ela. Já a ausência de material de apoio pedagógico ou audiovisual é fator que impõe barreiras à prática educativa, porém não impede a sua realização. Considerando que a prática educativa deve estar apoiada em um modelo social imerso na cultura popular, esses instrumentos educativos podem ser construídos nos territórios. A inclusão de tecnologias leves como o diálogo seria uma importante estratégia como ponto de partida para disparar reflexões coletivas nesse perfil.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) também foi citada como um desafio atrelado à gestão:

*Precisa de cursos também. A gente tem a plataforma de educação permanente, mas é uma coisa que a gente se vira, faz os cursos na plataforma ao nosso gosto. A prefeitura não direciona, não dá curso que mude essas práticas, entendeu? (E4).*

A EPS deve se configurar como uma fonte de conhecimento, que propicia reflexão, criticidade e problematização da realidade em que os profissionais e a comunidade estão inseridos, de maneira a compreendê-la e propor ações de mudanças<sup>24</sup>.

Atualmente, existe no município um Programa de EPS, que possibilita a destinação de parte da carga horária mensal de algumas categorias de servidores da saúde, como os dentistas, às atividades e cursos destinados à educação permanente. No entanto, não se

observam incentivo e direcionamento da gestão para cursos e vivências voltadas para as temáticas que busquem modificar as práticas de educação em saúde tradicionais e o despertar do interesse pelo trabalho educativo, com temáticas relacionadas com abordagens educativas problematizadoras, por exemplo.

A pandemia da Covid-19, a violência no território e a falta de receptividade em alguns espaços sociais também foram citadas como desafios. Na pandemia, foi necessário elaborar diversas medidas de isolamento social, que resultaram na restrição de aglomerações de pessoas em espaços sociais e, por consequência, na redução significativa de atividades educativas presenciais. Diante dessa realidade, o processo educacional em saúde precisaria ser readequado, explorando ferramentas e novas estratégias para que essas ações fossem mantidas<sup>25</sup>. No entanto, pelo enfoque de as ações desse perfil profissional serem as escolas, foi percebido que as práticas educativas foram quase que completamente interrompidas, não sendo citada nenhuma tentativa de inovar ou adaptar essas ações para que elas não fossem descontinuadas.

Em relação à violência, percebe-se que os profissionais que atuam na atenção primária infelizmente vivenciam a violência urbana em seus territórios ao realizarem ações intra e extramuros, o que tem causado limitações no desenvolvimento de atividades educativas, visitas domiciliares, consultas agendadas e outras ações de promoção da saúde<sup>26</sup>. Já a falta de receptividade em alguns espaços sociais deixa explícita a falta de parcerias para o desenvolvimento de ações educativas destacadas por esse grupo. É preciso ultrapassar o paradigma comportamentalista, ancorado na abordagem higienista e individualista da prevenção para construir métodos que valorizem parcerias a fim de viabilizar a continuidade e a efetividade dessas ações<sup>27</sup>. Esse perfil não citou fatores motivadores, comprovando a passividade desses profissionais não só diante do processo educativo, mas também do seu próprio processo de trabalho e do contexto social no qual ele está inserido.

## Dentista esforçado

Alguns dentistas se mostraram mais participativos em seu processo de trabalho e em suas práticas educativas, demonstrando preocupação com os usuários e com a saúde de seus pacientes. No entanto, ainda é percebido certo distanciamento em relação ao contexto social de sua comunidade, com poucas reflexões das possibilidades de transformação de suas práticas. Esse perfil foi encontrado em 30,7% dos profissionais entrevistados, tendo a unidade de saúde como o principal local de prática educativa, e os grupos operativos e as ações em sala de espera como as atividades mais realizadas. Observa-se uma visão ampliada da odontologia nesse perfil, com abordagem de temáticas diferentes daquelas relacionadas apenas com a saúde bucal.

Dos 12 dentistas desse perfil, 9 fizeram pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, o que acaba por refletir na forma de cuidado evidenciado por esse perfil em relação à saúde de seu usuário e da sua comunidade. Contudo, essa titulação não garante que abordagens problematizadoras sejam prioridade nessas práticas, já que apenas dois profissionais fizeram algum curso sobre essa temática, o que acaba impactando nas práticas educativas utilizadas.

Semelhantemente ao perfil passivo, a culpabilização também emergiu como categoria nesses dentistas. As temáticas relacionadas com valorização do atendimento clínico, troca de benefícios, falta de interesse da população e educação em saúde para adolescentes também foram citadas como dificuldades na realização de ações educativas.

Um novo tema surgiu na categoria culpabilização: educação em saúde para os pais:

*A gente sensibiliza a criança, mas os pais às vezes não são tão inseridos nesse contexto. A gente já marcou várias reuniões e é mais complicado [...]. Eles acham que é bobagem. (E25).*

Em relação às dificuldades em realizar práticas educativas para os pais, é importante enfatizar que a desconsideração a aspectos sociais e culturais pode provocar resistência e indiferença ao que foi ‘ensinado’. Na relação cuidar-educar, se for desconsiderada a cultura dos usuários, é possível não atingir os objetivos previstos na ação educativa. Além disso, a formação de vínculo e confiança entre os pais e os profissionais resulta em maior eficácia em ações educativas, aumentando a autonomia deles perante as condições de saúde/doença dos filhos e de suas famílias<sup>28</sup>.

A gestão surgiu novamente como categoria empírica, por meio do agrupamento de quatro temas, sendo dois deles também encontrados no perfil profissional passivo: educação permanente e falta de valorização/incentivo. É notável que mesmo expondo a gestão como responsável por algumas dificuldades na execução dessas práticas, percebe-se um maior esforço dos dentistas desse perfil em realizar essas ações mesmo diante das fragilidades citadas. Além disso, foi quase unânime o posicionamento desses profissionais quanto à necessidade de melhorar os tipos de abordagem educativa em suas práticas de educação em saúde.

Nessa perspectiva, entende-se que há carência de processos formativos mais direcionados para metodologias ativas e estratégias educativas dialógicas. Essas práticas despertam o entendimento e o interesse dos profissionais e, especialmente, promovem reflexões sobre os seus próprios processos de trabalho, com o uso da problematização na busca por transformar práticas de saúde e de educação<sup>29</sup>.

Outras duas temáticas surgiram na análise dos dentistas esforçados, relacionadas com a gestão, e que não foram citadas no perfil profissional anterior: processo de trabalho e estrutura física.

*Os enfermeiros e os médicos estão completamente fora das ações. Você não consegue levar eles nessas ações na comunidade. São profissionais que estão presos aqui dentro da unidade de saúde. (E19).*

*Eu acho que deveria ter mais investimento em estrutura física também, tipo um auditório, uma sala ampla, para que essas atividades fossem melhor desenvolvidas. (E2).*

Sendo a APS a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a ela, é atribuído o acolhimento da demanda espontânea e programada de todas as pessoas adscritas em determinado território. No entanto, observa-se que boa parte da desarticulação das ações educativas dos profissionais se deve às dificuldades na gestão do processo de trabalho, inviabilizando a interprofissionalidade. Na prática, isso se visualiza por equipes sobrecarregadas, com dificuldades para responder à demanda espontânea e para organizar uma agenda de atendimento aos usuários, deixando atividades educativas, muitas vezes, em segundo plano<sup>30</sup>.

O alinhamento de agenda dos profissionais por equipe, assim como a pactuação de horários ou turnos para o desenvolvimento de ações educativas de forma contínua e com abordagem multiprofissional, constitui estratégias para possibilitar a integração da equipe, planejamento e execução de ações educativas. A falta de espaço na unidade de saúde para a realização de atividades educativas foi uma dificuldade também relatada por profissionais de saúde em outros estudos. É fato que isso pode dificultar a realização de atividades educativas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais da unidade<sup>22,30</sup>. Uma estratégia para minimizar o impacto de espaços físicos desfavoráveis seria a realização de ações em espaços sociais na própria comunidade.

A Covid-19 também foi citada como uma dificuldade, gerando desmotivação por esses profissionais: “*A gente anda bem desmotivado com tudo isso que a gente tá passando. Essa questão da pandemia é algo que vai deixando todo mundo cheio de preocupações*” (E19). No entanto, foi observado um menor impacto da pandemia nesse perfil profissional comparado ao perfil anterior, já que esses dentistas realizam uma maior variedade de atividades

educativas, não ficando restritos apenas ao ambiente escolar.

Entre os dentistas esforçados, já há a percepção e a citação de alguns fatores que promovem a motivação e que podem potencializar as práticas educativas, sendo bastante citada a importância da construção de parcerias promovendo a intersetorialidade:

*A gente fazia ações em uma escola muito boa. A direção era muito parceira. Tudo que a gente solicitava eles providenciam e a gente ia muito motivado para fazer essas ações lá. (E16).*

*Quando vem estudantes das universidades, que já são pessoas mais atualizadas, que já tem práticas mais diferenciadas, eles já trabalham com coisas diferentes. Isso acaba motivando a gente, dando um 'gás' a mais. (E19).*

A Política Nacional de Atenção Básica orienta que os profissionais de saúde devem identificar parceiros e recursos que possam potencializar e desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral. Dessa forma, a busca por parceiros, tais como associação de moradores, igrejas, escolas, organizações não governamentais, além de instituições de ensino, constitui uma das estratégias para facilitar e otimizar a realização de práticas educativas que interajam com a comunidade, com vistas à promoção da saúde<sup>31</sup>.

As parcerias com as universidades, com a atuação dos dentistas como preceptores, merecem destaque por permitir a troca de saberes e experiências entre profissionais, usuários e estudantes, possibilitando o conhecimento da realidade e a integração serviço/comunidade de modo dinâmico. Isso permite a esses profissionais apropriarem-se dos processos de trabalho, ressignificando suas ações educativas e transformando-as em práticas concretas de intervenção e reflexão<sup>32</sup>.

Outras motivações citadas pelos dentistas desse perfil foram a percepção de melhoria

de saúde da população e a própria motivação pessoal do profissional:

*Consigo perceber melhora no público infantil, com as famílias. Isso nos motiva a fazer o nosso trabalho. Os idosos também ficam felizes quando vamos fazer alguma ação com eles. (E2).*

*Se a gente conseguir ajudar uma pessoa, duas por dia, tudo vai ser levado para as famílias e para o convívio familiar. Ajudando uma pessoa por dia, eu já estou feliz porque consegui cumprir um pouco do meu papel como profissional de saúde. (E33).*

Diferentemente do perfil passivo que tem a percepção da falta de resolutividade dos problemas da comunidade, o dentista esforçado percebe uma melhoria na condição de saúde da sua população, o que acaba por gerar também uma motivação pessoal. A motivação interna deve ser desenvolvida, pois é ela que adquire maior valor e alcança o melhor objetivo, que é o da participação e envolvimento nas atividades planejadas e implementadas, gerando o comprometimento do profissional<sup>33</sup>.

## Dentista empoderado

Nesse perfil, os profissionais mostraram-se mais solícitos e comunicativos, demonstrando uma visão crítica da importância do seu papel na construção da autonomia da população, tendo como base o contexto político/social no qual ela está inserida, estando presente em um terço dos entrevistados. Identificaram-se planejamento e realização de ações educativas em espaços sociais no território, com uso de abordagens problematizadoras e de troca de saberes, tendo os grupos, as práticas lúdicas e as rodas de conversa como as principais intervenções educativas. Dos 13 dentistas desse perfil, 11 realizaram cursos voltados para abordagens educativas problematizadoras, o que parece interferir diretamente no discurso, na forma que o profissional se insere no processo educativo e nas práticas realizadas.

Diferentemente dos outros perfis, esses profissionais não justificam as dificuldades das suas práticas culpabilizando os usuários, mas entendem o contexto dinâmico no qual a comunidade está inserida e evidenciam desafios, como a falta de interesse da população em práticas educativas e a valorização pelo atendimento clínico que necessitam ser superados:

*O que pega é como chegar na população e motivá-los a participar dessas atividades. Eu acho que esse é o grande desafio. A gente também tá tentando descobrir isso todos os dias.* (E1).

*Se você trazer um processo educacional relevante, que entenda o processo que existe dentro do território, que seja significativo para eles, você consegue a motivação e o interesse dele por aquela atividade.* (E15).

O desinteresse da população em ações educativas e a valorização do atendimento clínico são grandes entraves relatados por muitos profissionais em suas práticas. Para que ocorram mudanças nesse paradigma, é preciso um trabalho contínuo de conscientização dos profissionais na comunidade. Além disso, é importante ressaltar que, para a população perceber o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário que os profissionais também acreditem e apostem nessas mudanças e nos benefícios das ações educativas para a saúde da população<sup>34</sup>.

A gestão aparece como responsável por algumas dificuldades no desenvolvimento dessas ações educativas, sendo quatro temáticas já citadas nos perfis anteriores, como as relacionadas com processo de trabalho, falta de incentivo/valorização, educação permanente e estrutura física. Outra temática citada relacionada com a gestão, mas que não aparece nos outros perfis, foi a carência de profissionais na atenção primária.

Sabe-se que, para que haja uma educação em saúde eficaz, é necessário, além da vontade para realizá-la, a disponibilidade de recursos materiais, recursos humanos e apoio. A

atuação do gestor no planejamento das ações, na promoção de capacitação e na manutenção das equipes pode interferir nos resultados apresentados na realização dessas ações<sup>35</sup>.

Nesse grupo, é possível perceber a interferência direta da EPS nas metodologias educativas, na visão crítica e no processo reflexivo que permeia as ações 'empoderadas' desses dentistas. É importante enfatizar que a identificação dos elementos de vulnerabilidade de uma população, como demonstrado por esse perfil, e a relação entre os diversos contextos individuais e sociais podem dar espaço ao fortalecimento de ambientes saudáveis de vida e do autocuidado para a saúde.

*A dificuldade maior é a vulnerabilidade, porque tem violência, medo, fome, desemprego. Como aquela ação vai ter significado, se aquela pessoa não tem o que comer em casa? Como você vai falar em educação em saúde estando ela tão vulnerável?* (E11).

Assim, esse perfil percebe também a dificuldade da intersetorialidade para conseguir ações realmente efetivas, afinal, práticas de educação e promoção da saúde necessitam extrapolar os componentes informativos e incorporar a análise da vulnerabilidade no planejamento de ações educativas a grupos populacionais específicos, como estratégia de enfrentamento<sup>36</sup>.

Outra dificuldade relatada foi a falta de comprometimento de alguns profissionais na realização dessas ações, além da demanda reprimida provocada pela pandemia, provocando uma limitação pela dificuldade desses dentistas de saírem das atividades clínicas.

Em relação aos motivadores para esse perfil, foi citada a motivação pessoal, também presente no perfil esforçado, e um outro fator motivador: as ações interprofissionais:

*Eu acho legal juntamos vários profissionais e cada um pode falar e ajudar no planejamento dessas atividades, observando qual público está precisando mais, quais temas que a gente deve abordar. Essa discussão é muito rica.* (E1).

O trabalho interprofissional colaborativo é apresentado como uma das melhores formas de enfrentamento dos desafios, desenvolvendo o trabalho em equipe, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde<sup>29</sup>. Percebe-se um movimento dinâmico entre os profissionais que, apesar das atribuições e dos saberes específicos de cada categoria, estão envolvidos nas fases e nos temas do processo educativo pautado na integralidade da pessoa. Somente trabalhando dessa forma obtém-se uma equipe preparada para lidar com a complexidade das práticas educativas na atenção primária, reorganizando o processo de trabalho em saúde e permitindo um novo fazer dialógico, em que todos possam ser sujeitos do processo<sup>37</sup>.

Além disso, é importante reconhecer a educação em saúde realizada ‘um a um’, quando o profissional pode socializar saberes e fazeres, fortalecendo os afetos e os vínculos a partir de uma clínica ampliada que tenha a centralidade no sujeito<sup>38</sup>.

Algumas limitações do estudo precisam ser reconhecidas, como a seleção das unidades de saúde pela gestão. Além disso, é preciso ressaltar que a classificação em perfis não é definidora do profissional, mas de sua atuação em um dado momento, a partir de todas as condições e possibilidades do seu exercício profissional.

## Considerações finais

Durante este estudo, foi admitida a existência de três perfis profissionais – passivo, esforçado e empoderado –, que demonstram motivações e dificuldades distintas na realização

de práticas educativas. A culpabilização da população, evidenciada no perfil passivo e esforçado, remete ao modelo biomédico e às práticas educativas tradicionais, sendo uma dificuldade a ser combatida por meio da valorização do saber popular e de abordagens educativas dialógicas, estratégias presentes no perfil empoderado.

É importante destacar que a pandemia da Covid-19 e a gestão emergiram como dificuldades para a realização de práticas educativas nos três perfis profissionais, sendo salientada a importância da educação permanente na difusão de abordagens educativas problematizadoras e reflexivas. É necessário também proporcionar condições adequadas para a concretização dessas práticas, e isso pode ser possível conhecendo as necessidades desses profissionais e permitindo a inclusão deles no planejamento e na implantação de estratégias desenvolvidas pelas instituições e serviços.

Aliados a esse processo, torna-se importante conhecer e potencializar estratégias que promovam a motivação desses cirurgiões-dentistas não só em práticas educativas, mas também diante do seu processo de trabalho. Isso permitirá a participação e o engajamento desses trabalhadores em ações, fazendo-os compreender que eles são sujeitos capazes de promover mudanças mesmo diante das dificuldades.

## Colaboradores

Amarante LF (0000-0003-0343-4499)\*, Nuto SAS (0000-0002-4763-6773)\*, Forte FDS (0000-0003-4237-0184)\*, Machado MFAS (0000-0002-2541-8441)\* e Maia LA (0000-0003-0634-1757)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Ramos CF, Araruna RD, Lima CM, et al. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(3):1144-51.
2. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15(supl2):177-185.
3. Vasconcelos M, Grillo MJ, Soares SM. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. UNA-SUS. 2012 jan 31. [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/93>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS, 2004.
5. Mendes JDR, Freitas CASL, Dias MSA, et al. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2017; 30(1).
6. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(16):39-52.
7. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(1):319-25.
8. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(15):259-74.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. [Fortaleza]; 2022. [acesso em 2022 jun 7]. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/>.
11. Terra L. O médico alienado: reflexões sobre a alienação do trabalho na atenção primária à saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec; 2018.
12. Valla VV, Stotz EN. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relumê Dumara; 1993.
13. Valla VV. Participação popular e saúde. 2. ed. Petrópolis: CDDH; 1991.
14. Sousa ZA, Silva JG, Ferreira MD. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014; 400-6.
15. Santos JS, Andrade RD, Mello DF, et al. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2014; 14(1):20-6.
16. Costa TRL, Marcheti MA, Teston EF, et al. Educação em saúde e adolescência: desafios para estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude.* 2020; 19:e55723.
17. Brasil PR, Santos AM. Desafios às ações educativas das equipes de saúde bucal na atenção primária à saúde: táticas, saberes e técnicas. *Physis.* 2018; 28(4).
18. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49.
19. Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(15):259-74.
20. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(1):117-2.
21. Botazzo C, Oliveira MA. Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras; 2008.

22. Melo G, Santos RM, Trezza MC. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(3):290-5.
23. Pimentel FC, Martelli PJ, Araújo Junior JL, et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Cienc Amp Saude Coletiva.* 2010; 15(4):2189-96.
24. Ezequiel MC, Noel BK, Lemos PP, et al. Estudantes e usuários avaliam ferramenta de educação permanente em saúde - Sieps. *Rev Bras Educ Medica.* 2012; 36(1supl2):112-30.
25. Palácio MA, Takenami I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigil Sanit em Debate.* 2020; 8(2):10-5.
26. Machado CB, Daher DV, Teixeira ER, et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. *Rev Enferm UERJ.* 2016; 24(5):e25458.
27. Pauleto AR, Pereira ML, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Cienc Amp Saude Coletiva.* 2004; 9(1):121-30.
28. Queiroz MV, Jorge MS. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. *Interface (Botucatu).* 2006; 10(19):117-30.
29. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde.* 2020; 18(s1):e002467.
30. Moutinho CB, Almeida ER, Leite MT, et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab Educ Saude.* 2014; 12(2):253-72.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012. [acesso em 2013 mar 1]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
32. Carvalho SOB, Duarte LR, Guerreiro JMA. A parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab Educ Saude.* 2015; 13(1):123-44.
33. Weykamp J, Cecagno D, Hermel P, et al. Motivação: ferramenta de trabalho do enfermeiro na prática da educação em saúde na atenção básica. *Rev Bras Cienc Saude.* 2015; 19(1):5-10.
34. Roecker S, Budó MD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(3):641-9.
35. Büchele F, Coelho EB. A formação em saúde da família: Uma estratégia na consolidação do SUS. Florianópolis: UFSC; 2010. 394 p.
36. Cabral FB, Oliveira DL. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):368-75.
37. Fernandes MC, Backes VM. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4):567-73.
38. Graff VA, Ceriotti Toassi RF. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia. *Rev Abeno.* 2018; 17(4):63-72.

---

Recebido em 05/02/2023

Aprovado em 16/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ana Maria Costa

## Fatores contextuais do desempenho do atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica entre municípios baianos

*Contextual factors of the performance of dental care for pregnant women in Primary Care among municipalities in Bahia*

Manoelito Ferreira Silva Junior<sup>1</sup>, Amanda Cristina Laranjeira Saraiva<sup>1</sup>, Patrícia Elizabeth Souza Matos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408844P

**RESUMO** Este estudo objetivou analisar os fatores contextuais do desempenho do atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica entre municípios baianos. A série temporal utilizou dados secundários dos 417 municípios, entre 2018 e 2022. O desfecho foi a meta do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico por município: insuficiente (<60,0%) ou suficiente (≥60,0%). As variáveis contextuais foram: fatores sociodemográficos (Porte Populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Produto Interno Bruto municipal *per capita* – PIB, Índice de Gini da renda domiciliar *per capita*, Índice de Vulnerabilidade Social e Núcleos Regionais de Saúde) e serviço de saúde (Cobertura de Estratégia Saúde da Família – ESF e de Saúde Bucal). Realizou-se regressão de Poisson uni e multivariada ( $p < 0,05$ ). No último quadrimestre de cada ano: 2,9% (2018), 2,4% (2019), 5,3% (2020), 37,2% (2021) e 71,2% (2022) dos municípios atingiram a meta. No terceiro quadrimestre de 2021, os municípios com menor PIB, e em 2021 e 2022, com maior cobertura de ESF, apresentaram maior chance de atingir a meta. Conclui-se que houve aumento da proporção de atendimento odontológico para gestante ao longo dos anos entre os municípios baianos e atingir a meta foi associado a fatores sociodemográficos e de serviço de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidado pré-natal. Atenção Básica. Municípios. Fatores sociodemográficos. Saúde bucal.

**ABSTRACT** *This study aimed to analyze the contextual factors of the performance of dental care for pregnant women in Primary Care among municipalities in Bahia. The time series used secondary data from 417 municipalities between 2018-2022. The outcome was the target indicator for the proportion of pregnant women with dental care per municipality: insufficient (<60.0%) or sufficient (≥60.0%). The contextual variables were: sociodemographic factors (Population Size, Municipal Human Development Index, municipal Gross Domestic Product per capita – GDP, Gini Index of household income per capita, Social Vulnerability Index and Regional Health Centers) and health service (Coverage of Family Health Strategy – ESF and Oral Health). Poisson regression was performed ( $p < 0.05$ ). In the last four months of each year: 2.9% (2018), 2.4% (2019), 5.3% (2020), 37.2% (2021) and 71.2% (2022) of the municipalities reached the goal. In the third four months of 2021, municipalities with lower GDP, and in 2021 and 2022, with greater ESF coverage, had a greater chance of reaching the target. It is concluded that there was an increase in the proportion of dental care for pregnant women over the years among the municipalities in Bahia, and achieving the goal was associated with sociodemographic and health service factors.*

**KEYWORDS** Prenatal care. Primary Health Care. Cities. Sociodemographic factors. Oral health.

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil.  
manoelito.junior@uesb.edu.br



## Introdução

O período gestacional é um estado fisiológico dinâmico que causa alterações transitórias significativas internas e externas na saúde da mulher, inclusive na cavidade oral<sup>1</sup>. Por isso, a assistência pré-natal, principalmente com o cuidado odontológico, tem sido um indicador importante no desenvolvimento social de um país, com ampla relevância na redução dos coeficientes de morbimortalidade materna e perinatal<sup>2</sup>.

Um pré-natal de qualidade inclui ações acolhedoras para responder uma assistência resolutiva de acordo com as necessidades da gestante. No Sistema Único de Saúde (SUS), encontra na Atenção Básica (AB) local adequado para sua realização, considerando a capilaridade, processo de trabalho multiprofissional, nível de atenção coordenado e articulado com outros níveis de atenção da rede de serviço de saúde, favorecendo a compactação dos saberes em redes colaborativas<sup>3-5</sup>.

O Ministério da Saúde (MS) brasileiro tem induzido diversas políticas indutoras, gerais ou específicas, para o aumento da qualidade, acesso, avaliação e monitoramento da AB, bem como estabelecido programas para atenção mais resolutiva e qualificada do pré-natal. Dentre elas, em 2000, houve a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN)<sup>6</sup>. Em 2011, na busca da redução de indicadores negativos de saúde materno-infantil, houve a implantação da rede materno-infantil, denominada Rede Cegonha, em um modelo de atenção à saúde direcionado ao pré-natal, nascimento e puerpério<sup>7</sup>, incluindo recomendações da necessidade de consultas com o cirurgião-dentista.

Ainda em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com incentivo financeiro conforme o desempenho das equipes de Atenção Básica<sup>8</sup>, inclusive com indicadores de atenção pré-natal. Após três ciclos e encerramento em 2017<sup>9</sup>, o PMAQ-AB foi substituído, em 2020, pelo Programa

Previne Brasil (PPB), que estabeleceu um modelo misto de cofinanciamento federal, com uma nova forma de pagamento por desempenho<sup>9</sup>. O PPB propõe um ciclo avaliado de três anos, sendo sete indicadores de desempenho, três inerentes ao pré-natal e, um destes, como único indicador de saúde bucal, o atendimento odontológico às gestantes<sup>10</sup>.

Nesse sentido, o País vem apresentando um esforço crescente para ampliar, requalificar e complementar a atenção pré-natal e puerperal, principalmente com a valorização de outras categorias profissionais<sup>7</sup>. Assim, a equipe de saúde bucal atuante na AB tem papel fundamental na promoção da saúde materno-infantil e na avaliação de condições que podem interferir na gestação e no parto<sup>8</sup>. No entanto, ainda existem mitos e tabus que geram medo, ansiedade e desinformação para gestantes, ou ainda, barreiras de acesso por posturas inadequadas dos profissionais, que mostram insegurança, desconhecimento científico e falta de preparo no atendimento durante este período<sup>9,11</sup>.

Sendo assim, a efetivação do pré-natal odontológico deve percorrer um processo amplo de ações, desde educação em saúde para desmistificação de crenças à população, até a educação permanente para maior capacidade resolutiva dos profissionais, como também melhorar o processo de trabalho multiprofissional na AB, envolvendo comunicação direta e busca pela solução compartilhada para aumentar a adesão<sup>9,12</sup>.

Embora o SUS apresente uma abrangência nacional, ele possui gestão e financiamento tripartite, com uma gestão compartilhada entre os três entes federados. Sendo assim, os aspectos sociodemográficos, econômicos, culturais, dentre outros, interferem na capacidade de adesão e execução das políticas públicas sociais e de saúde incentivadas pelo MS em um país de dimensões continentais<sup>8</sup>.

Considerando a descentralização do SUS e a necessidade de verificar sua capacidade de atendimento ao princípio de equidade, avaliar e monitorar as políticas públicas em aspecto

das macro e microrregiões deve subsidiar as decisões políticas. Portanto, o uso de indicadores contextuais que podem influenciar nos resultados das avaliações em saúde, tais como, os indicadores de renda, desigualdade socioeconômica, vulnerabilidade e oferta de serviços de saúde precisam ser melhor explorados<sup>6</sup>.

Apesar de ser um programa recente, estudos que avaliaram os indicadores do PPB<sup>13</sup> destacam o indicador de gestante com atendimento odontológico como sendo o de pior desempenho<sup>13</sup>. A maioria dos estudos limitam-se a análise descritiva de série histórica em diferentes locais, tais como Minas Gerais<sup>14</sup>, Paraíba<sup>6,11</sup> e Distrito Federal<sup>13</sup>. Neste sentido, a literatura não apresenta dados analíticos dos possíveis fatores associados ao desempenho. Além disso, apesar da Bahia estar entre os estados com maiores territórios, população e cobertura de AB e saúde bucal<sup>15,16</sup>, até o presente momento seus dados não foram estudados.

Considerando o panorama exposto, o presente estudo tem por objetivo analisar os fatores contextuais e desempenho do atendimento odontológico para gestantes entre municípios baianos.

## Material e métodos

### Desenho do estudo e aspectos éticos

O estudo ecológico de série temporal foi realizado com dados secundários disponibilizados pelo MS<sup>16,17</sup>, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>15</sup>, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)<sup>18</sup> e do Observatório Baiano de Regionalização<sup>19</sup>. Foi descritivo para os dados de série temporal e analítico para os dados transversais no terceiro quadrimestre (Q3) de 2021 e 2022.

Por se tratar de dados secundários de domínio público e de livre acesso, o estudo não apresentou a necessidade de apreciação ética.

### Local do estudo

A Bahia é um estado situado na região Nordeste do Brasil, sendo o quinto em extensão territorial, com 564.760.427 km<sup>2</sup>. Apresenta, de acordo com a divisão político-administrativa, 417 municípios, tendo como capital a cidade de Salvador. Em 2022, sua população estimada foi de 14.659.023 habitantes, renda domiciliar *per capita* da população residente no valor R\$697,00 e o Índice de Desenvolvimento Humano médio de 0,660<sup>17</sup>.

O estado se destacou por possuir, em dezembro de 2020, uma cobertura de AB de 84,3% e de Estratégia Saúde da Família (ESF) de 77,5%<sup>16</sup>. Em dezembro de 2021, destacou-se ainda como um dos estados com maior Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica do País, atingindo 71,4%, e 65,4% de Cobertura de Saúde Bucal na ESF<sup>16</sup>.

### Fonte de extração de dados

A coleta de dados do desempenho das equipes dos indicadores 'Proporção de gestantes com atendimento odontológico' na AB da Bahia foi feita por um único pesquisador, em abril de 2023, por meio do endereço eletrônico do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)<sup>16</sup>.

Foram extraídas as produções percentuais quadrimestrais (Q1: janeiro a abril; Q2: maio a agosto; Q3: setembro a dezembro) do indicador por município entre os anos de 2018 a 2022. O cálculo do indicador de Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado de 2018 a 2021 foi efetuado da seguinte forma pelo MS<sup>16</sup> (*quadro 1*).

Quadro 1. Cálculo do indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico na Atenção Primária à Saúde no Programa Previnir Brasil. Brasil, 2018-2022

2018-2021
$\frac{\text{Número de gestantes com pré-natal na APS}^1 \text{ e atendimento odontológico} \times 100}{\text{Número de gestantes identificadas}}$
OU
$\frac{\text{Número de gestantes com pré-natal na APS e atendimento odontológico} \times 100}{\frac{\text{Parâmetro de Cadastro} \times \text{número de nascidos vivos (Sinasc)}}{\text{População (IBGE)}}}$
2022
$\frac{\text{Número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}^1 \times 100}{\text{Número de gestantes com pré-natal na APS}^1}$
OU
$\frac{\text{Número de gestantes com pré-natal e atendimento odontológico na APS}^1 \times 100}{\frac{\text{Cadastro municipal (Sisab)} \times \text{número de nascidos vivos (Sinasc)}}{\text{População (IBGE)}}}$

Fonte: Ministério da Saúde<sup>16</sup>.

APS: Atenção Primária à Saúde. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinasc: Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

Sisab: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

Os dados populacionais brutos foram extraídos da estimativa populacional para o ano de 2022 do IBGE<sup>15</sup>. Os dados de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) referentes ao ano de 2010, dados mais atuais publicados, foram extraídos em maio de 2023, do Ipea<sup>18</sup>. O IDH-M varia de zero, ou seja, nenhum desenvolvimento humano, a um, desenvolvimento humano total. O IVS é um índice que varia entre zero, menor vulnerabilidade, a um, maior vulnerabilidade social.

O Produto Interno Bruto (PIB) municipal *per capita*, ano de 2013, e o Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* segundo município, referente a 2010, foram extraídos do Departamento de Informática do SUS (Datasus), em maio de 2023<sup>17</sup>. O Índice de Gini varia de zero a um, sendo que o valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, enquanto o valor um denota extrema desigualdade, isto é, situação onde apenas uma pessoa detém toda a riqueza.

Os dados dos nove Núcleos Regionais de Saúde (NRS) do estado da Bahia foram retirados do Observatório Baiano de Regionalização<sup>19</sup>.

A Cobertura de Estratégia Saúde da Família e a Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica foram extraídas do e-gestor – Informação e Gestão da Atenção Básica, conforme porcentagem referente ao dado mais atual disponível, o mês de dezembro de 2021<sup>16</sup>.

## Variáveis

Para a etapa descritiva, foi utilizada a classificação da proporção do atendimento odontológico para gestantes entre os anos de 2018 a 2022 da seguinte forma: crítica (<24,0%), insuficiente (≥24,0% e <42,0%), parcial (≥42,0% e <60,0) e suficiente (≥60,0%)<sup>16</sup>. A nomenclatura para as categorias foi utilizada conforme o estudo de Soares et al.<sup>14</sup>.

Para a etapa analítica, o desfecho do estudo foi atingir a meta da proporção de gestantes com atendimento odontológico conforme descrito pelo MS<sup>16</sup>: insuficiente (<60,0%) ou suficiente (≥60%). A análise foi calculada nos dois momentos mais atuais nas diferentes formas de cálculos do indicador, ou seja, no terceiro quadrimestre (Q3) de 2021 e no terceiro quadrimestre (Q3) de 2022.

As variáveis independentes foram agrupadas em:

– Sociodemográficas: Porte Populacional (<25 mil ou  $\geq$ 25 mil habitantes), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (<0,600 ou  $\geq$ 0,600), Produto Interno Bruto municipal *per capita* (<R\$5.000,00, R\$5.000,00 a R\$9.999,99 ou  $\geq$ R\$10.000,00), Índice de Gini da renda domiciliar *per capita* (<0,5000 ou  $\geq$ 0,5000), Índice de Vulnerabilidade Social ( $\leq$ 0,400, 0,401 a 0,500 ou  $\geq$ 0,501) e Núcleos Regionais de Saúde (Leste, Norte, Centro-Norte, Nordeste, Oeste, Centro-Leste, Sudoeste, Sul, Extremo-Sul).

– Serviço de saúde: Cobertura de Estratégia Saúde da Família (<80,00% e  $\geq$ 80,00%) e Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (<80,00% e  $\geq$ 80,00%).

## Análise dos dados

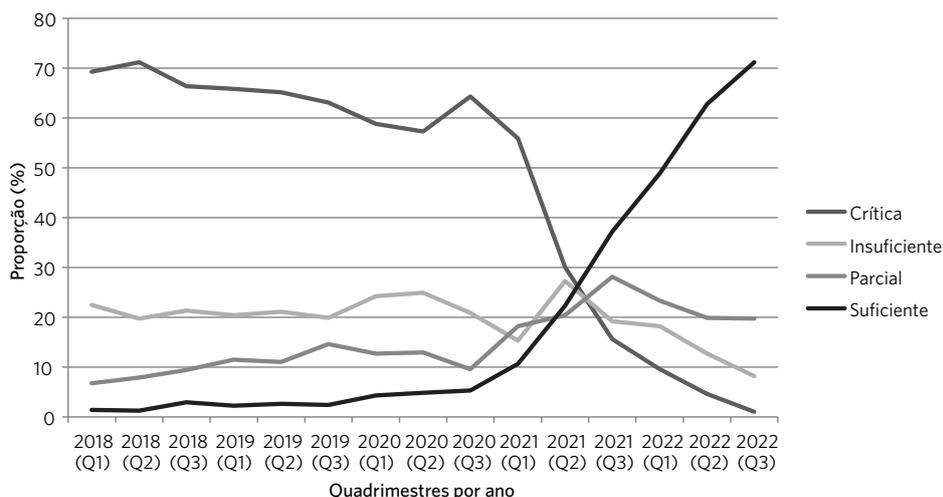
Os dados brutos extraídos das diferentes fontes de dados foram organizados em planilhas do Excel (Microsoft®). Para análise dos dados, utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (IBM® SPSS, Chicago), versão 20.0. Realizou-se uma análise descritiva com frequências absolutas (n) e relativas (%) por município.

Foram realizadas análises de regressão de Poisson univariadas entre o desfecho da meta da proporção de atendimento odontológico para gestante por município e as variáveis independentes (Sociodemográficas e Serviço de Saúde) de forma separada para o terceiro quadrimestre do ano de 2021 e para o terceiro quadrimestre do ano de 2022, considerando que o cálculo para a definição da proporção foi alterado entre os diferentes anos<sup>17</sup>. No modelo final, a regressão de Poisson multivariada com variância robusta foi ajustada entre as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$ . A categoria de referência foi municípios que não atingiram a proporção ‘suficiente’ na meta do indicador (<60,00%) ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

A proporção de municípios que alcançaram a meta de atendimento odontológico para gestantes na AB teve um aumento gradual pouco expressivo entre os primeiros quadrimestres de 2018 e 2020, e expressivo no primeiro quadrimestre do ano de 2021 e último quadrimestre de 2022. No último quadrimestre de cada ano atingiram a meta: 2,9% (2018), 2,4% (2019), 5,3% (2020), 37,2% (2021) e 71,2% (2022) dos municípios (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição da proporção de municípios conforme o critério percentual da meta de proporção de atendimento odontológico para gestante na Atenção Básica por quadrimestre. Bahia, Brasil, 2018-2022



Fonte: Ministério da Saúde<sup>16</sup>.

A maior parte dos municípios baianos apresentava porte populacional menor de 25 mil habitantes, IDH-M <0,600, PIB municipal *per capita* entre R\$5.000,00 e R\$9.999,99, Índice de Gini  $\geq 0,5000$ , IVS entre 0,401 e 0,500, localizados no NRS do Sudoeste, Cobertura de Estratégia Saúde da Família e Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica maior de 80,00% (tabelas 1 e 2).

Na análise bruta, o porte populacional, PIB municipal, Índice de Gini, Cobertura de Estratégia Saúde da Família e Cobertura de

Equipe de Saúde Bucal foram associados a maior proporção de gestantes com atendimento odontológico na AB no terceiro quadrimestre de 2021. Na análise ajustada, municípios baianos com PIB municipal até R\$4.999,99 (RP=2,44; IC95%:1,36-4,36,  $p=0,003$ ), de R\$5.000,00 a R\$9.999,99 (RP=2,08; IC95%:1,19-3,61,  $p=0,010$ ) e com Cobertura de Estratégia Saúde da Família acima de 80,00% (RP=2,35; IC95%:1,53-3,62,  $p<0,001$ ) apresentaram maior chance de atingir a meta de proporção de gestante com atendimento odontológico (tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva, bruta e ajustada entre os fatores sociodemográficos e de acesso a serviços de saúde com a meta de proporção de atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica. Bahia, Brasil, 3º quadrimestre de 2021

Variáveis	Proporção de atendimento odontológico para gestantes				RP			RP		
	<59,99%		>60,00%		Bruto	IC95%	p-valor	Ajustado	IC95%	p-valor
	n	%	n	%						
<b>Sociodemográficas</b>										
<b>Porte populacional (mil) (2022)</b>										
< 25	165	63,0	121	78,1	1,63	1,18-2,24	0,003			
$\geq 25$	97	37,0	34	21,9	1					
<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)</b>										
< 0,600	160	61,1	103	66,5	1,16	0,89-1,52	0,277			
$\geq 0,600$	102	39,9	52	33,5	1	-	-			
<b>Produto Interno Bruto municipal <i>per capita</i> (R\$) (2010)</b>										
< 5.000,00	45	17,2	43	27,7	3,02	1,69-5,40	<0,001	2,44	1,36-4,36	0,003
5.000,00 a 9.999,99	160	61,1	101	65,2	2,39	1,36-4,20	0,002	2,08	1,19-3,61	0,010
$\geq 10.000,00$	57	21,8	11	7,1	1			1		
<b>Índice de Gini (2010)</b>										
< 0,5000	54	20,6	50	32,3	1,43	1,11-1,85	0,005			
$\geq 0,5000$	208	79,4	105	67,7	1					
<b>Índice de Vulnerabilidade Social (2010)</b>										
$\leq 0,400$	64	24,4	20	12,9	0,64	0,40-1,00	0,051			
0,401 a 0,500	133	50,8	96	61,9	1,12	0,84-1,50	0,453			
$\geq 0,501$	65	24,8	39	25,2	1					
<b>Núcleos Regionais de Saúde (NRS)</b>										
Leste (inclui capital)	28	10,7	19	12,3	1					
Norte	16	6,1	13	8,4	1,11	0,65-1,89	0,704			
Centro-Norte	16	6,1	22	14,2	1,43	0,92-2,22	0,110			
Nordeste	19	7,3	14	9,0	1,05	0,62-1,78	0,858			

Tabela 1. Análise descritiva, bruta e ajustada entre os fatores sociodemográficos e de acesso a serviços de saúde com a meta de proporção de atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica. Bahia, Brasil, 3º quadrimestre de 2021

Variáveis	Proporção de atendimento odontológico para gestantes				RP			RP		
	<59,99%		>60,00%		Bruto	IC95%	p-valor	Ajustado	IC95%	p-valor
	n	%	n	%						
Oeste	22	8,4	13	8,4	0,92	0,53-1,60	0,764			
Centro-Leste	49	18,7	21	13,5	0,74	0,45-1,22	0,241			
Sudoeste	46	17,6	27	17,4	0,92	0,58-1,45	0,704			
Sul	51	19,5	21	13,5	0,72	0,44-1,19	0,201			
Extremo-Sul	15	5,7	5	3,2	0,62	0,27-1,42	0,259			
<b>Serviço de saúde</b>										
<b>Cobertura de Estratégia Saúde da Família (%) (2021)</b>										
< 80,00	93	35,5	19	12,3	1			1		
≥ 80,00	169	64,5	136	87,7	2,63	1,71-4,03	<0,001	2,35	1,53-3,62	<0,001
<b>Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (%) (2021)</b>										
< 80,00	75	28,6	15	9,4	1					
≥ 80,00	187	71,4	140	90,3	2,57	1,59-4,15	<0,001			

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>15</sup>; Ministério da Saúde<sup>16,17</sup>; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)<sup>18</sup>; do Observatório Baiano de Regionalização<sup>19</sup>.

RP: Razão de Prevalência. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Likelihood Ratio Chi-square: 27.943 (p<0,001).

Na análise bruta, verificou-se que o porte populacional, PIB municipal *per capita*, Índice de Gini, Núcleo Regional de Saúde, Cobertura de Estratégia Saúde da Família e Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica foram associados aos municípios baianos que atingiram a meta de proporção de atendimento odontológico às gestantes na AB no terceiro

quadrimestre de 2022. Na análise ajustada, os municípios com Cobertura de Estratégia Saúde da Família acima de 80,00% (RP=1,42; IC95%:1,19-1,71, p<0,001) apresentaram maior chance de atingir a meta de no mínimo 60,00% das gestantes com atendimento odontológico realizado (tabela 2).

Tabela 2. Análise bruta e ajustada entre os fatores sociodemográficos e serviços de saúde com a meta de proporção de atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica. Bahia, Brasil, 3º quadrimestre de 2022

Variáveis	Proporção de atendimento odontológico para gestantes				RP			RP		
	<59,99%		>60,00%		Bruto	IC95%	p-valor	Ajustado	IC95%	p-valor
	n	%	n	%						
<b>Sociodemográficas</b>										
<b>Porte populacional (mil) (2022)</b>										
< 25	70	58,3	216	72,7	1,22	1,05-1,42	0,009			
≥ 25	50	41,7	81	27,3	1					

Tabela 2. Análise bruta e ajustada entre os fatores sociodemográficos e serviços de saúde com a meta de proporção de atendimento odontológico para gestantes na Atenção Básica. Bahia, Brasil, 3º quadrimestre de 2022

Variáveis	Proporção de atendimento odontológico para gestantes				RP			RP		
	<59,99%		>60,00%		Bruto	IC95%	p-valor	Ajustado	IC95%	p-valor
	n	%	n	%						
<b>Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)</b>										
< 0,600	68	56,7	195	65,7	1,12	0,98-1,28	0,098			
≥ 0,600	52	43,3	102	34,3	1	-	-			
<b>Produto Interno Bruto municipal per capita (R\$) (2010)</b>										
< 5.000,00	58	49,6	179	61,3	1,48	1,15-1,90	0,002			
5.000,00 a 9.999,99	39	33,3	87	29,8	1,39	1,10-1,76	0,006			
≥ 10.000,00	20	17,1	26	8,9	1					
<b>Índice de Gini (2010)</b>										
< 0,5000	22	18,3	82	27,6	1,15	1,01-1,30	0,030			
≥ 0,5000	98	81,7	215	72,4	1					
<b>Índice de Vulnerabilidade Social (2010)</b>										
≤ 0,400	37	30,8	47	15,8	0,56	0,31-1,03	0,061	0,84	0,67-1,05	0,118
0,401 a 0,500	51	42,5	178	59,9	1,55	0,92-2,61	0,098	1,12	0,98-1,30	0,103
≥ 0,501	32	26,7	72	24,2	1			1		
<b>Núcleos Regionais de Saúde (NRS)</b>										
Leste (inclui capital)	15	12,5	32	10,8	1					
Norte	4	3,3	25	8,4	1,27	0,99-1,62	0,058			
Centro-Norte	5	4,2	33	11,1	1,28	1,01-1,61	0,039			
Nordeste	8	6,7	25	8,4	1,11	0,84-1,46	0,446			
Oeste	15	12,5	20	6,7	0,84	0,59-1,19	0,323			
Centro-Leste	22	18,3	48	16,2	1,01	0,78-1,30	0,956			
Sudoeste	16	13,3	57	19,2	1,15	0,91-1,44	0,244			
Sul	29	24,2	43	14,5	0,88	0,67-1,15	0,346			
Extremo-Sul	6	5,0	14	4,7	1,03	0,73-1,46	0,876			
<b>Serviço de saúde</b>										
<b>Cobertura de Estratégia Saúde da Família (%) (2021)</b>										
< 80,00	52	43,3	60	20,2	1			1		
≥ 80,00	68	56,7	237	79,8	1,45	1,21-1,74	<0,001	1,42	1,19-1,71	<0,001
<b>Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Básica (%) (2021)</b>										
< 80,00	42	35,0	48	16,2	1					
≥ 80,00	78	65,0	249	83,8	1,43	1,17-1,75	0,001			

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>15</sup>; Ministério da Saúde<sup>16,17</sup>; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)<sup>18</sup>; do Observatório Baiano de Regionalização<sup>19</sup>.

RP: Razão de Prevalência. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Likelihood Ratio Chi-square: 10.739 (p=0,013).

## Discussão

A proporção do atendimento odontológico à gestante na AB da Bahia aumentou consideravelmente ao longo do primeiro quadrimestre de 2018 até o último quadrimestre de 2022. Resultado semelhante a estudos realizados em outros estados brasileiros<sup>8,10,14</sup>. No entanto, a baixa proporção de municípios que atingiram o mínimo de 60% das gestantes com atendimento odontológico conforme o indicador do PPB<sup>8,16</sup>, principalmente entre 2018 a 2020, sugere que a atenção ao cuidado pré-natal odontológico não estava recebendo a prioridade necessária pelas equipes de AB e de saúde bucal no Brasil<sup>8</sup>. Fica notável o papel estimulador do PPB nas práticas do cuidado das gestantes, visto que, mesmo sendo institucionalizado em novembro de 2019 e a avaliação de desempenho entrado em vigor a partir de 2020<sup>6</sup>, houve uma expansão considerável entre os anos avaliados<sup>20</sup>. Deve-se ainda considerar que a mudança no cálculo do indicador do programa em 2022, em relação aos anos de 2018 a 2021, pode ter sido um fator de superestimação do resultado. Ao considerar o uso do denominador com as gestantes que receberam pré-natal (assistidas), em detrimento da população de gestantes (elegíveis), pode ter influenciado em quase o dobro da proporção entre 2021 e 2022.

De fato, o período gestacional torna-se mais seguro com o acompanhamento odontológico<sup>21,22</sup>. No entanto, o resultado positivo do indicador pode estar restrito apenas a ida da gestante uma única vez ao cirurgião-dentista, ou seja, preocupado com a quantidade de gestantes que visitaram, mas não realmente com gestantes atendidas ou acompanhadas. Por isso, o indicador pode não condizer com a real qualidade do serviço ofertado<sup>23</sup>. Nesse sentido, o indicador deveria ser repensado na lógica da resolutividade, por meio do atendimento às necessidades odontológicas individuais das gestantes, com valorização da promoção de saúde e da intervenção em momento oportuno. Por isso, nas diretrizes para prática clínica, recomenda-se ao menos uma consulta pré-natal odontológica, com foco

na individualidade de cada paciente, detecção de possíveis fatores de risco para desfecho adversos na gestação e promoção de saúde materno-infantil. Além de sugerir que os tratamentos odontológicos da AB não sejam limitados a um tipo de período gestacional, ficando a critério do cirurgião-dentista a avaliação minuciosa da relação risco-benefício<sup>24</sup>.

Além disso, ressalta-se que ao avaliar um programa de desempenho como o PPB, espera-se que haja outros indicadores para mensurar o acesso e qualidade do serviço na AB, principalmente para saúde bucal, pois ao se restringir apenas a uma atividade ou um público-alvo, neste caso gestantes, pode descontinuar outras atividades ou a desassistência a outros públicos prioritários. Os dados aqui apresentados devem ser analisados para além da sua finalidade, ao conceber que tem sido efetivo para induzir o atendimento odontológico à gestante, mas não necessariamente para efetuar realmente o pré-natal odontológico<sup>20</sup>, ou ainda, torna-se insuficiente para avaliar de forma ampla o desempenho da equipe de saúde bucal na AB<sup>23</sup>. Além disso, como um programa vinculado ao repasse de recursos financeiros<sup>14</sup>, o PPB deve ter um papel explícito na indução de indicadores pertinentes às realidades loco-regionais, seja como forma de estimular ou, ainda, para vigiar permanentemente o sistema complexo que é o SUS.

Entre os anos de 2020 e 2021, estima-se que o crescimento lento dos indicadores esteja relacionado à pandemia de Covid-19, pois a partir da segunda quinzena do mês de março de 2020, o estado da Bahia, como todos os outros estados brasileiros, passou a ter restrições de atendimento odontológico, acarretando um desafio global aos sistemas de saúde<sup>25</sup>. Ressalta-se que no primeiro momento da pandemia, vivia-se em um período de pouco conhecimento científico, amplo estímulo ao distanciamento físico e redução de circulação de pessoas. Por isso, principalmente pessoas com maior risco para [desenvolver] formas graves da Covid-19, como as gestantes, apresentaram receio à busca dos serviços de saúde

para atividades eletivas. Um estudo no Brasil demonstrou redução de 65% nas consultas pré-natal na AB no período pandêmico<sup>26</sup>, o que pode ter afetado ainda o atendimento odontológico à gestante, visto que o maior risco de contaminação no consultório do dentista é decorrente do processo de trabalho em vias aéreas superiores com a geração de aerossóis.

No entanto, cabe destacar que o Guia de Orientações para Atenção Odontológica no Contexto da Covid-19, publicado pelo MS em 2021<sup>27</sup>, preceitua que o pré-natal odontológico é um serviço considerado essencial e deve ser mantido mesmo no período de pandemia, sendo necessária a adoção de medidas para adaptação e melhor adequação das consultas odontológicas nesse momento, a saber: teleatendimento, consultas agendadas no mesmo dia do pré-natal médico e de enfermagem, priorizando horários com menor circulação de pessoas. Esses aspectos podem justificar em parte os resultados mais expressivos e o aumento considerável da proporção das gestantes atendidas após o ano de 2021, cuja melhora no cenário epidemiológico da pandemia possibilitou o retorno gradual da oferta de serviços odontológicos<sup>6</sup>, uma vez que muitos profissionais estavam afastados por condição de risco ou foram realocados para linha de frente da pandemia.

A maioria dos municípios baianos apresentou como característica sociodemográfica ser de pequeno porte, possuir desenvolvimento humano mediano, baixo PIB municipal *per capita*, alta desigualdade social e vulnerabilidade social. Resultados ruins no desempenho econômico, qualidade de vida, sustentabilidade e igualdade são esperados em países em desenvolvimento. No entanto, em países emergentes, como o Brasil, as discrepâncias tornam-se ainda piores, uma vez que mesmo apresentando bom desempenho econômico, apresenta indicadores sociais não satisfatórios<sup>28</sup>. Esses resultados são ainda mais discrepantes na lógica das regiões e, principalmente, entre os estados brasileiros<sup>28</sup>.

A Bahia é um estado localizado no Nordeste, região marcada historicamente pelas desigualdades sociais. Nesse sentido, nas últimas décadas, o

Brasil tem criado políticas públicas, inclusive de saúde, para reduzir o impacto das desigualdades sociais na saúde da população<sup>29</sup>. Por isso, no presente estudo, em relação às variáveis de serviços de saúde, os municípios baianos apresentaram alta Cobertura de Estratégia Saúde da Família e de Cobertura de Saúde Bucal<sup>16</sup>. No entanto, a busca pela universalidade dos cuidados básicos, inclusive de saúde bucal, e a maior oferta de ESF ainda precisa ser alcançada.

Entre os indicadores sociodemográficos, observou-se que os municípios com menor PIB municipal *per capita* apresentaram maior chance de atingir a meta de atendimento odontológico à gestante no último quadrimestre do ano de 2021. Esse resultado demonstra o atendimento ao princípio doutrinário do SUS de equidade, onde os municípios com menor renda apresentaram melhor desempenho do indicador. No Brasil, apesar da busca pelo princípio doutrinário da oferta universal onde todos têm direito ao acesso ao sistema, atualmente não há cobertura populacional da AB para 100% da população<sup>16</sup> e, por isso, há a necessidade de uma tomada de decisão de forma clara e baseada nas leis brasileiras, considerando as necessidades de saúde, aspectos epidemiológicos, demográficos, bem como a capacidade de oferecer serviços<sup>30</sup>.

Dentre os indicadores de serviço de saúde, os municípios com maior Cobertura de Estratégia Saúde da Família apresentaram maior chance de atingir a meta do indicador de atendimento odontológico tanto no último quadrimestre de 2021, como no de 2022. Nesse sentido, mesmo tendo uma variável específica no presente estudo sobre a Cobertura de Saúde Bucal, a maior cobertura de AB com modelo de ESF apresentou maior força de associação no bom desempenho municipal do indicador. Esse resultado reforça o resultado de uma revisão da literatura, que apontou a efetividade da ESF<sup>31</sup> como modelo de reorganização e reorientação da AB. Esses resultados positivos demonstram que o diferencial do processo de trabalho com articulação multiprofissional, ou seja, ao que parece um caminho de interprofissionalidade, com ênfase na lógica da promoção e prevenção

em saúde, apresenta resultados mais significativos para o cuidado em saúde da população, inclusive para atingir indicadores específicos por área de atuação, como neste caso, de saúde bucal. Levanta-se a hipótese que o trabalho em equipe multiprofissional concernente à ESF possibilita um planejamento estratégico por análise dos dados parciais dos indicadores ao longo do tempo e permite o estabelecimento de novas medidas para aumento da adesão de gestantes ao atendimento odontológico, tais como: grupos educativos para gestante, consulta em horário conjunto com demais profissionais da equipe, como médico e/ou enfermeiro, ou ainda visitas domiciliares, busca ativa no território ou ação conjunta com os Agentes Comunitários de Saúde, auxiliares e/ou técnicos de saúde bucal, dentre outros<sup>32</sup>.

Entre as limitações do estudo, está o uso de dados secundários de indicadores que foram gerados pela fonte de produção interessada, ou seja, pelas equipes de AB, que precisam e querem apresentar um bom desempenho, sendo assim, podem se tratar de dados superestimados e não verossímeis. Ainda, considerando a mudança do cálculo do indicador de atendimento odontológico, em 2021<sup>16</sup>, como forma de aprimoramento e melhoria do mesmo, deve-se pensar que os resultados dos quadrimestres de 2022 devem ser comparados com cautela aos quadrimestres de 2018 a 2021.

Outro aspecto que precisa ser considerado como limitação no estudo, trata-se do uso de indicadores contextuais em sua maioria calculados há mais de dez anos. Por isso, podem não traduzir a realidade atual dos municípios, em relação à atenção à saúde e o seu desempenho na AB. Além disso, a homogeneidade nas características sociodemográficas e de serviços de saúde nos municípios de um único estado, a Bahia, pode ter sido um fator que dificultou determinar as associações dos fatores contextuais. No entanto, o presente estudo demonstrou dados pertinentes às perspectivas avaliativas do programa e novas formas de agir diante dos seus resultados, pois aponta o perfil sociodemográfico e de serviço de saúde

dos municípios baianos que apresentaram melhor desempenho no único indicador de saúde bucal na AB.

Ressalta-se ainda que o presente estudo não apresenta validade externa e por isso estimula-se a realização de estudos em outros estados brasileiros, de maneira que a gestão em saúde bucal suporte suas práticas embasadas em evidências científicas contextualizadas com suas respectivas realidades loco-regionais.

## Conclusões

Houve melhora na proporção de gestantes com atendimento odontológico ao longo dos anos entre os municípios baianos. Sendo assim, o Previne Brasil tem tido um papel estimulador no atendimento odontológico entre gestantes.

Atingir a meta no indicador de desempenho de gestantes com atendimento odontológico foi associada ao fator socioeconômico, municípios com menor PIB municipal em 2021, e de serviço de saúde, com maior cobertura de ESF em 2021 e 2022.

Os dados demonstram que o SUS tem alcançado o princípio da equidade ao ter maior desempenho em municípios com menor renda, e da efetivação da ESF como modelo reestruturante da AB, ao verificar que o trabalho multiprofissional (ou neste caso, interprofissional) teve papel fundamental para atingir o indicador de saúde bucal.

## Colaboradores

Silva Junior MF (0000-0001-8837-5912)\* contribuiu para concepção do estudo, extração dos dados, análise dos dados, redação do artigo e revisão final do manuscrito. Saraiva ACL (0009-0003-5414-5803)\* contribuiu para concepção do estudo, extração dos dados e redação do manuscrito. Matos PES (0000-0003-3331-4607)\* contribuiu para concepção do estudo, redação do artigo e revisão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Nascimento ALC, Moura DM, Sá Júnior IC, et al. A importância do pré-natal odontológico na saúde do infante: uma revisão de literatura. *Rev Uningá*. 2021 [acesso em 2023 maio 1]; 58:eUJ3566. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/3566>.
2. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(5):e00110417. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>.
3. Brito GMS, Silva ACB, Gutiérrez MRS, et al. Percepción materna de la importancia de la atención estomatológica prenatal en la estrategia de salud familiar. *Humanidad Med*. 2022 [acesso em 2023 maio 1]; 22(2):386-406. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202022000200386](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202022000200386).
4. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008 [acesso em 2023 maio 1]; 29(2):238-45. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23595>.
5. Veiga AC, Medeiros LS, Backes DS, et al. Qualificação interprofissional da atenção pré-natal no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2023 [acesso em 2023 maio 1]; 28(4):993-1002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14402022>.
6. Carneiro MCF, Alves JP, Ramalho AKBM, et al. Análise da evolução dos indicadores de pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Estado da Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2021 [acesso em 2023 jun 12]; 25(4):721-34. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/60908/34483>.
7. Assis TR, Chagas VO, Goes RM, et al. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2019 [acesso em 2023 jun 12]; 13(4):843-53. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1595>.
8. Maciel SS. Avaliação de políticas públicas de saúde: em cena, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). [dissertação]. Natal: Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021. [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/45766>.
9. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2023 jun 12]; 25(4):1181-8. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/>.
10. Batiusta JAR. Análise de indicadores de desempenho em dois modelos de processo de trabalho na atenção primária em saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2023. [acesso em 2023 maio 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.17.2023.tde-10042023-130358>
11. Nóbrega WFS, Santos WL, Silva GCB, et al. Pré-natal durante a pandemia de COVID-19: uma análise dos indicadores do Previner Brasil e sua influência na incidência de sífilis congênita e em gestantes. *Vigil Sanit Debate*. 2023 [acesso em 2023 ago 5]; 11:e02116. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.02116>.
12. Cunha AA, Moraes MF. O pré-natal odontológico: contribuição da ESF, atendimento integral e conhecimento, uma revisão da literatura. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2022 [acesso em 2023 ago 5]; 26(3):671-80. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1399318>.
13. Pires CES, Trindade LLD, Cardoso MDC, et al. Previner Brasil: uma análise dos indicadores de desempenho do Distrito Federal nos anos de 2019 a 2021. [monografia]. Brasília, DF: Centro de Ensino Unifi-

- cado do Distrito Federal; 2019. [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://repositorio.up.edu.br/js-pui/handle/123456789/3293>.
14. Soares CS. Programa Previne Brasil: análise da mudança do modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde em municípios do estado de Minas Gerais. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022. [acesso em 2023 jun 12]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/48465>.
  15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Prévvia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico 2022 até 25 de dezembro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2022/Previa\\_da\\_Populacao/BA\\_POP2022.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/BA_POP2022.pdf).
  16. Brasil. Ministério da Saúde. SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Versão 2.1.240214. Brasília, DF: DATASUS. [data desconhecida]. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml>.
  17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Gini da renda domiciliar per capita - Bahia. Rio de Janeiro: IBGE; [2010]. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniba.def>.
  18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Relatório econômico. Brasília: Ipea/IBGE; 2014. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: <http://ivs.ipea.gov.br/index.php/pt/planilha>.
  19. Observatório Baiano de Regionalização. Salvador: OBR; [data desconhecida]. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/pri/desenhoTerritorial/macros>
  20. Gomes AA. Análise temporal do indicador de proporção de atendimento odontológico à gestante no Maranhão entre 2018 e 2021. [monografia]. Manaus: Universidade Federal de Manaus; 2022. [acesso em 2023 jul 15]. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/js-pui/handle/123456789/5619>.
  21. Carmo WDD. A importância do pré-natal odontológico. *Rev Cathedral*. 2020 [acesso em 2023 set 8]; 2(3):145-56. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/198/62>.
  22. Guimarães KA, Sousa GA, Costa MDMA, et al. Gestação e Saúde Bucal: Importância do pré-natal odontológico. *Res. Soc. Develop*. 2021 [acesso em 2023 set 12]; 10(1):e56810112234. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/12234>.
  23. Ferreira GSA, Salgado Junior W, Costa AL. Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 jun 12]; 43(123):1003-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912302>.
  24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2023 set 18]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pratica\\_odontologica\\_gestantes.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/pratica_odontologica_gestantes.pdf).
  25. Araújo EC, Monte PCB, Haber ANCA. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2018 [acesso em 2023 abr 23]; 9(1):33-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-62232018000100005>.
  26. Chisini LA, Castilhos ED, Costa FS, et al. Impacto da pandemia COVID-19 no Pré-natal, Diabetes e consulta médica no Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2021 [acesso em: 2023 jun 21]; 24:e210013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>.
  27. Nóbrega WFS, Santos WL, Silva GCB, et al. Pré-natal durante a pandemia de COVID-19: uma análise dos indicadores do Previne Brasil e sua influência na incidência de sífilis congênita e em gestantes. *Vigil Sanit*

- Debate. 2023 [acesso em 2023 fev 10]; 11:e02116. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.02116>.
28. Cristina MA. Desigualdade socioeconômica afeta mais municípios menos favorecidos? Cad Pesqui. 2017 [acesso em 2023 jul 17]; 47(164):470-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/198053144220>.
29. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde debate. 2018 [acesso em 2023 jan 8]; 42(1):18-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
30. Albuquerque MV, Viana ALÁ, Lima LD, et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciênc. saúde coletiva. 2017 [acesso em 2023 fev 19]; 22(4):1055-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>.
31. Gurgel Júnior GD, Leal EMM, Oliveira SRA, et al. Resource allocation for equity in Brazilian health care: a methodological model. Saúde debate. 2019 [acesso em 2022 dez 3]; 43(121):329-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912103>.
32. Saliba TA, Custódio LBM, Saliba NA, et al. Dental prenatal care in pregnancy. RGO (Porto Alegre). 2019 [acesso em 2023 jan 13]; 67:e20190061. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/9wcfhGdZq8y8xj5ZCQVQbF/?lang=en>.

---

Recebido em 14/08/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Jamilli Silva Santos

## Fatores psicossociais e Transtornos Mentais Comuns no teletrabalho do judiciário trabalhista na pandemia de Covid-19

*Psychosocial factors and common mental disorders in telework in the labor judiciary during the COVID-19 pandemic*

Fauzi El Kadri Filho<sup>1</sup>, Sérgio Roberto de Lucca<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408895P

**RESUMO** O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre os fatores psicossociais no teletrabalho e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TCM) em um órgão do judiciário trabalhista brasileiro durante a pandemia de Covid-19. Foi realizado um estudo transversal com 119 magistrados e 934 servidores entre agosto e outubro de 2021. Os fatores psicossociais do trabalho foram avaliados por meio dos domínios de demandas, controle e suporte social da versão revisada do Maastricht Upper Extremity Questionnaire e os TCM foram avaliados por meio do Self-Reporting Questionnaire. As razões de prevalência de TCM de acordo com os fatores psicossociais do trabalho foram obtidas por meio de regressão de Poisson com variância robusta. Magistrados e servidores apresentaram prevalências de TCM de 45,38% e 36,94%, respectivamente, considerando o ponto de corte 6/7. As maiores prevalências de TCM foram associadas ao trabalho de alta exigência, especialmente quando o suporte social foi mais baixo nos dois grupos. Os resultados deste estudo sugerem ao judiciário e a outros setores a necessidade de desenvolver ações visando à redução das demandas de trabalho e à promoção de suporte social adequado para a preservação da saúde mental no teletrabalho.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde ocupacional. Condições de trabalho. Estresse ocupacional. Sintomas psíquicos. Teletrabalho.

**ABSTRACT** *The aim of this study was to assess the relationship between psychosocial factors in telework and the prevalence of common mental disorders in a Brazilian labor court during the COVID-19 pandemic. A cross-sectional study was carried out with 119 judges and 934 civil servants between August and October 2021. The psychosocial work factors were assessed using the domains of demands, control and social support of the revised version of the Maastricht Upper Extremity Questionnaire and common mental disorders were assessed using the Self-Reporting Questionnaire. The prevalence ratios of common mental disorders according to psychosocial work factors were obtained using Poisson regression with robust variance. Judges and civil servants had a prevalence of common mental disorders of 45.38% and 36.94%, respectively, considering the 6/7 cut-off point. The highest prevalences of common mental disorders were associated with high work demands, especially when social support was lower in both groups. The results of this study suggest to the judiciary and other sectors the need to develop actions aimed at reducing work demands and promoting adequate social support to preserve mental health in teleworking.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.  
fauzikadri81@gmail.com

**KEYWORDS** Occupational health. Working conditions. Occupational stress. Psychic symptoms. Teleworking.



## Introdução

A pandemia de Covid-19 impôs aos trabalhadores e às organizações públicas e privadas um enorme desafio diante da recomendação do distanciamento social como medida necessária para prevenção do contágio pelo novo coronavírus. Neste contexto, o teletrabalho se apresentou como uma alternativa para a manutenção das atividades produtivas que podiam ser realizadas a partir de casa com o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e apresentou um crescimento sem precedentes em todo o mundo e no Brasil<sup>1,2</sup>.

Mesmo em casos como o do judiciário federal brasileiro em que o teletrabalho já vinha sendo implementado de forma regulamentada nos últimos anos, sua ampliação em decorrência da pandemia foi associada à falta de perspectiva quanto ao retorno ao trabalho presencial e, em muitos casos, à falta de estrutura adequada em casa para trabalhar e ao compartilhamento do espaço de trabalho em casa com a família<sup>3</sup>. Desta forma, a adoção ou intensificação abrupta do teletrabalho submeteu os trabalhadores a condições desafiadoras com potenciais alterações nos fatores psicossociais do trabalho neste contexto<sup>4</sup>.

O modelo Demanda-Controle-Suporte Social (DCS) proposto por Karasek<sup>5</sup> e complementado por Johnson e Hall<sup>6</sup> apresenta três dimensões relacionadas à forma de organização do trabalho que podem estar relacionadas ao adoecimento entre os trabalhadores. Demandas são as exigências do trabalho de natureza psicológica relacionadas ao tempo, à velocidade, à produtividade e aos conflitos por cobranças contraditórias; o controle está relacionado à autonomia do trabalhador sobre o seu trabalho, à possibilidade de tomar decisões e desenvolver suas habilidades; enquanto o suporte social se refere à relação de colaboração com os colegas e a chefia na realização do trabalho<sup>7</sup>. Enquanto elevadas demandas de trabalho e reduzido controle sobre o trabalho apresentam-se como fatores de risco para o adoecimento, o suporte social

adequado apresenta-se como um fator protetor para a saúde do trabalhador<sup>5-7</sup>.

No teletrabalho, a maior autonomia e flexibilidade quanto aos horários e às atividades de trabalho podem favorecer a realização de pausas para descanso e uma jornada de trabalho mais bem distribuída ao longo do dia, ao mesmo tempo em que podem implicar uma jornada de trabalho mais extensa com relação ao trabalho presencial, de acordo com a exiguidade de prazos e o aumento das demandas de trabalho<sup>8</sup>. Ao mesmo tempo em que o distanciamento da empresa pode implicar um menor número de interrupções das atividades de trabalho por parte dos colegas e da chefia, pode levar também a um isolamento do trabalhador e à uma redução do suporte social<sup>9,10</sup>.

Muitos estudos associam os fatores psicossociais do trabalho ao adoecimento e à redução do bem-estar e da capacidade de trabalho entre os trabalhadores ativos, assim como ao afastamento por transtornos mentais relacionados ao trabalho e a maioria deles apontam para associação entre alta exigência (elevada demanda e baixo controle) associada a reduzido suporte social e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre trabalhadores de diversas categorias profissionais<sup>11-18</sup>. Os TMC designam sinais e sintomas depressivos e ansiosos, caracterizados por quadros clínicos inespecíficos e não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas como cefaleia, dor estomacal e falta de apetite<sup>19,20</sup>. Além dos fatores de risco ocupacionais, a prevalência de TMC é reconhecidamente mais elevada em indivíduos do sexo feminino, indivíduos sedentários e aqueles com doenças crônicas, entre outras condições<sup>21-23</sup>.

Algumas condições de teletrabalho durante a pandemia de Covid-19 foram relacionadas à uma elevada prevalência de distúrbios do sono e níveis elevados de sintomas de ansiedade e depressão<sup>24</sup>. Diversos estudos apontaram para um potencial risco à saúde mental dos trabalhadores neste período em decorrência

da intensificação do uso das TICs, elevadas demandas de trabalho, dificuldades em conciliar a vida profissional e familiar, isolamento social e condições inadequadas de trabalho em casa, como falta de um espaço para trabalhar, além de preocupações com a saúde em decorrência da própria pandemia<sup>25-29</sup>.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi avaliar as relações entre os fatores psicossociais no teletrabalho e a ocorrência de TMC entre magistrados e servidores de um órgão do judiciário trabalhista brasileiro durante a pandemia de Covid-19.

## Material e métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal de abordagem quantitativa junto aos magistrados e servidores de um Tribunal Regional do Trabalho (TRT) entre agosto e outubro de 2021, período em que havia recomendação administrativa para a permanência em teletrabalho em decorrência da pandemia de Covid-19.

Foram convidados para participar da pesquisa todos os 396 magistrados em atividade no TRT no período e 2849 servidores de áreas judiciárias e administrativas cuja atividade de trabalho não tivesse sido substancialmente modificada em razão do teletrabalho com relação às atividades realizadas anteriormente em trabalho presencial. Neste sentido, não foram incluídos os servidores das áreas de saúde, segurança e oficiais de justiça. Magistrados e servidores com menos de um ano de trabalho na instituição e aqueles em férias ou em licença foram orientados a não participar do estudo. Foram excluídos os indivíduos que não concluíram o preenchimento dos instrumentos.

O convite para participar da pesquisa foi enviado ao e-mail institucional dos magistrados e servidores com um *link* de direcionamento para a plataforma on-line SurveyMonkey por meio da qual os questionários da pesquisa foram apresentados. As informações básicas sobre a pesquisa foram apresentadas na página

inicial do formulário, seguidas pela apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis sociodemográficas e ocupacionais foram coletadas por meio de um questionário elaborado especificamente para a pesquisa, contendo informações sobre idade, sexo, estado civil, número de coabitantes, existência de coabitantes sob cuidado direto do participante, prática de atividade física regular, peso, altura, tempo de trabalho na instituição, carga horária semanal de trabalho, existência de um espaço reservado em casa para trabalhar e presença de doença causadora de dor osteomuscular.

Os fatores psicossociais do trabalho foram avaliados por meio dos domínios de demandas, controle e suporte social da versão revisada validada para o português brasileiro do Maastricht Upper Extremity Questionnaire (MUEQ-Br revisado)<sup>30</sup>. Os domínios do instrumento referentes aos fatores psicossociais do trabalho derivam do Job Content Questionnaire (JCQ), baseando-se, portanto, no modelo DCS<sup>31</sup>. O domínio de demandas é composto por sete questões que abordam a pressão percebida para realização do trabalho, a exiguidade de prazos e a dificuldade para conclusão das tarefas de trabalho. O domínio de controle sobre o trabalho é formado por nove questões que envolvem a percepção do trabalhador sobre sua autonomia na forma de realizar as tarefas de trabalho, seu poder de decisão sobre as tarefas e o desenvolvimento de habilidades no trabalho. O domínio de suporte social avalia, por meio de sete questões, como se dá a relação de apoio com os colegas e supervisores, além da percepção do trabalhador sobre a fluidez e o ambiente de trabalho<sup>30</sup>. O domínio de demandas apresenta as seguintes opções de resposta e pontuações: sempre (3), frequentemente (2), às vezes (1) raramente (0) e nunca (0), podendo pontuar de 0 a 21. Já os domínios de controle e suporte social apresentam as mesmas opções de resposta, mas com pontuações invertidas: sempre (0), frequentemente (1), às vezes (2) raramente (1) e nunca (0).

e nunca (3), podendo pontuar de 0 a 27 e de 0 a 21, respectivamente. No entanto, a pontuação do domínio de demandas é corrigida na elaboração do resultado, implicando que, para os três domínios, resultados numericamente mais altos representam risco mais elevado de adoecimento<sup>30,31</sup>.

Para a elaboração das categorias do modelo Demanda-Controlle (DC), a mediana de cada domínio foi utilizada como ponto de corte, sendo que as categorias de baixo risco incluíram a mediana nos dois domínios e as categorias de alto risco incluíram valores acima das medianas. Desta forma, foram obtidas as quatro combinações do modelo parcial DC: baixa exigência (baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e alta exigência (alta demanda e baixo controle)<sup>7</sup>. O suporte social foi posteriormente incluído em cada uma das categorias do modelo parcial, de forma que cada uma foi dividida de acordo com o risco representado por este domínio, resultando em oito combinações no modelo completo DCS.

A prevalência de TMC foi avaliada por meio da versão brasileira do Self Report Questionnaire – SRQ-20<sup>32</sup>. O SRQ-20 é um instrumento desenvolvido por Harding et al.<sup>33</sup>, que visa detectar TMC como ansiedade, depressão, reações psicossomáticas, irritação e cansaço mental. O SRQ-20 é composto por 20 questões que avaliam a presença ou ausência de sintomas físicos e psíquicos, apresentando um escore total que representa o total de respostas positivas (0 a 20). De acordo com Iacoponi e Mari<sup>34</sup>, as 20 questões do instrumento podem ser distribuídas na composição de quatro dimensões: sintomas somáticos (6), humor depressivo-ansioso (4), pensamentos depressivos (4) e decréscimo de energia vital (6). Ainda que se trate de um instrumento de rastreio e avaliação de sintomas, e não de diagnóstico, alguns estudos determinaram pontos de corte no resultado do SRQ-20 que se relacionam com a detecção de casos por meio de comparação com entrevista psiquiátrica

padronizada<sup>32,35,36</sup>. Neste estudo, consideramos o ponto de corte 6/7 mais comumente utilizado para determinação de sofrimento psíquico em ambos os sexos, ou seja, consideramos os casos aqueles com resposta positiva em sete ou mais questões do SRQ-20<sup>14-16,37</sup>.

Foram feitas análises descritivas das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, dos fatores psicossociais e da prevalência de TMC entre magistrados e servidores. Estas variáveis foram apresentadas por meio de tabelas de frequência com valores absolutos (n) e percentuais (%) e medidas de tendência central e dispersão. As medidas de Razões de Prevalência (RP) de TMC de acordo com os fatores psicossociais e as categorias dos modelos DC e DCS e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%) foram obtidas por meio de regressão de Poisson com variância robusta com seleção *stepwise*. Foram apresentadas as razões de prevalências brutas e ajustadas de acordo com a significância das variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Foram utilizados o SAS versão 9.4 e o *Software R* para as análises. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) sob o parecer 4.862.756/2021. Os participantes somente puderam aderir ao estudo e terem seus dados utilizados mediante concordância com um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado na página inicial da pesquisa, sem a qual não era possível o acesso aos questionários.

## Resultados e discussão

Foram analisados os dados de 119 magistrados e 934 servidores. Foram excluídos 7 magistrados e 71 servidores que não completaram o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e 9 servidores não aceitaram participar da pesquisa. A proporção de participantes em teletrabalho integral foi de 94,96% entre os

magistrados e de 90,15% entre os servidores, enquanto os demais participantes estavam realizando teletrabalho parcial.

Magistrados e servidores apresentaram média de idade de 48,02 e 45,94 anos, respectivamente. Entre os magistrados, houve uma distribuição equilibrada de acordo com o sexo, enquanto entre os servidores predominaram as mulheres. A maioria dos participantes dos dois grupos eram casados e apenas uma pequena parcela deles moravam sozinhos. A maioria dos participantes dos dois grupos referiram realizar atividade física regular e o tempo de trabalho no tribunal foi próximo de 16 anos, em média. A carga horária semanal de trabalho

entre os magistrados foi de 46,40 (8,85) horas, enquanto para os servidores foi de 39,8 (5,72) horas. Aproximadamente 80% dos magistrados e 71% dos servidores referiram ter um espaço reservado para trabalhar em casa e em torno de metade dos participantes dos dois grupos avaliaram o posto de trabalho em casa como bom ou muito bom. Pouco mais da metade dos servidores referiram preferência pelo teletrabalho, enquanto aproximadamente um quarto dos magistrados apontaram esta preferência. Em ambos os grupos, em aproximadamente um quarto dos participantes referiram doença causadora de dor osteomuscular (*tabela 1*).

Tabela 1. Análise descritiva das características sociodemográficas e ocupacionais entre magistrados e servidores. Estado de São Paulo, 2021

Variáveis	Magistrados n (%) ou Média (DP)	Servidores n (%) ou Média (DP)
<b>Idade (anos)</b>	<b>48,02 (8,40)</b>	<b>45,94 (8,37)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	58 (48,74)	570 (61,03)
Masculino	61 (51,26)	364 (38,97)
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	6 (5,04)	165 (17,67)
Casado(a)	95 (79,83)	647 (69,27)
Separado(a)/Divorciado(a)	16 (13,45)	110 (11,77)
Viúvo(a)	2 (1,68)	12 (1,29)
<b>Coabitantes</b>		
Não	7 (5,88)	111 (11,88)
Sim	112 (94,12)	823 (88,12)
<b>Coabitantes sob cuidado</b>		
Não	65 (54,62)	579 (61,99)
Sim	54 (45,38)	355 (38,01)
<b>Atividade física regular</b>		
Não	30 (25,21)	362 (38,76)
Sim	89 (74,79)	572 (61,24)
<b>IMC</b>	<b>26,13 (4,49)</b>	<b>25,91 (4,36)</b>
<b>Anos de trabalho no TRT</b>	<b>16,05 (8,33)</b>	<b>15,69 (9,04)</b>
<b>Carga horária semanal de trabalho</b>	<b>46,40 (8,85)</b>	<b>39,85 (5,72)</b>

Tabela 1. Análise descritiva das características sociodemográficas e ocupacionais entre magistrados e servidores. Estado de São Paulo, 2021

Variáveis	Magistrados n (%) ou Média (DP)	Servidores n (%) ou Média (DP)
<b>Espaço reservado em casa para trabalhar</b>	<b>95 (79,83)</b>	<b>661 (70,77)</b>
<b>Posto de trabalho em casa</b>		
Muito ruim	5 (4,20)	30 (3,21)
Ruim	17 (14,29)	79 (8,46)
Regular	39 (32,77)	303 (32,44)
Bom	44 (36,97)	344 (36,83)
Muito bom	14 (11,76)	178 (19,06)
<b>Modalidade preferida</b>		
Presencial	18 (15,13)	69 (7,39)
Teletrabalho	32 (26,89)	502 (53,75)
Híbrido	69 (57,98)	363 (38,87)
<b>Doença com dor osteomuscular</b>	<b>30 (25,21)</b>	<b>223 (23,88)</b>
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>934</b>

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa, 2021.

DP = Desvio Padrão; IMC = Índice de Massa Corporal.

Entre os magistrados, a ausência de prática regular de atividade física e a avaliação negativa do posto de trabalho em casa foram associadas significativamente a prevalências mais elevadas de TMC nas análises simples e incluídas nas análises múltiplas como variáveis independentes iniciais. Entre os servidores, sexo feminino, Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, ausência de prática regular de atividade física, maior tempo de trabalho, carga horária semanal de trabalho mais elevada, ausência de um espaço reservado em casa para trabalhar, avaliação negativa do posto de trabalho em casa, preferência pelo trabalho presencial e presença de doença causadora de dor osteomuscular foram associadas significativamente a prevalências mais elevadas de TMC nas análises simples e incluídas nas análises múltiplas como variáveis independentes iniciais.

Apenas a avaliação do posto de trabalho em casa permaneceu associada à prevalência mais alta de TMC entre os magistrados quando as características sociodemográficas

e ocupacionais foram analisadas junto aos fatores psicossociais do trabalho. Neste grupo, os participantes que referiram que o posto de trabalho era muito ruim, ruim ou regular apresentaram prevalência maior de TMC com relação aos que avaliaram o posto de trabalho como bom ou muito bom. Entre os servidores no presente estudo, as mulheres, os participantes que não realizavam atividade física regular, aqueles sem um espaço reservado em casa para trabalhar e aqueles que referiram doença causadora de dor osteomuscular apresentaram prevalências de TMC significativamente mais elevadas. No mesmo sentido, outros estudos observaram maior prevalência de TMC entre os participantes do sexo feminino mesmo em condições de trabalho presencial<sup>11,17</sup> e entre aqueles que não realizavam atividade física regular ou que referiram doenças crônicas<sup>12,37</sup>.

Estudo realizado durante os primeiros meses da pandemia de Covid-19 junto à população europeia observou que os participantes do sexo feminino e aqueles que não realizavam atividade física regularmente apresentaram

prevalência significativamente maior de sintomas psicológicos<sup>38</sup>. O estudo de Bertino et al.<sup>39</sup> apontou prevalências mais elevadas de depressão, ansiedade, estresse e insônia entre teletrabalhadores sem um espaço adequado em casa para trabalhar. De acordo com este estudo, viver com outras pessoas e manter contato frequente com os colegas de trabalho representaram fatores protetores à saúde mental dos participantes e favoreceram a preferência pelo teletrabalho.

Quanto aos fatores psicossociais do trabalho, para os magistrados, as questões do domínio de demandas referentes à pressão por tempo, à carga de trabalho ou à dificuldade das tarefas representaram um risco elevado para aproximadamente 65% dos participantes. Neste grupo, destacaram-se também como risco mais elevado as questões do domínio

de suporte social relativas à impossibilidade de questionar no trabalho (27,73%) e de contar com o apoio dos supervisores em caso de cometer algum erro no trabalho (41,18%). Entre os servidores, dificuldades para terminar as tarefas no prazo, excessiva carga de trabalho ou dificuldades nas tarefas representaram risco elevado para aproximadamente 40% dos participantes. Nos dois grupos, menor autonomia quanto à participação na tomada de decisões e baixa variedade de tarefas representaram risco elevado para aproximadamente 20% dos participantes. As questões do domínio de suporte social representaram risco mais baixo entre os servidores, sendo que para as questões referentes ao relacionamento ou ao suporte dos colegas e da chefia o risco foi elevado para menos de 5% dos participantes (tabela 2).

Tabela 2. Fatores psicossociais de acordo com os domínios de demanda, controle e suporte social do MUEQ-Br-revisado entre magistrados e servidores. Estado de São Paulo, 2021

Fatores psicossociais	Magistrados n (%)	Servidores n (%)
<b>Demandas (Frequentemente e sempre)</b>		
Eu trabalho sob extrema pressão	79 (66,39)	262 (28,05)
Eu encontro dificuldade em terminar minhas tarefas a tempo	52 (43,70)	210 (22,48)
Eu faço hora extra para terminar minhas tarefas	60 (50,42)	289 (30,94)
Eu não tenho tempo suficiente para terminar minha tarefa de trabalho	47 (39,83)	225 (24,09)
No trabalho eu corro para terminar minhas tarefas no prazo	78 (65,55)	369 (39,51)
Eu encontro em meu trabalho tarefas difíceis	77 (65,25)	382 (40,90)
Eu tenho tarefas de trabalho demais	80 (67,80)	356 (38,12)
<b>Controle (Raramente e nunca)</b>		
Eu decido como realizar minhas tarefas de trabalho	6 (5,04)	83 (8,89)
Eu participo com os outros na tomada de decisões	23 (19,33)	225 (24,09)
Eu decido minha rotina de tarefas	8 (6,72)	76 (8,14)
Eu determino o tempo e a velocidade das tarefas	9 (7,56)	95 (10,17)
Eu resolvo problemas de trabalho sozinho	2 (1,68)	85 (9,10)
Meu trabalho aprimora minhas habilidades	6 (5,04)	74 (7,92)
No trabalho eu aprendo coisas novas	8 (6,72)	56 (6,00)
Eu tenho que ser criativo em meu trabalho	8 (6,72)	120 (12,85)
Eu realizo tarefas variadas em meu trabalho	26 (21,85)	207 (22,16)

Tabela 2. Fatores psicossociais de acordo com os domínios de demanda, controle e suporte social do MUEQ-Br-revisado entre magistrados e servidores. Estado de São Paulo, 2021

Fatores psicossociais	Magistrados n (%)	Servidores n (%)
<b>Suporte social (Raramente e nunca)</b>		
O trabalho flui tranquilamente	19 (15,97)	76 (8,14)
Eu posso perguntar e questionar em meu trabalho	33 (27,73)	46 (4,93)
Meu ambiente de trabalho é confortável	8 (6,72)	38 (4,07)
Se eu cometer algum erro eu tenho suporte dos meus colegas	24 (20,17)	46 (4,93)
Se eu cometer algum erro eu tenho suporte dos meus supervisores	49 (41,18)	34 (3,64)
Meus colegas são amigáveis	4 (3,36)	5 (0,54)
Meus supervisores são amigáveis	19 (15,97)	18 (1,93)
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>934</b>

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa, 2021.

Aproximadamente dois terços dos magistrados referiram que frequentemente ou sempre trabalhavam sob extrema pressão, tinham necessidade de correr para terminar as tarefas no prazo, tinham tarefas de trabalho demais ou encontravam tarefas difíceis em seu trabalho. A elevada demanda de trabalho foi associada ao fato de que 41% dos participantes referiram que raramente ou nunca tinham suporte dos supervisores caso cometessem algum erro em seu trabalho e que 28% referiram não poder perguntar ou questionar em seu trabalho.

À medida que o trabalho com elevadas demandas psicológicas e reduzido suporte dos colegas e da chefia representa risco mais elevado de adoecimento entre os trabalhadores, estes resultados podem explicar a elevada prevalência de sofrimento psíquico entre os magistrados<sup>7,40</sup>. O nível reduzido de suporte social percebido por estes participantes vai ao encontro dos resultados observados por Ipsen et al.<sup>41</sup>. Estes autores demonstraram que os profissionais em posição de chefia referiram reduzido suporte organizacional no contexto do teletrabalho realizado durante a pandemia de Covid-19. Além disso, os magistrados ocupam uma posição de chefia com relação aos servidores com quem trabalham e têm hierarquicamente acima de si apenas a administração do tribunal, para a qual prestam contas com

relação às metas de produtividade. A maior cobrança de produtividade, as elevadas demandas cognitivas e a falta de suporte social por parte dos colegas e da própria corregedoria são fatores psicossociais que contribuem para o adoecimento psíquico deste grupo.

Quanto aos servidores, ainda que aproximadamente 40% dos participantes deste grupo tenham referido que corriam para terminar as tarefas no prazo, tinham tarefas de trabalho demais ou que encontravam em seu trabalho tarefas difíceis, o bom nível de apoio dos colegas e dos supervisores deve ter representado um fator protetor. De acordo com Bentley et al.<sup>42</sup>, níveis mais elevados de suporte social foram relacionados à redução da sensação de isolamento, à maior satisfação com o trabalho e à menor tensão psicológica na condição de teletrabalho.

Sensação de nervosismo, tensão ou preocupação foi a questão com maior prevalência em ambos os grupos, tendo sido apontada por 78,15% dos magistrados e 67,34% dos servidores nos últimos 30 dias. Outra questão que compõe a dimensão de humor depressivo/ansioso e que apresentou prevalência elevada foi aquela relativa à sensação de tristeza, atingindo prevalência acima de 40% nos dois grupos. Na dimensão de sintomas somáticos, destacou-se a dificuldade para dormir, com

prevalência entre 54,62% dos magistrados e 44,97% dos servidores. Quanto à dimensão de decréscimo de energia vital, 52,10% dos magistrados e 39,72% dos servidores referiram dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias. Uma proporção menor dos participantes nos dois grupos respondeu positivamente às questões da dimensão de

pensamentos depressivos, com destaque para a perda de interesse pelas coisas entre 31,09% dos magistrados e 25,91% dos servidores. Considerando o ponto de corte 6/7, a prevalência de sofrimento psíquico foi de 45,38% entre os magistrados e de 36,94% entre os servidores (tabela 3).

Tabela 3. Prevalência dos sintomas de Transtornos Mentais Comuns de acordo com o SRQ-20 entre magistrados e servidores. Estado de São Paulo, 2021

Sintomas	Magistrados n (%)	Servidores n (%)
<b>Sintomas somáticos</b>		
Dores de cabeça frequentemente	41 (34,45)	301 (32,23)
Falta de apetite	12 (10,08)	66 (7,07)
Dorme mal	65 (54,62)	420 (44,97)
Costuma sentir tremores nas mãos	21 (17,65)	120 (12,85)
Má digestão	32 (26,89)	243 (26,02)
Sensações desagradáveis no estômago com facilidade	40 (33,61)	241 (25,80)
<b>Humor depressivo</b>		
Assusta-se com facilidade	28 (23,53)	252 (26,98)
Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	93 (78,15)	629 (67,34)
Tem se sentido triste ultimamente	57 (47,90)	374 (40,04)
Tem chorado mais do que costume	27 (22,69)	163 (17,45)
<b>Pensamentos depressivos</b>		
Incapacidade de desempenhar um papel útil em sua vida	8 (6,72)	58 (6,21)
Perda de interesse pelas coisas	37 (31,09)	242 (25,91)
Sensação de inutilidade	3 (2,52)	53 (5,67)
Pensamento de acabar com sua vida já passou pela cabeça	19 (15,97)	107 (11,46)
<b>Decréscimo de energia vital</b>		
Dificuldades de pensar com clareza	33 (27,73)	249 (26,66)
Dificuldades para realizar com satisfação as atividades diárias	62 (52,10)	371 (39,72)
Dificuldades para tomar decisões	23 (19,33)	252 (26,98)
Dificuldades no trabalho ou nos estudos	53 (44,54)	298 (31,91)
Sensação de cansaço o tempo todo	50 (42,02)	323 (34,58)
Cansaço com facilidade	47 (39,50)	353 (37,79)
Sofrimento psíquico (resultado $\geq$ 7)	54 (45,38)	345 (36,94)
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>934</b>

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa, 2021.

O sintoma mais frequentemente referido neste estudo foi a sensação de nervosismo, tensão ou preocupação, que compõe a dimensão de humor depressivo-ansioso, no mesmo sentido do que foi observado em estudo de base populacional em que este sintoma também foi referido por aproximadamente 70% dos participantes<sup>43</sup>. No entanto, destacaram-se no presente estudo os sintomas relacionados à dificuldade para dormir na dimensão de sintomas somáticos, especialmente entre os magistrados, e ao pensamento de acabar com a própria vida na dimensão de sintomas depressivos, tanto entre servidores quanto magistrados.

Entre os magistrados, a proporção de participantes que referiram dificuldades para dormir foi muito superior aos resultados dos estudos de Carmo et al.<sup>43</sup> e Guirado et al.<sup>44</sup>, realizados entre trabalhadores de outras categorias profissionais, anteriores à pandemia. O fato de o teletrabalho no contexto da pandemia apontar elevada prevalência de TMC entre os servidores do judiciário trabalhista, especialmente entre os magistrados, pode estar relacionado ao isolamento e a dificuldades na conciliação entre atividades domésticas e familiares neste período, que se somaram às atividades de trabalho em casa e podem ter contribuído para o elevado sofrimento psíquico verificado nos dois grupos.

Nos estudos realizados anteriormente à pandemia, foram observadas prevalências de sofrimento psíquico de 19% entre professores e 25% entre cirurgiões-dentistas<sup>38</sup>, de 21% entre trabalhadores da atenção básica à saúde<sup>14,15</sup>, de 20% a 33% entre trabalhadoras da saúde<sup>16,18,20</sup>. Prevalências mais próximas e até

mesmo superiores àquelas observadas entre servidores e magistrados em nosso estudo foram verificadas entre trabalhadores da saúde (43%)<sup>45</sup> e entre professores da educação infantil e ensino fundamental (53%)<sup>11</sup>. O estudo de revisão sistemática e meta-análise realizado por Coledam et al.<sup>46</sup> verificou prevalência global de sofrimento psíquico entre trabalhadores brasileiros em torno de 30%, sendo que categorias como bancários e professores apresentaram prevalências mais próximas àquelas observadas entre magistrados e servidores, respectivamente.

Nas análises múltiplas, quanto aos fatores psicossociais, a prevalência de TMC foi significativamente associada ao baixo controle entre os magistrados e à alta demanda, ao baixo controle e ao baixo suporte social entre os servidores. Considerando o modelo DC em que o trabalho com baixa exigência foi utilizado como categoria de referência, o sofrimento psíquico foi significativamente associado ao trabalho passivo e ao trabalho com alta exigência entre os magistrados e ao trabalho passivo, trabalho ativo e trabalho com alta exigência entre os servidores. No modelo DCS em que o trabalho de baixa exigência associado a elevado suporte social foi utilizado como categoria de referência, o sofrimento psíquico foi significativamente associado às categorias de trabalho passivo e de alta exigência, independentemente do suporte social entre os magistrados. Entre os servidores, a relação foi significativa com todas as demais categorias. Nas quatro categorias do modelo DC em ambos os grupos o alto suporte social representou redução de risco com relação ao suporte social reduzido (*tabelas 4 e 5*).

Tabela 4. Razões de prevalência brutas e ajustadas de sofrimento psíquico de acordo com os fatores psicossociais, o modelo parcial DC e o modelo DCS entre os magistrados (n = 119). Estado de São Paulo, 2021

Fatores psicossociais	n	%	RP	IC95%	RP*	IC95%
<b>Demanda (D)</b>						
Baixa	26	40,63	1,00	-	1,00	-
Alta	28	50,91	1,25	0,85-1,86	1,23	0,85-1,79
<b>Controle (C)</b>						
Baixo	35	60,34	1,94	1,26-2,97	1,88	1,26-2,83
Alto	19	31,15	1,00	-	1,00	-
<b>Suporte social (S)</b>						
Baixo	27	58,70	1,59	1,08-2,33	1,41	0,96-2,06
Alto	27	36,99	1,00	-	1,00	-
<b>Modelo DC</b>						
Baixa exigência (BE)	8	23,53	1,00	-	1,00	-
Trabalho passivo (TP)	18	60,00	2,55	1,30-5,00	2,35	1,23-4,49
Trabalho ativo (TA)	11	40,74	1,73	0,81-3,69	1,61	0,79-3,25
Alta exigência (AE)	17	60,71	2,58	1,31-5,07	2,48	1,31-4,70
<b>Modelo DCS</b>						
BE + Alto S	6	21,43	1,00	-	1,00	-
BE + Baixo S	2	33,33	1,56	0,41-5,91	1,31	0,38-4,53
TP + Alto S	9	52,94	2,47	1,07-5,72	2,44	1,09-5,48
TP + Baixo S	9	69,23	3,23	1,46-7,17	2,57	1,16-5,71
TA + Alto S	5	31,25	1,46	0,53-4,03	1,36	0,53-3,52
TA + Baixo S	6	54,55	2,55	1,04-6,21	2,18	0,94-5,06
AE + Alto S	7	58,33	2,72	1,16-6,40	2,54	1,11-5,80
AE + Baixo S	10	62,50	2,92	1,31-6,52	2,72	1,26-5,86

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa, 2021.

\*Ajustada para a avaliação do posto de trabalho em casa.

RP = Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

Tabela 5. Razões de prevalência brutas e ajustadas de sofrimento psíquico de acordo com os fatores psicossociais, o modelo parcial DC e o modelo DCS entre os servidores (n = 934). Estado de São Paulo, 2021

Fatores psicossociais	n	%	RP	IC95%	RP*	IC95%
<b>Demanda (D)</b>						
Baixa	120	24,54	1,00	-	1,00	-
Alta	225	50,56	2,06	1,72-2,47	1,75	1,46-2,08
<b>Controle (C)</b>						
Baixo	193	46,28	1,57	1,33-1,86	1,42	1,20-1,67
Alto	152	29,40	1,00	-	1,00	-
<b>Suporte social (S)</b>						
Baixo	195	61,32	2,52	2,14-2,97	2,27	1,93-2,67
Alto	150	24,35	1,00	-	1,00	-

Tabela 5. Razões de prevalência brutas e ajustadas de sofrimento psíquico de acordo com os fatores psicossociais, o modelo parcial DC e o modelo DCS entre os servidores (n = 934). Estado de São Paulo, 2021

Fatores psicossociais	n	%	RP	IC95%	RP*	IC95%
<b>Modelo DC</b>						
Baixa exigência (BE)	50	17,67	1,00	-	1,00	-
Trabalho passivo (TP)	70	33,98	1,92	1,40-2,64	1,76	1,30-2,38
Trabalho ativo (TA)	102	43,59	2,47	1,85-3,30	2,11	1,58-2,81
Alta exigência (AE)	123	58,29	3,30	2,50-4,35	2,62	1,98-3,46
<b>Modelo DCS</b>						
BE + Alto S	40	15,63	1,00	-	1,00	-
BE + Baixo S	10	37,04	2,37	1,34-4,19	2,33	1,34-4,05
TP + Alto S	42	27,63	1,77	1,21-2,60	1,69	1,17-2,45
TP + Baixo S	28	51,85	3,32	2,26-4,87	2,80	1,93-4,07
TA + Alto S	48	32,43	2,08	1,44-3,00	1,86	1,30-2,67
TA + Baixo S	54	62,79	4,02	2,90-5,58	3,55	2,56-4,93
AE + Alto S	20	33,33	2,13	1,35-3,37	1,77	1,14-2,74
AE + Baixo S	103	68,21	4,37	3,32-5,92	3,64	2,68-4,95

Fonte: elaboração própria. Dados da pesquisa, 2021.

\*Ajustada para sexo, IMC, atividade física regular, avaliação do posto de trabalho em casa e doença osteomuscular em D, C e no modelo DC. Ajustada para sexo, IMC, atividade física regular, espaço reservado para trabalhar em casa e doença osteomuscular em S. Ajustada para sexo, atividade física regular, espaço reservado em casa para trabalhar e doença osteomuscular no modelo DCS.

RP = Razão de prevalência. IC95%: Intervalo de confiança de 95%.

A análise da prevalência de TMC entre os participantes deste estudo de acordo com a exposição aos fatores psicossociais do trabalho corrobora tanto a hipótese do modelo parcial DC quanto do modelo que contempla o suporte social. A análise realizada entre os servidores apontou para associações significativas entre a prevalência de TMC e alta demanda psicológica, baixo controle sobre o trabalho e baixo suporte social. Diferentemente do estudo de Araújo et al.<sup>14</sup>, em que apenas a associação com o suporte social manteve significância após o ajustamento para as variáveis de confusão, entre os servidores neste estudo as associações mantiveram significância inclusive nas análises múltiplas. Já entre os magistrados, apenas a associação com o controle permaneceu significativa após o ajuste.

Magistrados e servidores submetidos ao trabalho com alta exigência apresentaram prevalências de sofrimento psíquico

significativamente maiores com relação aos participantes dos respectivos grupos submetidos ao trabalho com baixa exigência. Enquanto no trabalho com baixa exigência a prevalência de sofrimento psíquico foi em torno de 20%, no trabalho com alta exigência a prevalência foi de aproximadamente 60% em ambos os grupos. Outros estudos que fizeram esta análise a partir da categoria de referência de trabalho com baixa exigência entre trabalhadores de diversas profissões também observaram prevalências significativamente mais elevadas de sofrimento psíquico entre as demais categorias do modelo DC, especialmente na de trabalho com alta exigência, com razões de prevalência entre 1,50 e 2,45<sup>11,12,17</sup>. O estudo de Pinhatti et al.<sup>16</sup> observou prevalência de TMC 3,6 vezes maiores em trabalhadores cujas condições laborais foram classificadas como de alta exigência com relação ao trabalho de baixa exigência.

A partir da inclusão do suporte social no modelo DC, foi possível observar em ambos os grupos, mas especialmente entre os servidores, que o suporte social mais baixo foi associado a uma maior prevalência de TMC nas quatro categorias do modelo parcial.

Entre os servidores, mesmo os participantes do grupo com trabalho de baixa exigência, mas com baixo suporte social, apresentaram prevalência de TMC mais alta (37,04%) do que os participantes do grupo com trabalho de alta exigência, mas com suporte social mais alto (33,33%). Quando divididos pelo nível de suporte social, a prevalência de TMC dentro de cada uma das categorias do modelo parcial foi de aproximadamente o dobro quando o suporte social foi mais baixo, com relação ao grupo com suporte social mais alto. Com relação aos grupos de menor exposição (baixa exigência e alto suporte social) e de maior exposição (alta exigência e baixo suporte social), nosso estudo apresentou prevalência de TMC em torno de três a quatro vezes maiores nos grupos de maior risco. Estas diferenças observadas foram bem superiores com relação ao estudo de Mattos et al.<sup>15</sup> em que a prevalência de TMC foi de 28% no grupo de maior exposição e de 17% na situação de menor exposição, o que pode apontar para uma maior relevância do suporte social na condição de teletrabalho em relação à saúde mental dos trabalhadores.

A manutenção de metas de produtividade no período de teletrabalho durante a pandemia associada a condições inadequadas de trabalho em casa pode estar relacionada a um aumento na carga de trabalho e a prevalências elevadas de TMC em ambos os grupos<sup>47-49</sup>. O próprio cenário de insegurança e incertezas representado pela pandemia de Covid-19 e o teletrabalho realizado de forma compulsória em decorrência da necessidade de distanciamento social podem ter representado risco adicional à saúde mental dos participantes, especialmente entre as mulheres que precisaram se dividir entre as tarefas de trabalho e os cuidados com a família<sup>26,50,51</sup>. No entanto, ainda que o presente estudo tenha sido realizado no contexto da

pandemia de Covid-19 em que o teletrabalho havia sido imposto a grande parte dos participantes, não é possível determinar que a elevada carga de trabalho e o adoecimento observados estejam relacionados diretamente a este contexto, haja vista ser esta uma realidade conhecida no judiciário trabalhista mesmo antes da pandemia no contexto do trabalho presencial<sup>52</sup>.

Por tratar-se de um estudo transversal, ainda que tenham sido estabelecidas associações entre variáveis consideradas de exposição e de desfecho, não foi possível estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas, sendo o viés de causalidade reversa uma limitação importante deste estudo. No mesmo sentido, a inclusão apenas dos trabalhadores ativos no momento da coleta de dados pode ter representado o viés do trabalhador sadio e as amostragens por conveniência podem ter afetado a representatividade dos participantes com relação às populações de magistrados e servidores do tribunal. A utilização do instrumento MUEQ-Br revisado de forma parcial, considerando-se apenas os domínios relativos aos fatores psicossociais do trabalho na análise dos dados, assim como a aplicação dos questionários por meio eletrônico, também representam limitações que devem ser consideradas na análise dos resultados apresentados neste estudo. Cabe ainda ressaltar que se tratam de trabalhadores com boas condições socioeconômicas, o que pode ter favorecido melhores condições de trabalho em casa, devendo haver cautela quanto à generalização destes resultados para outras categorias profissionais no Brasil.

## Conclusões

Os resultados deste estudo indicaram elevada prevalência de sofrimento psíquico entre magistrados e servidores do judiciário trabalhista em teletrabalho durante a pandemia de Covid-19. O modelo parcial DC e o modelo contemplando o suporte social demonstraram

maiores prevalências de sofrimento psíquico associadas ao trabalho de alta exigência, especialmente quando o suporte social foi mais baixo em ambos os grupos de trabalhadores. Estes resultados reforçam a importância da associação entre os fatores psicossociais com o sofrimento psíquico também no teletrabalho, agravados por outros fatores psicossociais, tais como a impermeabilidade da barreira entre o trabalho e o convívio com os familiares.

Na atual fase de disseminação da Covid-19, com o retorno ao trabalho presencial ou a adoção do modelo híbrido, alguns fatores psicossociais podem ser modificados, com destaque para o maior suporte social. Entretanto, independentemente da modalidade de trabalho, as elevadas cargas de trabalho e a baixa de autonomia para atender as metas do poder judiciário deveriam ser prioridades de sua gestão, tendo em vista que as condições que combinam carga de trabalho mais elevada com

reduzido controle sobre o trabalho estão associadas a maiores prevalências de TMC. Neste contexto, as organizações devem promover formas de acompanhamento dos trabalhadores que previnam a sobrecarga de trabalho e favoreçam o relacionamento com os colegas e o suporte adequado da chefia, de forma a preservar a sua saúde mental.

## Colaboradores

EL Kadri Filho F (0000-0003-3975-7599)\* contribuiu para concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Lucca SR (0000-0001-6023-0949)\* contribuiu para concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

---

## Referências

1. Organização Internacional do Trabalho. Teletrabalho durante e após a pandemia da Covid-19 – Guia prático. Genebra: OIT; 2020. 51 p. [acesso em 2023 jul 20]. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms\\_771262.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_771262.pdf).
2. Góes GS, Martins FS, Nascimento JAS. Trabalho remoto no Brasil em 2020 sob a pandemia do Covid-19: quem, quantos e onde estão? IPEA: Carta de Conjuntura. 2021 [acesso em 2023 jul 20]. 52(Nota 6):1-11. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/210714\\_nota\\_trabalho\\_remoto.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/210714_nota_trabalho_remoto.pdf).
3. Antunes ED, Fischer FM. A justiça não pode parar?! Os impactos da Covid-19 na trajetória da política de teletrabalho do Judiciário Federal. *Rev. bras. saúde ocup.* 2020 [acesso em 2022 nov 15]; 45:e38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000025920>.
4. Matisāne L, Paegle L, Akūlova L, et al. Challenges for Workplace Risk Assessment in Home Offices-Results from a Qualitative Descriptive Study on Working Life during the First Wave of the Covid-19 Pandemic in Latvia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 [acesso em 2022 nov 15]; 18(20):10876. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph182010876>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Karasek RA Jr. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q*. 1979 [acesso em 2022 nov 15]; 24(2):285-308. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2392498>.
6. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health*. 1988 [acesso em 2022 nov 15]; 78(10):1336-42. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.78.10.1336>.
7. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. *Rev Saude Publica*. 2004 [acesso em 2022 nov 15]; 38(2):164-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200003>.
8. Montreuil S, Lippel K. Telework and occupational health: a Quebec empirical study and regulatory implications. *Saf Sci*. 2003 [acesso em 2022 nov 15]; 41:339-58. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0925-7535\(02\)00042-5](https://doi.org/10.1016/S0925-7535(02)00042-5).
9. Gajendran RS, Harrison DA. The good, the bad, and the unknown about telecommuting: Meta-analysis of psychological mediators and individual consequences. *J Appl Psychol*. 2007 [acesso em 2022 nov 15]; 92(6):1524-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.6.1524>.
10. Samuelsson J, Johansson G, Forsell Y, et al. How the shift towards working from home has impacted people's work and private life. *J Occup Environ Med*. 2022 [acesso em 2023 mar 25]; 64(11):970-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000262>.
11. Porto LA, Carvalho FM, Oliveira NF, et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Rev Saude Publica*. 2006 [acesso em 2022 nov 15]; 40(5):818-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000001>.
12. Feijó D, Câmara VM, Luiz RR. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em pilotos civis. *Cad. Saúde Pública*. 2014 [acesso em 2022 nov 15]; 30(11):2433-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151212>.
13. Silva-Júnior JS, Fischer FM. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Rev. bras. epidemiol*. 2015 [acesso em 2022 nov 15]; 18(04):735-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>.
14. Araújo TM, Mattos AIS, Almeida MMG, et al. Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. *Rev. bras. epidemiol*. 2016 [acesso em 2022 nov 15]; 19(03):645-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030014>.
15. Mattos AIS, Araújo TM, Almeida MMG. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*. 2017 [acesso em 2022 nov 15]; 51:48. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006446>.
16. Pinhatti EDG, Ribeiro RP, Soares MH, et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores na enfermagem: uso de modelos combinados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 [acesso em 2022 nov 15]; 26:e3068. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2769.3068>.
17. Silva-Junior JS, Cunha AA, Lourenção DCA, et al. Estressores psicossociais ocupacionais e sofrimento mental em trabalhadores de saúde na pandemia de Covid-19. *Einstein (São Paulo)*. 2021 [acesso em 2023 fev 18]; 19:eAO6281. Disponível em: [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2021AO6281](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6281).
18. Sousa CC, Araújo TM, Lua I, et al. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2021 [acesso em 2022 nov 15]; 37(7):e00246320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00246320>.
19. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questio-

- naire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*. 2009 [acesso em 2022 nov 15]; 25(1):214-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>.
20. Campos FM, Araújo TM, Viola DN, et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. *Cad. saúde colet*. 2020 [acesso em 2022 nov 15]; 28(4):579-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>.
  21. 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 [acesso em 2022 nov 15]; 30(3):623-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>.
  22. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Braz J Psychiatry*. 2016 [acesso em 2022 nov 15]; 38(2):91-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1714>.
  23. Moraes RSM, Silva DAS, Oliveira WF, et al. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2017 [acesso em 2022 nov 15]; 20(1):43-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010004>.
  24. Afonso P, Fonseca M, Teodoro T. Evaluation of anxiety, depression and sleep quality in full-time teleworkers. *J Public Health*. 2021 [acesso em 2023 fev 8]; 44(4):797-804. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab164>.
  25. Eguchi H, Inoue A, Hino A, et al. Effect of Working from Home on the Association between Job Demands and Psychological Distress. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 [acesso em 2023 fev 8]; 19(10):6287. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19106287>.
  26. Mendonça I, Coelho F, Ferrajão P, et al. Telework and Mental Health during Covid-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 [acesso em 2023 fev 8]; 19(5):2602. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052602>.
  27. Trógolo MA, Moretti LS, Medrano LA. A nationwide cross-sectional study of workers' mental health during the Covid-19 pandemic: Impact of changes in working conditions, financial hardships, psychological detachment from work and work-family interface. *BMC Psychol*. 2022 [acesso em 2023 fev 8]; 10(1):73. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00783-y>.
  28. Meirelles TVS, Teixeira MB. Fatores estressores e protetores da pandemia da Covid-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 jul 13]; 45(esp2):156-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E211>.
  29. Lobo LAC, Rieth CE. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*. 2022 [acesso em 2023 jul 13]; 45(130):885-901. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>.
  30. Turci AM, Bevilaqua-Grossi D, Pinheiro CF, et al. The Brazilian Portuguese version of the revised Maastricht Upper Extremity Questionnaire (MUEQ-Br revised): translation, cross-cultural adaptation, reliability, and structural validation. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015 [acesso em 2019 jul 10]; 16:41. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0497-2>.
  31. Eltayeb S, Staal JB, Kennes J, et al. Prevalence of complaints of arm, neck and shoulder among computer office workers and psychometric evaluation of a risk factor questionnaire. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007 [acesso em 2019 jul 10]; 8:68. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-8-68>.
  32. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 [acesso em 2019 jul 10]; 148:23-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>.
  33. Harding TW, De Arango V, Baltazar J, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their

- frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol. Med.* 1980 [acesso em 2019 jul 10]; 10(2):231-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>.
34. Iacoponi E, Mari JJ. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry.* 1989 [acesso em 2019 jul 10]; 35(3):213-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/002076408903500301>.
35. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985 [acesso em 2019 jul 10]; 15(3):651-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291700031500>.
36. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública.* 2008 [acesso em 2021 maio 10]; 24(2):380-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>.
37. Grapiglia CZ, Costa JSD, Pattussi MP, et al. Fatores associados aos transtornos mentais comuns: estudo baseado em clusters de mulheres. *Rev Saude Publica.* 2021 [acesso em 2022 jun 22]; 55:77. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003124>.
38. Plomecka M, Gobbi S, Neckels R, et al. Factors Associated With Psychological Disturbances During the Covid-19 Pandemic: Multicountry Online Study. *JMIR Ment Health.* 2021 [acesso em 2023 mar 5]; 19;8(8):e28736. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/28736>.
39. Bertino V, Nisticò V, D'Agostino A, et al. Telework during Covid-19 outbreak: Impact on mental health among Italian workers. *European Psychiatry.* Cambridge University Press. 2021 [acesso em 2023 mar 5]; 64(S1):S678. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1799>.
40. Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciênc. saúde coletiva.* 2003 [acesso em 2021 ago 25]; 8(4):991-1003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400021>.
41. Ipsen C, Kirchner K, Anderson N, et al. Becoming a Distance Manager: Managerial Experiences, Perceived Organizational Support, and Job Satisfaction During the Covid-19 Pandemic. *Front. Psychol.* 2022 [acesso em 2023 abr 20]; 13:916234. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.916234>.
42. Bentley TA, Teo STT, McLeod L, et al. The role of organisational support in teleworker wellbeing: A sociotechnical systems approach. *Appl. Ergon.* 2016 [acesso em 2021 ago 25]; 52:207-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.07.019>.
43. Carmo MBB, Santos LM, Feitosa CA, et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Braz J Psychiatry.* 2018 [acesso em 2021 ago 25]; 40(2):115-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2139>.
44. Guirado GMP, Pereira NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cad. saúde colet.* 2016 [acesso em 2021 ago 25]; 24(1):92-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010103>.
45. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc. saúde coletiva.* 2010 [acesso em 2021 ago 25]; 15(supl1):1585-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>.
46. Coledam DHC, Alves TA, Arruda GA, et al. Prevalence of common mental disorders among Brazilian workers: systematic review and meta-analysis. *Ciênc. saúde coletiva.* 2022 [acesso em 2023 mar 5]; 27(2):579-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.46012020>.

47. El Kadri Filho F, Lucca SR. Telework during the Covid-19 pandemic: ergonomic and psychosocial risks among Brazilian labor justice workers. *Work*. 2022 [acesso em 2023 mar 5]; 71(2):395-405. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/WOR-210490>.
48. El Kadri Filho F, Lucca SR. Ergonomic and psychosocial risks related to musculoskeletal problems among Brazilian labor judges in telework during the Covid-19 pandemic. *Int J Occup Saf Ergon*. 2023 [acesso em 2023 mar 5]; 29(2):837-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10803548.2022.2085382>.
49. El Kadri Filho F, Lucca SR. Telework conditions, ergonomic and psychosocial risks and musculoskeletal problems in the Covid-19 pandemic. *J Occup Environ Med*. 2022 [acesso em 2023 mar 5]; 64(12):e811-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002704>.
50. Duarte MQ, Santo MADS, Lima CP, et al. Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [acesso em 2022 set 18]; 25(9):3401-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>.
51. Ferreira CAA, Reis CA. Impact of Covid-19 on Brazilian women in teleworking. *Rev. Bras. Estud. Popul*. 2021 [acesso em 2023 mar 5]; 38:e0180. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0180>.
52. Lucca SR, El Kadri Filho F, Maeda P. Fatores psicossociais, sintomas osteomusculares e presenteísmo entre magistrados trabalhistas. *Rev Bras Med Trab*. 2023 [acesso em 2023 set 14]; 21(2):e2022879. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2022-879>.

---

Recebido em 16/09/2023

Aprovado em 18/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Gicelle Galvan Machineski

## O coração no yoga: um estudo hermenêutico sobre a ontologia das *upaniṣad*'s

*The heart in yoga: a hermeneutic essay on the ontology of the upaniṣad's*

Léo Fernandes Pereira<sup>1</sup>, Charles Dalcanale Tesser<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408480P

**RESUMO** O *yoga* vem passando por um processo de transformações e conformação à racionalidade médico-científica chamado 'medicalização do *yoga*', com afastamento das reflexões acerca do ser presentes na sua fonte védica. Orientado por uma tradição hermenêutica indiana, este ensaio investigou sentidos para os termos *hṛdayam* ('coração') e *yoga*, frente à atual inserção desta última no âmbito da prevenção cardiovascular. Na tradição védica, o coração possui significado distinto do órgão médico: o termo também é utilizado para se referir ao 1) intelecto e ao 2) *locus* do Eu (*ātmā*). Entre outros significados, *yoga* é visto como um artifício cognitivo que visa à discriminação entre o real e o aparente. Nessa tradição, a saúde do coração aponta mais para uma condição existencial – da ignorância do Eu – e seus efeitos (egotismo, aversões, desejos etc.) do que para os fatores de risco cardiovascular explorados nas pesquisas e nos cuidados clínicos. Tal visão poderia servir como prevenção quaternária aos efeitos adversos da introjeção e reificação dos fatores de risco, e aponta para outra direção na compreensão e atuação do *yoga* nos serviços de saúde, destacando a importância de aprofundar reflexões filosóficas sobre o *yoga* e outras práticas integrativas e complementares presentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

**PALAVRAS-CHAVE** Yoga. Coração. Promoção da saúde. Conhecimento. Prevenção de doenças.

**ABSTRACT** *Yoga has been undergoing a process of transformation and adaptation to medical-scientific rationality, referred to as the 'medicalization of yoga', with a distancing from reflections on being present in its Vedic source. Guided by an Indian hermeneutic tradition, this essay investigated meanings for the terms hṛdayam ('heart') and yoga, in the context of the current integration of the latter into cardiovascular prevention. In the Vedic tradition, the heart holds a distinct meaning from the medical organ; the term is also used to refer to 1) intellect and 2) the locus of the Self (ātmā). Among other meanings, yoga is seen as a cognitive tool aimed at discriminating between the real and the apparent. In this tradition, heart health points more towards an existential condition – ignorance of the Self – and its effects (egotism, aversions, desires, etc.) than towards the cardiovascular risk factors explored in research and clinical care. Such a perspective could serve as quaternary prevention against the adverse effects of the introjection and reification of risk factors, indicating a different direction for understanding and implementing yoga in healthcare services. It underscores the importance of deepening philosophical reflections on yoga and other integrative and complementary practices within the Unified Health System (SUS).*

**KEYWORDS** Yoga. Heart. Health promotion. Knowledge. Disease prevention.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.  
leo.fernandes.pereira@gmail.com



## Introdução

O *yoga* passou por expressivas modificações de significado no último século<sup>1</sup>. Essas transformações, que refletem o seu processo de ocidentalização e globalização, conformaram o entendimento secular de *yoga* como “prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento”<sup>2(69)</sup>. Mesmo com transformações significativas, aspectos metafísicos permanecem associados ao termo, como o entendimento popular de que *yoga* é uma prática que promove a ‘união mente-corpo’ e possui relação com o ‘autoconhecimento’<sup>3</sup>. Esse semblante metafísico do *yoga* é, simultaneamente, remoto e recente: tanto herança de seu contexto sul-asiático quanto influência de correntes esotéricas posteriores aos movimentos contraculturais (como o *new age*)<sup>4,5</sup>. Considerado um construto de grande adaptabilidade social e cultural<sup>1</sup>, portador de discursos híbridos (científicos e tradicionais), o *yoga* foi categorizado como Prática Integrativa e Complementar em Saúde (Pics) pelo governo brasileiro<sup>2</sup>.

A complexidade do construto *yoga* impossibilita a sua plena adequação à etiqueta Pics ou mesmo a outras categorias mais clássicas, como religião, espiritualidade, metafísica ou ciência<sup>1</sup>. Poder-se-ia olhar para o *yoga* como ‘ciência mestiça’<sup>6</sup> ou ‘objeto de fronteira’<sup>7</sup>, dada a sua capacidade de refratar para diferentes áreas e prismas culturais, abarcando múltiplos significados<sup>8</sup>. Contudo, foi a adaptação ao racionalismo técnico-científico, em geral, e à biomedicina, em particular, que permitiu a estabilidade conceitual do *yoga*, por meio da qual logrou uma posição socialmente vantajosa, se comparada a outras Pics, atualmente lidas como ‘pseudociências’<sup>9</sup>.

Essa conformação à racionalidade científica emerge da interpretação e tradução do termo *yoga* dadas pelo monge indiano Vivekananda (1863-1902) ao público ocidental no fim do século XIX<sup>4</sup>. Tal processo envolveu mudanças ocorridas no léxico *yóguico* durante sua anglicização e ocidentalização. Contudo, é somente

a partir da década de 1920, com a inauguração de instituições indianas (Kaivalyadhama Yoga Institute e The Yoga Institute), que o processo ganhou corpo, a partir da exploração empírica dos efeitos físicos e fisiológicos decorrentes de exercícios posturais, respiratórios e de sucção abdominal<sup>1</sup>. Tais explorações científicas não se deram sobre aquele *yoga* de Vivekananda, à época, fortemente vinculado à tradição espiritual indiana, especialmente, à vertente não dual (chamada *advaita vedānta*); mas sobre um construto racionalizável, um saber que, no intervalo de três décadas, transmutou-se numa prática física aparentemente indiana, porém, bastante influenciada por outras culturas de movimento<sup>4,5</sup>. Assim, embora seja considerado no imaginário popular como uma prática milenar indiana, o *yoga* vem sendo estruturado a partir de ideias modernas e transnacionais sobre corpo, saúde e doença. O que se conhece popularmente por *yoga* (e academicamente por ‘*yoga* postural moderno’) seria, mais propriamente, uma pequena fração dos sentidos historicamente constituídos de *yoga* moldada no seu processo de cientificização e medicalização<sup>4,10</sup>.

A medicalização do *yoga* pode ser definida como o uso de: 1) discursos médicos que servem de modelo teórico para explicação de termos tradicionais (e.g. a associação entre *cakra*'s e glândulas do corpo) incluindo o(s) objetivo(s) dessa prática; 2) métodos clínico-epidemiológicos de exploração do *yoga* postural moderno como promotor de saúde e/ou prevenção que reduz os marcadores de risco, notadamente, cardiovasculares.

A medicalização do *yoga* parece crescer à medida que a prática é assimilada pelas chamadas ‘medicina integrativa’ e ‘medicina do esporte’; e em que aumenta a tecnologia instrumental (i.e., o uso de biomarcadores) utilizada em pesquisas em saúde sobre o tema. Segundo Jeter et al.<sup>11</sup>, o número de ensaios clínicos sobre *yoga* aumentou lentamente até a virada do século, quando passou de 28 publicações, entre 1999 e 2003, para 76 entre 2004 e 2008, seguido por um aumento acentuado (quase o triplo)

das pesquisas (para 243), entre 2009 e 2013. As principais condições médicas exploradas foram saúde mental, doença respiratória e doenças cardiovasculares (DCV).

Parte dessas pesquisas tem constatado que a prática modifica fatores de risco associados às DCV, como marcadores inflamatórios, obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, estresse e sedentarismo<sup>12</sup>. Contudo, a despeito do reconhecimento de que o *yoga* não se restringe a um conjunto de técnicas psicocorporais, mas engloba um 'estilo de vida', constata-se que conceitos outrora constitutivos da ontologia desse saber permanecem "irrelevantes para discussão"<sup>12(9)</sup> nas investigações médicas sobre *yoga*. É o caso do termo sânscrito *hṛdayam* (também *hṛdī* ou *hṛdayā*), parente remoto da palavra 'coração', recorrente nas escrituras de *yoga*, porém, negligenciado no atual compêndio de 'Princípios e Práticas do Yoga na Medicina Cardiovascular'<sup>13</sup>.

A medicalização do *yoga* reflete a 'monocultura do saber científico'<sup>6</sup>: quando há subjugação epistemológica de um saber por outro, hegemônico, nesse caso, a biomedicina. Em associação, ocorre o 'epistemicídio de saberes tradicionais'<sup>6</sup>, ideia que merece ser aprofundada com relação ao *yoga*, já que o aumento do seu uso implicou a desvalorização de suas bases ontológicas sul-asiáticas<sup>14</sup>. Se a dissociação das raízes filosóficas/espirituais do *yoga* tem, por um lado, contribuído para sua maior aceitação popular<sup>15</sup>, e mesmo para a emergência criativa de '*yogas*' de matriz não-indiana<sup>16</sup>, por outro, afastou possíveis explorações desses fundamentos que poderiam contribuir, para além das DCV, para a 'saúde do coração', conforme a tradição védica.

Nessa direção, este ensaio investiga significados dos termos *hṛdayam* (coração) e *yoga*, presentes em uma tradição hermenêutica indiana, de modo a problematizar a atual inserção do *yoga* na prevenção das DCV e apontar um direcionamento diverso para a sua compreensão e atuação no Sistema Único de Saúde (SUS).

## Material e métodos

O presente ensaio orienta-se pela perspectiva decolonial, visando à teorização do *yoga* e do termo *hṛdayam* informada pela tradição védica, considerando tratar-se de um saber com racionalidade própria, alicerçada em práticas de ensino oral, nos cânones literários védicos e em métodos específicos de absorção do conhecimento.

A perspectiva decolonial se justifica pela necessidade de confrontar estruturas epistemológicas que historicamente moldaram a concepção de *yoga*, exercendo influência significativa na pesquisa, implementação e compreensão deste no campo da saúde coletiva brasileira. Mesmo com o término do colonialismo, persiste uma forma de colonialidade que subjugou o conhecimento filosófico indiano, relegando-o à condição de mera técnica. Isso se manifesta na expansão da 'medicina baseada em evidências' para o campo das Pícs e na adoção do discurso biomédico.

Importa abrir espaço na esfera da racionalidade científica para uma 'ecologia de saberes' que permita a coexistência de diferentes corpos de conhecimento culturais. Daí a necessidade de estudar afinidades, divergências, contradições e complementaridades que existem entre esses saberes<sup>6</sup>. A valorização da tradição védica não se limita à decolonização do *yoga*; poderia, também, contribuir para uma outra concepção de saúde, não orientada exclusivamente para uma abordagem alternativa, tampouco alinhada à biomedicina.

Em conformidade com os objetos de investigação (*hṛdayam* e *yoga*), foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a 'parte final dos *Vedas*' (*vedānta*), coletivamente denominada *upanisad's*, juntamente com os comentários de Śaṅkara<sup>17-21</sup>. Śaṅkara (788-820) é considerado um dos principais interlocutores da *advaita vedānta*, cujo legado literário impulsionou uma série de comentários e estudos de grande originalidade, vigor e *insight* filosófico, que o seguiram<sup>22</sup>.

Também como fonte primária de informação, utilizou-se método próprio da pedagogia soteriológica da *Advaita Vedānta*. No contexto vedantino, o termo ‘soteriologia’ traduz a ideia da busca do derradeiro objetivo humano. Definido em termos de ‘liberação’ (*mokṣa*), seria a cessação de um senso de limitação que resultaria no fim do sofrimento. Isso é alcançado por meio do ‘conhecimento do si-mesmo’ (*ātma jñāna*). A tradição orienta que se deve “ouvir (*śravaṇa*); pensar (*manana*); e meditar (*nididhyāsana*) sobre o si-mesmo”<sup>18(776)</sup>. Nesse sentido, a pesquisa teve início com a escuta (*śravaṇa*) e o estudo de aulas gravadas de Swami Dāyānanda Sarasvatī (1930-2015), um renomado professor de *vedānta*, nas quais expôs o conteúdo de uma *upaniṣad* durante um curso em 2010, em Coimbatore (Índia)<sup>23</sup>. A fase da averiguação (*manana*) visou a examinar o conteúdo à luz da razão, com contra-argumentos, lógica, inferência e analogias da experiência cotidiana. Já a contemplação (*nididhyāsana*) é um aspecto distintivo das chamadas ‘tradições orientais’, que consideram insuficiente o entendimento conceitual de um fenômeno, apartado da experiência pessoal. A contemplação envolve o movimento de apropriação desse saber pelo pesquisador, convertendo-o em conhecimento não mediado<sup>24,25</sup>. A apreensão da ontologia contida nas *upaniṣad*’s não se efetua somente na leitura e interpretação autônoma desses textos. Embora inclua tais processos, esse modo de conhecimento opera na exposição de um estudante ao conteúdo escritural veiculado por um professor inserido em uma tradição pedagógica que lhe possibilita uma hermenêutica dos textos conforme significados historicamente estabilizados<sup>19,23</sup>.

O ensaio é resultado parcial de uma pesquisa de doutorado conduzida por um professor e ‘pesquisador-praticante’<sup>26</sup> de *yoga*, ou seja, alguém engajado tanto na docência quanto na pesquisa sobre *yoga*. O estudo pretende estabelecer pontes entre a prevenção das DCV e a tradição védica na qual o *yoga* se insere. Para isso, é preciso compreender, antes, o coração no *yoga*, ou seja, o termo *hṛdayam* em sua rede semântica.

## Resultados e discussão

O vocábulo sânscrito *hṛdayam* foi originalmente encontrado nos *vedas*, a literatura mais antiga do Sul da Ásia<sup>27</sup>. Sua raiz etimológica, *\*hṛd*, é tanto origem de palavras como *heorte*, do inglês antigo (que se tornou, posteriormente, *heart*), quanto fonte provável de termos como *kardia*, do grego (utilizado na terminologia médica, como em ‘cardíaco’), *cœur* (do francês) e ‘coração’, esses últimos modificados do original por meio da raiz protoindo-europeia *\*kṛd*<sup>28,29</sup>. No sânscrito, *hṛdayam* significa: 1) o coração, a mente, a sede ou faculdade de pensamentos e sensações; 2) conhecimento ou ciência; 3) a essência de uma coisa<sup>30(836)</sup>.

A relação do coração com certas emoções, sensações e experiências possui longa história em comunidades arcaicas. Determinadas emoções são descritas como afetando aquela parte da integridade psicofísica da pessoa que, por alguma razão, é considerada o seu suporte<sup>27</sup>. Nos *vedas*, assim como em outras línguas arcaicas, o termo referente ao coração é usado figurativamente, sem localização anatômica, para denotar o centro da vida e/ou do corpo, região passível de ser afetada por inimigos ou doenças<sup>31</sup>. Culturas antigas (hebreus, gregos) consideravam o coração como o centro do conhecimento, do entendimento, do pensamento e da sabedoria<sup>32</sup>.

De maneira parecida com o termo ‘*kardia*’, da bíblia, que possui forte conotação racional e volitiva<sup>32</sup>, o termo ‘*hṛdayam*’, nas *upaniṣad*’s, passa a significar, por metonímia, o intelecto. Dessa maneira, *hṛdayam* é visto como *locus* do Eu ou si-mesmo (*ātma*), uma vez que a natureza de cognoscibilidade deste último se expressa no intelecto<sup>18-21</sup>.

As *upaniṣad*’s abordam o sofrimento humano como um problema centrado no eu, apresentando como saída diferentes abordagens que investigam a realidade última do *ātma*. Um dos métodos mais conhecidos parte da análise sobre duas dimensões que, combinadas, constituem o indivíduo: a real (o *ātma*) e a aparente (3). Constitui a dimensão do aparente tudo o

que se apresenta como objeto ao intelecto, sejam objetos-do-mundo, considerados não Eu (*anātmā*), sejam aspectos pessoais relacionados à fisicalidade e ao psiquismo (que caracterizam a identidade individual), tais como sensações, percepções, pensamentos etc. Já o *ātmā*, por não possuir atributos, não pode ser experienciado como um objeto, até por ser, ele mesmo, o princípio da cognoscibilidade; aquilo que evidencia os objetos<sup>18,23</sup>.

Conforme Śāṅkara, o sofrimento ocorre devido à superimposição de atributos, especialmente aspectos psicofísicos (constitutivos do que se conhece, grosso modo, por ego) sobre o *ātmā*. Esses aspectos não são considerados reais nem irrealis, pois não possuem existência independente do *ātmā*; sendo, dessa maneira, chamados de ‘adjuntos limitantes’ (*upādhi*'s). A sobreposição do *ātmā* por *upādhi*'s pode ser ilustrada pela imagem de uma corda enrolada no chão, em um ambiente mal iluminado, que é erroneamente percebida como uma cobra por alguém distraído<sup>17-23</sup>.

A tarefa das *upaniṣad*'s é conduzir o interessado à constatação de que “o que eu penso [que sou], não é o que eu sou”<sup>23</sup>. Inicia-se, então, um empreendimento racional para a remoção da ‘ignorância primordial’ (*avidyā*)<sup>33</sup> via discriminação entre o *ātmā* e os objetos apreendidos, culminando na não dualidade entre esses elementos e na constatação de que o *ātmā* é a causa do universo, *brahman*. A ontologia vedantina possui caráter imanente e transcendente, pois o mundo (a cobra, do exemplo) é, essencialmente, *ātmā/brahman* (a corda), mas este último (*ātmā/brahman*) não é o mundo.

Śāṅkara esclarece que o *ātmā* não é uma entidade metafísica abstrata, mas, sim, algo universal, apreendido na imediaticidade do conteúdo ‘eu’<sup>19</sup>. Sobre isso, Dāyānanda observa que a pedagogia das *upaniṣad*'s não está interessada em reafirmações do tipo ‘eu sou’, ‘eu existo’, mas em revelar ‘o que’ eu sou<sup>23</sup>. Para isso, as *upaniṣad*'s apresentam definições sobre *ātmā/brahman* classificadas em dois tipos: substancial, como “*brahman* é verdade,

conhecimento e infinitude”<sup>21(303)</sup>; e acidental<sup>25</sup>, como “*brahman* é a causa da origem, sustentação e cessação do mundo”<sup>19(14)</sup>. O sentido derradeiro dessas definições, encontradas aqui e ali nas *upaniṣad*'s, viria por meio de uma disciplina racional rigorosa, propiciada por um ambiente pedagógico em que um professor habilidoso favorece a remoção de concepções errôneas que o estudante tem sobre si<sup>34</sup>.

Pode-se situar o *hṛdayam* na fronteira entre as dimensões do aparente e do real, em que ele é compreendido a partir de ambas as categorias: como objeto científico, relacionado a processos manifestos, e como entidade ontológica, relacionada à unidade *ātmā/brahman*. Na primeira, concebe-se *hṛdayam* como objeto empírico, cujos aspectos morfofisiológicos comuns do órgão anatômico se entrelaçam com um tipo de ‘morfofisiologia sutil’ indiana. Essa intersecção de morfologias aparece em um comentário de Śāṅkara, no qual o coração é descrito como um:

[...] órgão carnoso, semelhante à flor-de-lótus; a sede da força vital, que se abre através de muitas *nāḍī*'s [canais suprassensíveis do corpo por onde flui tal força], com a face voltada para baixo; e é visto e bem reconhecido por todos quando um animal sacrificado é dissecado. Nele existe um espaço, como em um jarro<sup>21(267)</sup>. [tradução e grifo nosso].

No mesmo texto, Śāṅkara detalha a morfofisiologia sutil ligada ao *hṛdayam* ao relatar o que ocorre durante a realização do si-mesmo (*mokṣa*):

A *nāḍī* de nome *suṣumṇā*, se dirige do coração para cima [processo esse] bem conhecido nas escrituras de *yoga*. E essa *nāḍī* corre na conhecida parte do meio dos dois palatos [...] [até] onde o fim ou as raízes do cabelo se dividem – i.e. a coroa da cabeça; alcançando esse lugar, o (caminho) emerge a partir daí, dividindo os ossos da cabeça; aquilo que (assim) emana para fora é o caminho de *Brahman*, i.e. o caminho da realização de sua própria natureza<sup>21(268)</sup>. [tradução nossa].

Em outra *upaniṣad*, observa-se o papel do *hṛdayam* em eventos vitais (nascimento, desmaio e morte) e em diferentes estados da consciência (vigília, sonho e sono profundo). Ele funcionaria como eixo centralizador dos cinco tipos de ‘força vital’ (*prāṇa*’s) que, de acordo com a racionalidade yóguica, dirigem as atividades corporais. Exemplo: o sono profundo viria quando os *prāṇa*’s, retirando-se (via *nāḍī*’s) dos órgãos sensoriais, permanecem reclusos no *hṛdayam*<sup>18</sup>. No sono profundo, existe uma obliteração da distinção percebida entre sujeito-objetos, e a consciência, na ausência de particularização criada pelos *upādhi*’s, torna-se um breu absoluto e, por isso, experiencia a plenitude<sup>20</sup>.

Sobre a dimensão ontológica de *hṛdayam*, nas *upaniṣad*’s, encontra-se a ideia de que o *ātmā* possui “o tamanho de um polegar e está sempre no coração dos homens”<sup>21(232)</sup>. Tal afirmação não é factual e deve ser compreendida em termos metafóricos: assim como uma gota de óleo de sândalo é capaz de perfumar todo um ambiente, também o *ātmā*, fonte da inteligibilidade, embora aparentemente localizado no coração, animaria todo o corpo, tornando-o senciante<sup>22</sup>.

Os enunciados védicos que buscam confinar o *ātmā* estão se referindo não ao órgão anatômico, mas ao núcleo da subjetividade, que se identifica ora como agente, ora como experienciador. Śaṅkara esclarece que a declaração factual ‘eu sou esse’ é espontaneamente acompanhada pelo gesto de levar a mão ao peito, indicando ser ali onde o princípio identitário adquire expressão no mundo<sup>21(175)</sup>. Ao localizar o *ātmā* no corpo, o gesto acaba por vincular as duas dimensões do *hṛdayam*, a aparente e a ontológica. A partir de casos de transplante documentados, especula-se que aspectos relacionados à identidade estejam, de fato, ligados ao órgão anatômico<sup>35</sup>.

Nas *upaniṣad*’s, encontramos duas explicações para a formação da palavra *hṛdayam*. A primeira, de natureza morfológica, encontrada na *Cāndogya upaniṣad*, aponta para sua dimensão ontológica – como *locus* do *ātmā* – e

para a imediaticidade desse último, com o uso do pronome demonstrativo próximo ao locutor: “Este (*ayam*) que reside no coração (*hṛdī*) é chamado de *hṛdayam*”<sup>17(427)</sup>. A segunda explicação, de ordem silábica, é encontrada na *Brhadārāṇyaka upaniṣad*:

*Hṛdaya* (coração) tem três sílabas. ‘hṛ’ é uma sílaba. Para aquele que sabe, como acima, seu próprio povo e outros trazem (presentes). ‘Da’ é outra sílaba. Para aquele que sabe, como acima, seu próprio povo e outros dão (seus poderes). ‘Ya’ é outra sílaba. Para aquele que sabe, como acima, vai para o plano celestial<sup>18(81)</sup>. [tradução nossa].

Śaṅkara comenta o verso, que é uma orientação para meditação: a primeira sílaba, oriunda da raiz \**hr*, que significa trazer, serve como metáfora para compreender os órgãos sensoriais trazendo, à guisa de oferenda, seus respectivos objetos ao *hṛdayam* (ao intelecto), que é, em última análise, a realidade única, *ātmā*. Secundariamente, ao meditar dessa maneira sobre o significado da sílaba *hr*, a pessoa receberia presentes<sup>18</sup>. Śaṅkara considerou o coração como lugar privilegiado da meditação por razões óbvias: é ali que o absoluto (*brahman*) se revela como ‘eu’ (*ātmā*). Contudo, o comentarista deixou claro que a introspecção era apenas uma estratégia eficaz para diminuir o efeito reificador que a diversidade costuma produzir<sup>17(413)</sup>. Pode-se inferir que uma eventual fixação em exercícios introspectivos sobre o ‘eu’ acarretaria uma jornada soteriológica inconclusa, pois, desse modo, o sujeito não saberia que, além do ‘eu’, *brahman* é, igualmente, o ‘tu’ (os outros sujeitos) e o ‘ele’ (quer dizer, a terceira pessoa, no caso, os objetos empíricos).

## O ‘nó do coração’

Nas *upaniṣad*’s, é comum o uso da expressão ‘nó do coração’ (*hṛdayagranthī*) para se referir à situação de aprisionamento do sujeito à sua condição existencial<sup>18-21</sup>. Dāyānanda observa

que esse nó se manifesta no desejo e na ação. Portanto,

fazer várias coisas só torna o nó mais apertado, já que a ação decorre de uma falha em entender o problema original [...]. O problema é a ignorância e, para isso, você precisa de discernimento<sup>23</sup>.

Śaṅkara comenta que os nós do coração geram falsas noções centradas no eu, como “eu sou gordo”<sup>19(6)</sup>, resultantes da falta de discriminação entre o sujeito e o objeto-corpo e da “superimposição das propriedades de um sobre o outro”<sup>19(2)</sup>. O projeto soteriológico das *upanisad's* pode ser entendido como um desatar dos nós do coração: uma gradual mudança cognitiva (mas não perceptiva) de desreificação sujeito-objetos, que causaria a nulificação do medo e de sentimentos aversivos afins, calcados na dualidade<sup>18</sup>. Declara a *Kaṭha upaniṣad*:

Quando todos os nós [todos os conceitos que emergem da ignorância, que aprisionam a pessoa como nós apertados] do coração [do intelecto] são desatados, ainda em vida, então o mortal se torna imortal. Esse é o ensinamento [de todas as *upanisad's*]<sup>21(229)</sup>. [tradução nossa, comentários entre colchetes de Śaṅkara].

Antes, na mesma escritura, o comentarista indaga: “Como alcançar o governador do coração?” E responde: “Para esse motivo, yoga é recomendado”<sup>21(223)</sup>.

## O termo ‘yoga’

O termo sânscrito *yoga*, derivado da raiz \**yuj* (‘unir’), foi originalmente utilizado nos *vedas* para designar o ato de unir diferentes coisas, como palavras em uma sentença ou o atrelamento de cavalos à carruagem<sup>37</sup>. Sobre esse último uso, especula-se que carruagem seria uma metáfora do caminho do homem ao plano divino<sup>38</sup>. Autores já observaram a ampla polissemia que ‘yoga’ adquiriu na literatura

indiana, comportando significados díspares, como: soma; uso; aplicação; desempenho; método; mágica; truque, fraude; empreendimento; lucro; propriedade etc.<sup>8,39</sup>.

Para Śaṅkara, *yoga* está ligado à ‘aptidão’ (*yogyatā*), sendo utilizado para denotar disciplinas, condutas e atitudes voltadas para tornar o interessado apto à liberação, incluindo meditações, o controle dos órgãos sensoriais, a atitude de leniência para com as vicissitudes da vida, de confiança epistemológica com relação às escrituras, o exercício do discernimento etc. Além de designar método, *yoga* também se refere ao objetivo, seja a liberação definitiva (*mokṣa*), a aquisição de poderes (*siddhi's*) ou um estado temporário de não dualidade (*samādhi*)<sup>8</sup>.

Outra distinção a ser feita sobre *yoga*, manifesta na aparente ambiguidade de Śaṅkara sobre o tema, tem a ver com o fato de que, naquela época, *yoga* já havia assumido um significado altamente técnico, referindo-se ao sistema delineado por Patañjali no *Yogasūtra* (aqui grafado *Yoga* para distinguir). Śaṅkara faz referência à acepção genérica do termo (como disciplina preliminar) e, também, em outros comentários, ao sistema de Patañjali, que posteriormente se estabeleceu como uma das escolas ortodoxas do pensamento indiano<sup>40-42</sup>.

Existem características do *Yoga* que contrariam princípios vedantinos, como a ideia de que a causa material do mundo é independente e distinta do *ātmā* (dualismo ontológico) e de que existem múltiplos *ātmā's*. Além disso, Śaṅkara refuta a existência de uma via alternativa e independente da hermenêutica védica como saída para o sofrimento. No caso do *Yoga*, isso ocorreria via *samādhi*. Śaṅkara recorre ao caráter temporário de plenitude livre de atributos da consciência, ocasionado durante o sono profundo, não só para refutar a ideia de que os *upādhi's* constituem a natureza do sujeito, mas também como argumento para rejeitar a crença de que um evento de *samādhi* seria o suficiente para remover, permanentemente, a ignorância primordial<sup>19,42</sup>.

Curiosamente, o termo *yoga* também pode ser derivado da raiz \**samādhau* ('absorção')<sup>25</sup>, um sentido aparentemente mais alinhado à tradição vedantina. Śāṅkara observa que, embora *yoga* seja mais conhecido como 'união' (do espírito individual com o espírito universal), o termo aponta, paradoxalmente, para uma disjunção (*vīyoga*). Isso porque o que caracteriza esse estado é dissociação dos órgãos dos sentidos, da mente e do intelecto, daquilo que não tem valor, que não possui substancialidade (os *upādhi's*), ficando o *ātman* estabelecido em sua própria natureza livre de superimposições<sup>21</sup>. Mesma ideia é encontrada no *Yogasūtra* (verso 2.17) e na *Bhagavad Gītā* (6.23), conhecidas escrituras de *yoga*. Esses versos destacam que a causa do sofrimento reside na conjunção daquele-que-vê com aquilo-que-é-visto, ou do sujeito com o objeto; a ideação do 'eu' é produzida a partir do aparente condicionamento do sujeito aos objetos. Por isso que *yoga* seria, na verdade, a separação dessas entidades<sup>43</sup>.

Noutra *upaniṣad*, é descrito que *yoga* ocorre quando os órgãos dos sentidos e a mente se abstêm de seus respectivos objetos e funções cognitivas, e, desse modo, realiza-se o "governador da mente que reside no coração"<sup>21(223)</sup>. *Yoga*, aqui, configura-se como um exercício de progressivo afastamento daquilo que é particular e ilusório, captado pelos sentidos, e absorção naquilo que é substancial<sup>40</sup>.

Embora Śāṅkara reconheça a necessidade de uma etapa preliminar ao conhecimento soteriológico, o princípio vedantino de que *brahman* é uma entidade pré-existente, e não resultado do esforço humano, contrasta com a visão do *Yoga* de que a ação (física, oral ou mental) seja 'o' meio para a liberação.

Pode-se sumarizar com uma distinção *strictu* e outra *latu sensu* de *yoga*: a primeira, *Yoga*, como uma escola independente (uma outra via soteriológica); e a segunda, *yoga* como qualquer apoio que sirva como meio indireto para 'desatar os nós do coração'. Śāṅkara refuta a primeira, muito por representar uma visão de espiritualidade orientada

para experiências extraordinárias, e adota a segunda, reconhecendo sua importância dentro do projeto soteriológico<sup>40</sup>.

## Os dois campos da tradição védica

No trecho em que Śāṅkara comenta sobre o significado silábico de *hṛdayam*, o tópico é encerrado com um louvor ao conhecimento soteriológico:

Se resultados tão conspícuos são adquiridos através da meditação sobre as sílabas de seu nome, o que dizer da meditação sobre a realidade do próprio coração?<sup>18(821)</sup>.

Śāṅkara faz alusão a dois campos da tradição védica: o 'campo da ação', voltado para o conhecimento e a obtenção de diversos objetos/objetivos; e o 'campo do conhecimento', que, neste caso, refere-se ao conhecimento do *ātman*, como já discutido.

O primeiro campo, exemplificado pela meditação sobre as sílabas de *hṛdayam*, é formado pelo repertório védico de atividades religiosas e ritualísticas. Por extensão, esse campo abrange qualquer atividade humana, contemporânea ou de outrora, secular ou religiosa. A racionalidade científica e seus modos de conhecimento (percepção, lógica, inferência etc.) inserem-se nesse campo. Já o 'campo do conhecimento', da 'meditação sobre a realidade do coração', da citação, envolve "a prática da razão meditativa, de caráter analítico, sobre a natureza última do sujeito e da realidade que o cerca"<sup>44(49)</sup>.

Para cada campo existe um tipo distinto de *yoga* como método. No primeiro, *yoga* é considerado um instrumento real, visando à produção ou transformação (seja para a obtenção de *siddhi's* ou para reduzir a pressão arterial). No segundo, *yoga* é concebido como um artifício, um 'estratagema da imaginação'<sup>34</sup>, justificável apenas em função do seu resultado, no caso, a remoção da ignorância primordial. Dāyānanda ilustra o caráter *sui generis* desse método por meio de uma parábola:

Um idoso, dentro de sua casa, acometido pelos primeiros sintomas de Alzheimer, exclama à sua esposa: - Aonde estou? Por favor, me leve para casa! Percebendo a confusão do marido, a esposa o coloca no carro para dar uma volta no quarteirão, dizendo que iria conduzi-lo à sua casa. Durante a volta, a esposa o lembra de lugares que lhe são familiares: 'olha a padaria que você frequenta; veja aquela farmácia, onde costumava comprar seus remédios... Parece que estamos a caminho de casa'. Em casa, o idoso se tranquiliza<sup>23</sup>. [adaptação do autor].

Nesse caso, *yoga* seria lembrança<sup>45</sup>. Embora distante do entendimento comum sobre *yoga*, a tradição denomina o método desse campo de *jñāna-yoga*, o 'caminho do conhecimento'. Alternativamente, poderíamos chamá-lo de 'racionalidade yóguica', do radical *ratio* (de divisão, separação), por se tratar de um processo cognitivo de 'dis-cernimento' (ou, no sânscrito, *vi-yoga*) entre o real e o aparente, que, em tese, culminaria no estabelecimento do Um, sem segundo (*advaita*).

## Yoga no SUS

O *yoga* entra no SUS como uma prática de saúde, laica, que apresenta pelo menos três narrativas sobrepostas: 1) *yoga* como estratégia para a promoção de saúde, pelos benefícios físicos e mentais ('fortalece o sistema musculoesquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo') e para a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)<sup>2,3</sup>; 2) *yoga* para tratamento e prevenção de problemas mentais (depressão, ansiedade, insônia)<sup>2,3</sup>; 3) *yoga* voltado para o bem-estar, harmonia ou 'união corpo-mente'<sup>3</sup>, que "preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e uma ética que promova a não-violência"<sup>2(69)</sup>.

O fato de o *yoga* ser abordado em documento oficial nos termos da medicina preventiva sugere que, no SUS, há maior enfoque no discurso médico (pontos 1 e 2) do que no

aspecto *wellness*, esse mais pronunciado no setor privado. O argumento central do *yoga* no SUS é o da redução dos riscos de DCNT. Vale observar que o *yoga*, no SUS, é geralmente praticado nos Centros de Saúde (CS), conduzido por profissionais de saúde e comumente acessado via encaminhamento médico<sup>3</sup>. Além disso, a maioria desses usuários encontra o *yoga* por razões distintas daquelas que levam à sua procura no setor privado. No SUS, geralmente existe algum diagnóstico ou risco de DCNT.

O discurso sobre os fatores de risco, instaurado, sobretudo, com o estudo de Framingham (iniciado em 1948), é considerado o pilar estruturante da medicina preventiva e da epidemiologia clínica. Embora existam claras correlações entre biomarcadores e desfechos de morbimortalidade cardiovascular, considera-se que a noção de risco, no âmbito da saúde, tem levado à individualização dos problemas sociais, ao reducionismo biológico e à dissolução das fronteiras entre o normal e o patológico<sup>46</sup>.

Juntamente com o conceito de 'estilo de vida', o fator de risco está na gênese do *healthism*<sup>47</sup> (imperialismo sanitário), definido como a obsessão compulsiva e neopuritana pela saúde e pela longevidade característica da sociedade contemporânea<sup>48</sup>. Skrabanek observa que, mesmo que a maioria das pessoas não sofra as consequências esperadas de portar um determinado fator de risco, uma vez identificado como tal, existe um processo de reificação: o fator se torna parte constitutiva da pessoa<sup>48</sup>. Majeski e Bhavanani<sup>49</sup> sugerem que o *yoga* pode ser um antídoto a essa introjeção, atuando como 'prevenção quaternária', definida como proteção de danos iatrogênicos e medicalização desnecessária.

Armstrong<sup>50</sup> chama de medicina da vigilância o saber/prática médico emergente no final do século XX, associado às DCNT, que não só alargou o saber e as intervenções para além do corpo como ampliou a temporalidade da intervenção, incluindo enfaticamente e preferencialmente o futuro, via noção de risco.

Novamente, o *yoga*, particularmente, suas práticas meditativas, poderia romper ou ao menos suavizar efeitos físicos, mentais e emocionais de viver em um modo antecipatório de existência, em parte, atribuído ao discurso/manejo dos fatores de risco<sup>51</sup>.

O fato de o *yoga*, no SUS, estar inserido em um contexto biomédico não impede a circulação de discursos próprios, característicos de uma ‘racionalidade médico-yóguica’ (concepção de corpo, saúde-doença, cura etc.), formada pela bricolagem de correntes discursivas que foram se vinculando ao *yoga*. Em estudo observacional em serviços públicos de saúde, Silva et al.<sup>52</sup> identificaram que o *yoga* apresenta um entrecruzamento de narrativas sobre autoajuda, autocuidado e amor-próprio. Contudo, importa compreender os limites do prefixo ‘auto’ dessas expressões, bem como de outros termos utilizados nas aulas, que, sem o tratamento adequado, parecem servir mais para a medicalização do *yoga*.

Há, também, a expressão ‘união corpo-mente’, frequentemente tida como um dos objetivos da prática. Nas aulas de *yoga*, é comum a fala de que a mente controla o corpo, como se fosse “uma inteligência consciente descendo de um reino superior para tomar posse de um veículo físico”<sup>53(2)</sup>. Essa ideia, bastante cristã, mas que também remonta a metáforas das *upaniṣad’s* (como a do cocheiro [o intelecto] conduzindo os cavalos [os instintos])<sup>21</sup> talvez seja

uma maneira desajeitada de descrever o poder de um organismo inteligente de se controlar. Parece razoável pensar em uma parte controlada como uma coisa e a parte controladora como outra<sup>3(2-3)</sup>.

Watts<sup>53</sup> considera que o corpo é inteligente e se informa e se controla, em parte, por meio de processos conscientes e racionais. Para esse autor, a busca de equilíbrio ou união mente-corpo é uma narrativa falaciosa, ligada ao estilo ocidental de individualidade, cuja visão de espiritualidade não confronta o entendimento de sujeito, narcísico e competitivo,

que sustenta a sociedade hodierna<sup>53,54</sup>. Para Śāṅkara, que desconhece a expressão ‘união corpo-mente’, o corpo possui tanta verdade intrínseca quanto a expressão figurada “espaço dentro de um copo”<sup>19(51)</sup>. O valor de ambos, copo e corpo, assumem positividade empírica por estarem em relação com uma entidade verdadeira, espaço e *ātmā*, respectivamente. Em consonância com a tradição<sup>23</sup>, poder-se-ia dizer que o corpo possibilita (ou, mesmo, é) a transacionabilidade da consciência.

Enquanto autores aventam que o *yoga* se assemelha a uma prática ascética clássica, no sentido foucaultiano, capaz de produzir uma forma diferente de ser e de conduzir a vida de forma mais sensível e cuidadosa com o outro e consigo<sup>55,56</sup>, Silva et al.<sup>52</sup> argumentam que a prática converge para uma ‘ascese contemporânea’, expressão utilizada por Ortega<sup>57</sup> para se referir aos procedimentos de cuidado corporal (*e.g. fitness*), médico (*e.g. monitoramento da pressão arterial*) e estético voltados para a construção, descrição e justificação de si (*e.g. ‘estou fora do peso’, ‘sou hipertenso’*) e para a formação de identidades somáticas. Diferentemente das ascèses clássicas, direcionadas para a transcendência do corpo e o bem comum, as ascèses contemporâneas são apolíticas e individualistas, voltadas para a adaptação à norma e para a constituição de modos de existência conformistas<sup>57</sup>.

Essas análises apontam para a ambiguidade do *yoga* com relação ao processo da medicalização da vida, discutida desde a década de 1970<sup>58</sup>. Por um lado, o *yoga* atua como um freio a esse processo, uma vez que não depende da indústria farmacêutica e que enfatiza os recursos internos da pessoa. Por outro lado, o *yoga* no SUS se insere nos mesmos discursos tecnocientíficos impulsionadores da medicalização. E tal lógica tende a acentuar-se à medida que a medicina preventiva avança para uma medicina preditiva, dependente da tecnologia e da ‘clusterização’ de dados, abarcando marcadores das ciências ‘ômicas’ emergentes (genômica, metabolômica etc.). Por exemplo, o estudo de Malhotra et al.<sup>59</sup>

utilizou dispositivos avançados para verificar a eficácia de um programa intitulado 'Módulo de yoga para o coração saudável', em Bhopal, na Índia.

Segundo a tradição investigada, a saúde do coração envolveria um processo de natureza subjetiva e reflexiva sobre as causas da reificação e de introjeção de atributos, como, à guisa de exemplo, dos chamados fatores de risco (*i.e.*, de que são entidades reais, possuidoras de relações determinísticas com certos desfechos e que compõem a 'minha' pessoa), que são sinalizadores de enfermidades e potenciais condicionantes da experiência humana. Na visão das *upaniṣad*'s, a saúde do coração remete mais a uma condição existencial – da ignorância do *ātman* – e seus efeitos principais, como confusão identitária, desejos, aversões e medos, do que aos fatores de riscos.

O significado da expressão 'nós do coração' ressoa com os achados do estudo de Good<sup>60</sup> acerca da 'angústia do coração' (*'heart distress'*), uma condição popular no Irã. Ao analisar a rede semântica associada a essa expressão, Good<sup>60</sup> constata que a concepção biomédica das doenças como entidades naturais é insuficiente para a consideração desse tipo de sofrimento. Daí a necessidade de uma reavaliação da interrelação entre a terminologia médica e o fenômeno da doença, de modo a evitar a redução da primeira a uma mera função descritiva.

Esse e outros estudos antropológicos têm enfatizado a importância crucial da distinção entre doença (*disease*) e enfermidade ou adoecimento (*illness*) na prática e pesquisa médica. Enquanto a doença (*disease*) é compreendida como um desajuste/disfunção nos processos biológicos/psicofisiológicos, a enfermidade/adoecimento (*illness*) engloba as respostas subjetivas, interpessoais e culturais à doença ou ao desconforto. A enfermidade/adoecimento (*illness*) é moldada por fatores culturais que influenciam a percepção, a rotulagem, a explicação e a valoração da experiência de sofrimento, processos intrinsecamente imersos em uma complexa teia familiar, social e cultural<sup>60,61</sup>.

Além de convergir com parte da rede semântica popular associada ao conceito de coração, acredita-se que a exposição dos fundamentos ontológicos da tradição védica (incluindo a contraparte sânscrita do 'coração'), que apontam para a irredutibilidade do princípio subjetivo e que questionam a realidade autônoma dos *upādhi*'s, poderia, no contexto de um grupo de *yoga* no CS, servir de prevenção quaternária, no sentido de atenuar ou evitar comuns efeitos deletérios da introjeção de fatores relacionados ao estilo de vida (*e.g.*, 'sou sedentário'), a características físicas (*e.g.*, 'sou obeso'), fisiológicas (*e.g.*, 'tenho pressão alta'), moleculares etc. advindas do processo de medicalização da prevenção. Abre-se aí a oportunidade para outros *yogas*, assemelhados não a uma atividade física/prática corporal, mas a discussões de cunho filosófico-reflexivo, que poderiam enriquecer e ser enriquecidas pelas conhecidas técnicas do *yoga*. Prevê-se que tais discussões atuariam sinergicamente com estratégias preventivas já utilizadas no CS, redutoras de risco cardiovascular (como grupos de tabagismo, de reeducação alimentar etc.), além de outras desejáveis e mais potentes, em abordagem populacional e societal, conforme defendeu Geoffrey Rose<sup>62</sup>.

## Considerações finais

No contexto de inserção das Pícs no SUS, este estudo destacou a importância de aprofundar a reflexão filosófica sobre as práticas adotadas, especialmente no que diz respeito ao *yoga*. O estudo identificou que, na tradição das *upaniṣad*'s, conforme comentada por Śaṅkara, a palavra 'coração' apresenta um caráter ontológico, pois aponta para um princípio único, o Eu (*ātman*). Para 'conhecer' esse princípio, essa literatura propõe *yoga*: um processo introspectivo e discriminativo entre o real e o aparente que visa à eliminação de noções errôneas que o sujeito tem sobre si. Também, o estudo identificou um significado pouco explorado de *yoga*, desconhecido no

SUS: como artifício, da ordem do discurso. Tal *yoga* poderia, por meio da falseabilidade dos ‘adjuntos limitantes’, servir como prevenção quaternária, contrapondo-se ao processo de reificação e de introjeção dos fatores de risco, o que é significativo, devido à promessa da medicina preventiva de perfilar bioidentidades com base em marcadores moleculares de risco.

O *yoga* ainda é pouco explorado enquanto atividade centrada na e pela palavra, envolvendo autorreflexão, considerando os caminhos desse saber na ocidentalização. Há de se considerar, também, a influência da ideologia neoliberal na sua conformação e popularização. Outrora, fora estabelecido em um contexto hermenêutico-dialógico, entre mestre e discípulo, e agora é formatado em aulas práticas, com narrativas espirituais ajustadas à lógica do mercado<sup>63</sup>. Assim como Latour<sup>64(31)</sup> fala sobre os enunciados religiosos, as *upanishad’s* “não pretendem transportar informações, mas

modificar a quem se dirige”. Ao final do projeto soteriológico, o estudante deve constatar que “o espaço do coração tem a mesma magnitude que o espaço total”<sup>17(416)</sup>.

Deixemos para os condutores dos grupos de *yoga* no SUS o desafio de vislumbrar e implementar outros *yogas*, se não voltados para a liberação radical do senso de limitação, ao menos para o enfrentamento dos problemas do cotidiano de pessoas e comunidades.

## Colaboradores

Pereira LF (0000-0003-0441-9119)\* contribuiu para a concepção da pesquisa, delineamento do estudo e redação do artigo. Tesser CD (0000-0003-0650-8289)\* contribuiu para o delineamento do artigo, orientação acadêmica, revisão crítica e redação da versão final do artigo. ■

## Referências

1. Alter JS. *Yoga in modern India: The body between science and philosophy*. Princeton: Princeton University Press; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União. 28 Mar 2017; Seção I:68-9.
3. Figueiredo R, Paiva C, Morato M. Práticas integrativas no SUS: Yoga e Meditação. [Rio de Janeiro]: Canal Saúde Fiocruz, 2017. Vídeo: 26min 24s. [acesso em 2023 set 22]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/23071>.
4. Michelis Ed. *A history of modern yoga: Patanjali and western esotericism*. Londres: A&C Black; 2005.
5. Singleton M. *Yoga body: The origins of modern posture practice*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
6. Santos BS. *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul*. São Paulo: Autêntica; 2019.
7. Siegel P, Bastos CLGB. Yoga: um objeto de fronteira? *Interface (Botucatu)*. 2020 [acesso em 2023 set 22]; 24:e200180. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200180>.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Mallinson J, Singleton M. *Roots of yoga*. Londres: Penguin Books; 2017.
9. Taschner NP, Orsi C, Almeida PVG, et al. The impact of personal pseudoscientific beliefs in the pursuit for non-evidence-based health care. *J. EvidBased Healthc*. 2021 [acesso em 2023 set 22]; 3:e3516. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2675-021Xeviden-cc.2021.e3516>.
10. Alter JS. Modern Medical Yoga: Struggling with a History of Magic, Alchemy and Sex. *Asian Med*. 2005; 1(1):119-146.
11. Jeter PE, Slutsky J, Singh N, et al. Yoga as a therapeutic intervention: a bibliometric analysis of published research studies from 1967 to 2013. *J. Altern. Complement. Med*. 2015; 21(10):5865-92.
12. Khalsa SBS, Cohen L, Mccal T, et al. *The principles and Practice of Yoga in Health Care*. Londres: Jessica Kingsley Pub; 2016.
13. Basu-Ray I, Mehta D, organizadores. *The Principles and Practice of Yoga in Cardiovascular Medicine*. Singapore: Springer Nature Singapore; 2022.
14. Feuerstein G. Whither Yoga therapy? *Int. J. Yoga Therap*. 1999; 9(1):5-6.
15. San Diego. Superior Tribunal de Justiça da Califórnia. *Apelação Stephen Sedlock vs Baird. Pedido de Licença para Arquivo Amicus Curiae briefin Apoio aos Respondentes e Afirmação: caso nº 37--2013-00035910-CU-MC--CTL. Court of Appeal of the State of California*. 2015. [acesso em 2022 dez 20]. Disponível em: <https://www.yogaalliance.org/portals/0/articles/sedlock%20v.%20baird%20amicus%20brief.pdf>.
16. Simões RS. In Search of the Authenticity of Contemporary Yogas of Non-Indian Matrix. *J Lat Am Relig*. 2022; 6:323-46.
17. Jha G, tradutor. *The Chāndogyopaniṣad: A Treatise on Vedānta Philosophy Translated into English with the Commentary of Sankara*. Puna: Oriental Book Agency; 1942.
18. Madhavananda S, tradutor. *The Bṛhadāraṇyaka Upaniṣad: with the commentary of Śaṅkarācārya*. Almora: Advaita Ashrama; 1950.
19. Gambhirananda S, tradutor. *Brahma Sūtra Bhāṣya of Śaṅkarācārya*. Calcutá: Advaita Ashrama; 1983.
20. Gambhirananda S, tradutor. *Eight Upaniṣads: with the commentary of Śaṅkarācārya*. Calcutá: Advaita Ashrama; 2003. (v. 2).
21. Gambhirananda S, tradutor. *Eight Upaniṣads: with the commentary of Śaṅkarācārya*. Calcutá: Advaita Ashrama; 2004. (v. 1).
22. Dasgupta S. *A history of indian philosophy*. Cambridge: University Press; 1922.
23. Arsha Vidya Research & Publication. Trust. *Teachings of Swami Dayananda* [áudio]. Tamilnadu: Arsha Vidya Research & Publication. Trust; 2010. [acesso em 2023 ago 23]. Disponível em: <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.avrpt.teachingsofswamidayananda&hl=en&gl=US&pli=1>.
24. Puligandla R. *Fundamentals of indian philosophy*. Nashville: Abingdon Press; 1975.
25. Murti TRV. *Studies in Indian Thought: Collected Papers of Prof. TRV Murti*. Delhi: Motilal Banarsidass Publ; 1983.
26. Singleton M, Larios B. The scholar-practitioner of yoga in the western academy. In: Newcombe S, O'Brien-Kop K, organizadores. *Routledge Handbook of Yoga and Meditation Studies*. Londres: Routledge; 2020. p. 37-51.
27. Gonda J. Some notes on the function of the 'heart'. In: Gonda J. *The vision of the vedic poets*. Paris: Mouton & Co. Pub.; 1963. p. 276-88.
28. Pokorny J. *An Etymological Dictionary of the Proto-Indo-European Language*. Badajoz: Indo-European Language Revival Association; 2007.

29. Skeat WW. An etymological dictionary of the English language. Oxford: Clarendon Press; 1893.
30. *Baṭṭācārya JV*. A comprehensive Sanskrit-English lexicon: chiefly based on Professor Horace Hayman Wilson's Sanskrit - English Dictionary and compiled from various recent authorities for the use of schools and colleges. Calcutta: Calcutta Press; 1900.
31. Takezaki R. The Heart (*hārdi/hṛd-*) and the Formula “to Fashion (ffl takṣ) a Hymn” in the *R̥gveda*. J. Int. Assoc. Buddh. Stud. 2017; 65(3):1054-8.
32. McArthur J. Ephesians MacArthur New Testament Commentary. Chicago: Moody Publishers; 1986.
33. Loundo D. Os Upaniṣads e a noção de ignorância (*avidyā*) segundo *Śaṅkarācārya*. REVER: Rev. Est. Rel. 2021; 21(2):11-28.
34. Loundo D. A Mistagogia Apofática dos Upanisads na Escola Não-Dualista Advaita Vedanta de Satchidanandendra Saraswati. Numen. 2011; 14(2):109-30.
35. Cowan T. Human heart, cosmic heart: a doctor's quest to understand, treat and prevent cardiovascular disease. Vermont: Chelsea Green Pub; 2016.
36. *Dāyānanda S*. Bhagavad Gita Home Study. Madras: Arsha Vidya Research & Pub. Trust; 2019.
37. Joshi KS. On the meaning of *yoga*. Philos. East West. 1965; 15(1):53-64.
38. Frawley D. Gods, sages and kings: vedic secrets of ancient civilization. Salt Lake City: Passage Press; 1991.
39. White DG. The “Yoga Sutra of Patanjali”: A biography. Princeton: Princeton University Press; 2014.
40. Comans M. The Question of the Importance of *Samādhi* in Modern and Classical Advaita Vedānta. Philos. East West. 1993; 43(1):19-38.
41. Rukmani TS. *Śaṅkara's* views on *yoga* in the *Brahmasūtrabhāṣya* in the light of the authorship of the *Yogasūtrabhāṣya - vivaraṇa*. J. Indian Philos. 1993; 21(4):395-404.
42. Sundaresan V. *Yoga* in *Śaṅkaran Advaita Vedānta*: a reappraisal. In: Wicher I, Carpenter D, organizadores. *Yoga: the Indian Tradition*. Londres: Routledge Curzon; 2003. p. 99-129.
43. *Gītā B*. With the Commentary of *Śrī Śaṅkarācārya*. Tradução Gambhirananda S. Tradutor Calcutá: Advaita Ashrama; 2006.
44. Loundo D. As raízes hinduístas do budismo. Numen: Rev Est. Pesq. Rel. 2017; 20(1):47-56.
45. Nunes T. *Yoga como lembrança*. Florianópolis: Vida de Yoga; 2020.
46. Maturo A. Medicalization: Current concept and future directions in bionic society. Mens sana Monogr. 2012; 10(1):122-33.
47. Turrini M. A genealogy of “healthism”: healthy subjectivities between individual autonomy and disciplinary control. J Med Humanit & Soc St Scien Tec. 2015; 7(1):11-27.
48. Skrabanek P. The death of human medicine and the rise of coercive healthism. Londres: The social affair unit; 1994.
49. Majeski L, Bhavanani AB. *Yoga therapy: a whole-person approach to health*. Filadelfia: Singing Dragon; 2020.
50. Armstrong D. The rise of surveillance medicine. Sociol. Health Illn. 1995; 17(3):393-404.
51. Pereira LF, Tesser CD. O sofrimento futuro pode ser evitado: o *yoga* como estratégia na prevenção primária das doenças cardiovasculares. Physis. 2023; 33(e33049).
52. Silva e Gomes LR, Almeida FQ, Galak EL. O *yoga* no serviço de orientação ao exercício (SOE) de Vitória: uma ascese contemporânea religiosa e corporal. Pensar a prática. 2020; 23(e56650):1-24.

53. Watts AW. *The joyous cosmology: Adventures in the chemistry of consciousness*. California: New World Library; 2013.
54. Watts AW. *Psychotherapy east & west*. Nova Iorque: Pantheon Books; 1963.
55. Pantoja PD, Chiesa GR. Yoga: um método-chave para o cuidado de si e do outro. *Physis*. 2022; 32(3):1-18.
56. Rabello EG, Yonezawa FH, Louzada APF. O yoga como prática de áskesis. *Motriviv*. 2018; 30(55):208-26.
57. Ortega F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cad. Saúde Colet*. 2003; 11(1):59-77.
58. Pereira LF, Rech CR, Morini S. Autonomia e Práticas Integrativas e Complementares: significados e relações para usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2021; 25(e200079):1-17.
59. Malhotra V, Takare A, Bharshankar R, et al. Efeito do Yoga na taxa de pulso e saturação de oxigênio: análise dos parâmetros psicofisiológicos. *Cad. Naturologia Ter. Complement*. 2020; 9(17):9-20.
60. Good BJ. The heart of what's the matter the semantics of illness in Iran. *Cult. Med. & psych*. 1977; 1(1):25-58.
61. Kleinman A, Eisenber L, Good BJ. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of inter. medi*. 1978; 88(2):251-8.
62. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Bmj Brit Med J*. 1981; 282(6279):1847-51.
63. Jain AR. Neoliberal yoga. In: Newcombe S, O'Brien-Kop K, organizadores. *Routledge Handbook of Yoga and Meditation Studies*. Londres: Routledge; 2020. p. 51-62.
64. Latour B. *Júbilo ou os tormentos do discurso religioso*. São Paulo: Ed. Unesp; 2020.

---

Recebido em 06/04/2023

Aprovado em 03/10/2023

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 e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - processo nº 313822/2021-2



## Vigilância participativa: caminhos para a Saúde Única no Pantanal e na fronteira oeste

*Participatory surveillance: paths to One Health in the Pantanal and the western border*

Jessica Andrade de Oliveira<sup>1</sup>, Alessandra Rodrigues de Mendonça Favacho<sup>2</sup>, Raquel Soares Juliano<sup>3</sup>, Lucas França de Barros<sup>4</sup>, Pedro Zeno<sup>1</sup>, Alex Pauvolid-Corrêa<sup>5</sup>, Marcia Chame<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408759P

**RESUMO** O projeto ‘Saúde Única no Pantanal: participação da sociedade na vigilância de emergência de zoonoses como efeito pós-incêndios no território e formação de estratégias integradas’ objetivou integrar representações institucionais e da sociedade local; ampliar o uso do Sistema de Informação em Saúde Silvestre (SISS-Geo) para o monitoramento da fauna; identificar áreas prioritárias para vigilância de zoonoses e construir caminhos envolvendo a Saúde Única (SU). Realizou webinar, apontando a necessidade de eventos mais amplos com a participação de lideranças em cada um dos territórios escolhidos. Foram executados seminários e oficinas nos estados de Mato Grosso do Sul (MS), com a participação de gestores do serviço de saúde da Província de Santa Cruz, Bolívia, e de Mato Grosso. A representatividade dos diferentes segmentos nos eventos possibilitou a articulação de cidadãos e gestores locais. Nas comunidades tradicionais, foi possível abordar os impactos dos incêndios e dar oportunidade para que essas pessoas manifestassem suas prioridades e demandas de saúde, antes e depois dos incêndios. A Oficina Síntese realizada em Corumbá, MS possibilitou a devolutiva dos resultados e a integração com representantes de diferentes instituições do Brasil e da Bolívia, além da prospecção e priorização de enfermidades a serem incorporadas em modelo de SU para o Pantanal e fronteira oeste do Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** Zoonoses. Sistemas de informação em saúde. Biodiversidade. Participação cidadã em ciência e tecnologia. Vigilância em saúde pública.

**ABSTRACT** *The project ‘One Health in the Pantanal: society’s participation in the emergency surveillance of zoonoses emergency as a post-fire effect in the territory and the formation of integrated strategies’ aimed to integrate institutional representations and local society; expand the use of Wildlife Health Information System (SISS-Geo) for fauna monitoring; identify priority areas for zoonosis surveillance and build paths involving One Health (OH). A webinar was held, highlighting the need for broader events with the participation of leaders in each of the chosen territories. Seminars and workshops were held in the states of Mato Grosso do Sul (MS), with the participation of health service managers from the Province of Santa Cruz, Bolivia, and Mato Grosso. The representation of different segments at the events enabled the articulation of citizens and local managers. In traditional communities, it was possible to address the impacts of the fires and provide the opportunity for these people to express their health priorities and demands, before and after the fires. The Synthesis Workshop held in Corumbá, MS allowed the feedback of results and integration with representatives from different institutions in Brazil and Bolivia, and prospecting and prioritization of illnesses to be incorporated into the OH model for the Pantanal and western border of Brazil.*

**KEYWORDS** *Zoonoses. Health information systems. Biodiversity. Citizen participation in science and technology. Surveillance, public health.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
jessica.deoliveira@fiocruz.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Campo Grande (MS), Brasil.

<sup>3</sup>Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa Pantanal) – Corumbá (MS), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat) – Cáceres (MT), Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal de Viçosa (UFV) – Viçosa (MG), Brasil.



## Introdução

Apesar de o conceito de Saúde Única (SU) ter sido estabelecido em 2004 diante dos desafios observados por biólogos da conservação, médicos e veterinários para controlar e prevenir doenças zoonóticas, só recentemente, ampliou-se como orientador de políticas internacionais, culminando no recente acordo quadripartite para sua implementação diante das diversas ameaças e perdas na Covid-19<sup>1</sup>. Ainda que amplamente tratada e, de fato, ela seja uma nova oportunidade de integração de esforços para a prevenção de doenças no cenário crescente da perda da biodiversidade e ecossistemas naturais, poluição, urbanização, vulnerabilidades, entre muitos fatores que promovem a transmissão de patógenos silvestres para pessoas e animais domésticos, a SU ainda é abstrata na sua implementação e entendimento. Na prática, todos os seus componentes não são integrados entre responsabilidades setoriais, proteção de dados, lentidão e falta de interoperacionalidade entre sistemas de informação, distanciamento da participação da sociedade, e elos que podem fundamentar a SU para além de uma abordagem e, efetivamente, construí-la como uma estratégia factível.

Na sua concepção, a vigilância em saúde é um dos pilares da SU uma vez que a antecipação de surtos, epidemias e pandemias carecem de informação de qualidade para ações de controle e prevenção efetivas, demanda antiga e ainda atual<sup>2</sup>. No Brasil, a vigilância em saúde se estabeleceu no Sistema Único de Saúde (SUS) com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.378, de 2013), que compreende (Portaria GM/MS nº 3.252/09) Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde Ambiental e carece de maior integração entre estas, bem como com outros setores. A lentidão, a baixa acurácia dos processos de dados e a ausência de interoperacionalidade entre sistemas de informação não georreferenciadas dificultam a implementação de ações rápidas, especialmente em locais de

difícil acesso, limitações do setor de saúde local, vulnerabilidades socioeconômicas e ambientais. Entretanto, essa não é uma condição exclusiva do Brasil, e novos métodos vêm sendo discutidos em âmbito tanto internacional<sup>3-6</sup> quanto nacional<sup>7-9</sup>.

A vigilância participativa surgiu da prática do esforço coletivo para o monitoramento de animais potencializados pela criação da internet<sup>10</sup>, que inicialmente estudou a construção coletiva de dados (*crowdsourcing*) nas redes sociais on-line, escreve:

[...] dá a oportunidade de desafiar os entendimentos convencionais de vigilância que muitas vezes se concentram no controle e no desempoderamento. No contexto das redes sociais on-line, a vigilância é algo potencialmente fortalecedor, construtor de subjetividade e até lúdico - o que chamo de vigilância participativa<sup>10</sup>. [tradução livre].

Na vigilância participativa em saúde, a sociedade significa mais do que uma fonte para obtenção de dados oportunos, busca envolver pessoas e comunidades na solução de seus problemas<sup>4,11</sup>. Apesar das limitações que podem ser melhoradas e vencidas com treinamentos, formação e divulgação científica, a vigilância participativa tem demonstrado ser flexível, escalável, de baixo custo, consistente na coleta de dados. Se subsidiada por plataformas digitais de fácil uso e acesso, amplia a informação por áreas geográficas nas quais é difícil a vigilância tradicional e traz informações que atendem a todas as vigilâncias, criando também espaço inovador para a integração com outros setores, necessária aos desafios da SU e ao futuro<sup>12,13</sup>.

Na perspectiva futura de risco de emergências zoonóticas, o Brasil, por abrigar cerca de 20% de toda a biodiversidade global<sup>14</sup> e, conseqüentemente, grande variedade de agentes etiológicos zoonóticos nativos<sup>15-17</sup>, é considerado como *hotspot* para emergência de zoonoses<sup>18,19</sup>. Ainda que, até o momento, o País não tenha exportado agentes etiológicos pandêmicos, historicamente, somos acometidos

violentamente por agentes infecciosos exóticos<sup>20</sup>, por acúmulo de perdas e ocupação de ecossistemas nacionais<sup>21</sup> que expõem humanos e animais domésticos e silvestres a agentes zoonóticos conhecidos e àqueles ainda a serem descobertos<sup>22-25</sup>. Nesse cenário, o monitoramento de doenças zoonóticas emergentes no contexto socioambiental e político é passo estratégico para a antecipação e a preparação para o enfrentamento de novas pandemias. Além do desafio das dimensões continentais e dos variados níveis de desenvolvimento socioeconômico e vulnerabilidades, as políticas ambientais, sanitárias, econômicas e transfronteiriças são ameaças.

Nacionalmente, o Pantanal é estratégico para a vigilância de agentes zoonóticos, pois reúne populações tradicionais, indígenas e quilombolas vulneráveis, além de estar localizado em área de expansão do agronegócio, com ampla fronteira seca com a Bolívia e o Paraguai, dinâmica marcada de secas e cheias, que impõem transformações importantes pelo uso da terra, com limitação das forças políticas para a conservação do bioma e garantia de vida das populações tradicionais<sup>26</sup>.

Em 2020, o Pantanal sofreu dramáticos incêndios florestais, em que foram estimados 4,5 milhões de hectares queimados, 30% do bioma, resultando em aproximadamente 17 milhões de vertebrados mortos pelo efeito direto das chamas<sup>27</sup>. Entre os grupos mais afetados, estão os pequenos roedores, animais importantes na cadeia alimentar e envolvidos em ciclos de manutenção de vírus enzoóticos como arbovírus e hantavírus<sup>28</sup>. O fogo no Pantanal causou também queima de tecidos respiratórios, fome, perda de vegetação e de roças, de espécies de uso medicinal, traumas e distúrbios psicológicos, e contaminação ambiental<sup>29</sup>. Criou, da mesma forma, condições favoráveis para disseminação de patógenos virais e fúngicos na fauna silvestre<sup>30</sup> e outros agentes infecciosos pela redução dos recursos nutritivos, aglomerações e estresse<sup>31</sup>. Dentre patógenos virais já conhecidos, destaca-se o aumento dos casos de dengue no ano de 2020 em regiões próximas

ao Pantanal. Em Mato Grosso (MT), de 2017 a 2021, houve um aumento de 139% nos casos da doença, passando de 9.425 casos para 35.240. Em Mato Grosso do Sul (MS), o aumento nos casos de dengue foi de 89,67% entre 2017 e 2021 (dados do projeto ainda não publicados obtidos a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan<sup>32</sup>). Além disso, o impacto do deslocamento e a aproximação das espécies silvestres das comunidades humanas permanecem desconhecidos.

Dessa forma, o fortalecimento de estratégias participativas para a saúde, com envolvimento de comunidades, setores produtivos locais, pesquisadores, gestores e equipes de saúde e ambiente, é estratégico para enfrentar o longo processo de restauração ambiental que está por vir<sup>33,34</sup>. Diante desse desafio, foi proposto, em 2019, o Projeto ‘Saúde Única no Pantanal: participação da sociedade na vigilância de emergência de zoonoses como efeito pós-incêndio no território e formação de estratégias integradas’, parte da iniciativa do Programa Institucional Territórios Saudáveis e Sustentáveis da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Dentre os objetivos do projeto, ressaltam-se os esforços para integração das instituições com as diversas representações da sociedade local; a ampliação do uso do Sistema de Informação em Saúde Silvestre (SISS-Geo)<sup>9</sup> para a vigilância participativa da fauna; a identificação de áreas prioritárias para vigilância de zoonoses e, a partir das ações experimentadas, o embasamento para a construção de novos caminhos que envolvam e encaminhem a SU na região.

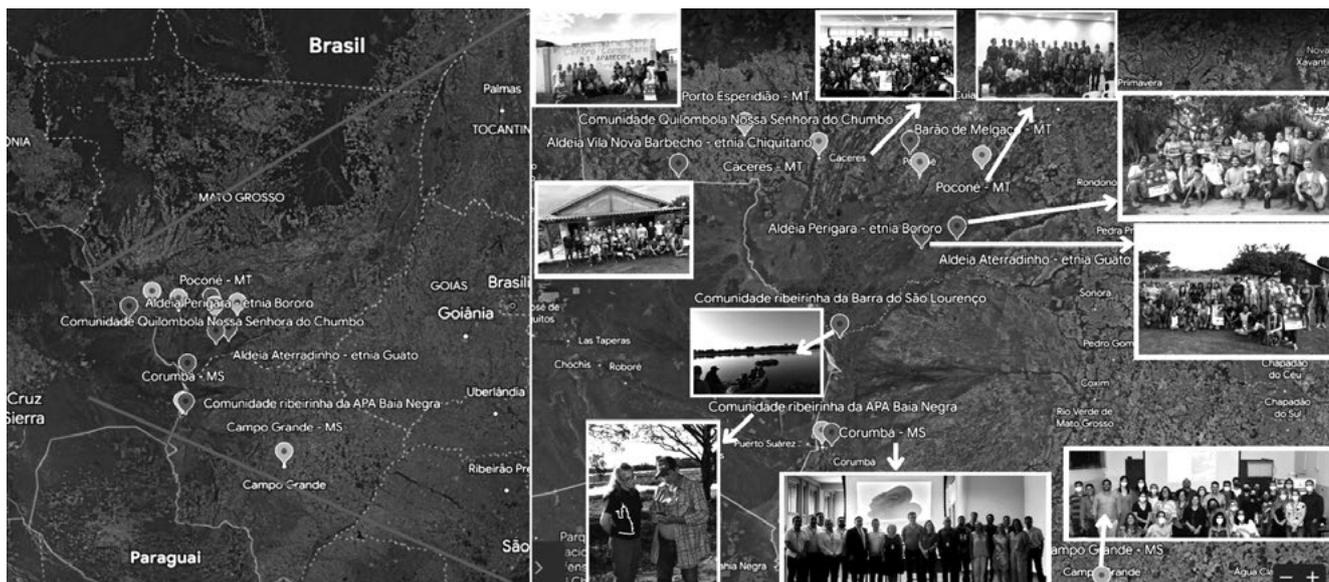
## Material e métodos

Este projeto foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat), *campus* de Cáceres, da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa Pantanal), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Ceará, da Universidade Federal de Viçosa

(UFV) e do Serviço Social de Comércio (Sesc) Pantanal. Quatro territórios foram escolhidos: Cáceres (ampliada para Porto Esperidião) e Poconé (ampliada para Barão de Melgaço)

em Mato Grosso; e Corumbá (ampliada para Ladário) e Campo Grande em Mato Grosso do Sul (*figura 1*).

Figura 1. Mapa de distribuição dos territórios onde o projeto Inova Pantanal atuou



Fonte: elaboração própria.

O cenário e os atores foram definidos para a realização de oficinas específicas de treinamento para o uso do SISS-Geo envolvendo a participação do ‘colaborador cidadão cientista’ e dos gestores municipais e estaduais de saúde e de ambiente. A combinação das avaliações de início e a propagação dos incêndios na região do Pantanal Norte, a partir das imagens satelitais com as informações de mortalidade de flora e fauna de vertebrados pelo fogo, embasaram a identificação das áreas escolhidas como de risco de emergência de zoonoses (*figura 1*).

A estratégia para a ampliação da vigilância de zoonoses nas áreas atingidas pelos incêndios e, de forma geral, para os dois estados foi a realização de oficinas para o treinamento e a formação de multiplicadores para o uso do SISS-Geo. A Plataforma SISS-Geo é fundamentada nos preceitos da ciência cidadã e

da SU. Utiliza tecnologia digital e participação social como ferramentas para auxiliar na vigilância de zoonoses e no monitoramento da fauna silvestre brasileira<sup>9</sup>. Muitas comunidades tradicionais ribeirinhas, indígenas ou quilombolas possuem redes de acesso à internet e utilizam-se dessa tecnologia como principal forma de contato com a sociedade externa, oferecendo oportunidade significativa de integração dessas pessoas na vigilância participativa em saúde e na formação. Dados georreferenciados, com imagens e informações agregadas ao animal e dos impactos observados no local, auxiliam na rapidez da investigação, uma vez que alertas são gerados e distribuídos em tempo real para gestores nacionais, estaduais e municipais. Dessa forma, provêm do campo, da pessoa comum, dos profissionais de saúde, ambiente, bombeiros ou defesa civil,

todos que estão na ponta, os dados que auxiliam a tomada de decisão<sup>13</sup>.

Um seminário virtual de alinhamento para conhecimento e apresentação do projeto, envolvendo diversos segmentos e setores regionais, foi realizado em 2021.

Um primeiro evento presencial foi realizado em Campo Grande, MS, em 2022, reunindo gestores públicos de áreas relacionadas com a SU, educadores, pesquisadores, estudantes e profissionais atuantes em Organizações da Sociedade Civil (OSC) de MS. Foram abordados estudos sobre as queimadas no Pantanal, vigilância participativa, iniciativas na implantação de uma secretaria estadual de SU, além da oficina de treinamento para o SISS-Geo.

Duas expedições foram realizadas (2022-2023) com atividades presenciais, com cerca de 10 dias cada, quando as comunidades foram alcançadas por meio terrestre e fluvial, correspondendo a mais de mil quilômetros rodados por terra e navegação de, em média, seis horas (300 km) para acesso a comunidades ribeirinhas e indígenas.

As expedições realizadas em MT e em MS contaram com a realização de seminários para gestores de saúde, ambiente e diversos órgãos, professores, estudantes e profissionais de Organizações Não Governamentais (ONG) e oficinas com comunidades tradicionais, aldeias indígenas e quilombos sobre a relação da saúde silvestre e humana, treinamento para o uso e formação de multiplicadores do SISS-Geo e rodas de conversa, além de atividades de interesse local, como boas práticas em biossegurança, para guardas-parque, agentes da Defesa Civil, Marinha do Brasil, bombeiros. Essas oficinas foram conduzidas com base na discussão social e na troca de conhecimento e de saberes sobre os problemas de saúde locais, dos impactos do fogo na vida cotidiana, da expectativa sobre as mudanças impostas pelo novo cenário ambiental. Para estimular a participação, trabalhou-se de modo coletivo com perguntas sobre como os incêndios alteraram os animais silvestres, domésticos e a água; as dificuldades enfrentadas com os incêndios;

se apareceram doenças novas e como a vida mudou nos últimos anos. Além disso, materiais educativos foram entregues e utilizados nas dinâmicas, pois representam a devolutiva imediata às comunidades.

As oficinas foram avaliadas voluntariamente com objetivo de identificar dificuldades na compreensão da linguagem utilizada, quais fatores podem estimular a participação no uso do SISS-Geo e melhorias na oficina.

As relações institucionais construídas e a riqueza de informação colhida culminaram na oportunidade da realização de uma Oficina Síntese, dinamizada pela construção coletiva de grupos formados por profissionais com experiências distintas, baseada na metodologia utilizada na Etiópia pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>35</sup> modificada para adequação à realidade e objetivos regionais.

Todas as atividades nas aldeias indígenas e no quilombo tiveram a autorização expressa de seus caciques e líderes e, por seu objeto, dispensaram avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução CNS nº 466/2012<sup>36</sup>.

## Resultados e discussão

O seminário virtual promoveu discussões e reflexões sobre o tema de SU no Pantanal, considerando os impactos ambientais, socioeconômicos e comportamentais causados pelos incêndios de 2020. Dos dados reais, mensurados pelo MAPBioma, mortes de milhões de animais estimadas<sup>27</sup>, desafios das secretarias de saúde estaduais e municipais em lidar casos de Covid-19 e problemas respiratórios por fumaça na assistência à saúde humana<sup>37</sup> ao relato do povo pantaneiro, observou-se a dramática situação.

*Olhar a imensidão do Pantanal e não reconhecer o local onde nasceu, não ter o que colher, tudo virou cinzas e olhar animais feridos e sedentos perambulando sem saber para onde ir, trouxe a todos nós*

*apatia, desesperança, desespero. Por onde recomendar?* (Cláudia Sala de Pinho – Representante dos Povos Tradicionais do Pantanal).

O seminário redirecionou parte das atividades realizadas em 2022. Além das oficinas com as comunidades previamente identificadas, as assimetrias regionais evidenciadas nas falas, os múltiplos e diferentes atores envolvidos ou potencialmente contribuintes para a integração para a SU e o uso do SISS-Geo apontaram a necessidade da realização de seminários mais amplos com a participação de tomadores de decisão em cada um dos estados e nos territórios de trabalho.

Em junho de 2022, foi realizada a primeira expedição ao Pantanal Sul (*figura 1*), com a realização do seminário ‘Painel desafios e oportunidades para a vigilância de emergência de zoonoses no Pantanal’ em Campo Grande e em Corumbá (MS); e do seminário ‘Saúde Única no Pantanal: participação da sociedade na vigilância de emergência de zoonoses’, realizado com a colaboração da Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços (*Campus* do Pantanal da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – CPAN/UFMS). Os seminários treinaram 73 participantes para uso do SISS-Geo (*quadro 1*). As discussões reforçaram a importância da ocorrência transfronteiriça de vírus rábico de ciclo urbano, das leishmanioses e, recentemente, da esporotricose. A presença de profissionais de saúde da Província de Santa Cruz na Bolívia no seminário, interessados na discussão da SU em Corumbá, trouxe a perspectiva da possibilidade da ampliação do SISS-Geo para a área de fronteira.

Foram realizadas oficinas de ‘Treinamento de multiplicadores para o uso do SISS-Geo na vigilância de zoonoses e monitoramento de fauna’ na comunidade da Área de Proteção Ambiental (APA) da Baía Negra (Ladário/MS) e na Comunidade Barra do São Lourenço (Corumbá/MS) totalizando 38 participantes. As atividades nas comunidades tiveram como parceria a Associação de Mulheres Produtoras da APA da Baía Negra, Associação Renascer – Associação de Mulheres Artesãs da Comunidade da Barra do São Lourenço, e da Ecologia e Ação – Ecoa, ONG que trabalha para conservação e sustentabilidade no Pantanal.

A segunda expedição do projeto ocorreu de 24 de fevereiro a 3 de março de 2023 no Pantanal de MT, em quatro municípios (*figura 1*). Foram realizadas similares à 1ª Expedição em quatro comunidades: Aldeia Perigara – povo indígena Bororo; Aldeia Aterrado – povo indígena Guató (Barão de Melgaço/MT); Aldeia Vila Nova Barbecho – povo indígena Chiquitano (Porto Esperidião/MT); e comunidade quilombola Chumbo, no distrito de Nossa Senhora Aparecida do Chumbo (Poconé/MT).

Um seminário em Poconé, com o apoio do Sesc Pantanal, e outro em Cáceres, com auxílio do Fórum da Comarca e da Unemat, foram realizados nos moldes dos efetuados em Campo Grande e em Corumbá. Tais seminários tiveram caráter instrucional e contaram com a presença de representantes de diversos órgãos, além da defesa civil, empresários do turismo ecológico, do corpo médico da Marinha do Brasil em Poconé, estudantes e professores (*quadro 1*).

Quadro 1. Síntese das atividades do projeto Inova Pantanal

Evento	Data	Local	Número	Número	Número	Público
			Particip. Mulheres	Particip. Homens	Particip. Total	
<b>Pantanal Sul</b>						
Seminário 'Painel desafios e oportunidades para a vigilância de emergência de zoonoses no Pantanal'	27/06/22	Campo Grande/MS	10	35	45	Batalhão de Polícia Militar Ambiental - PMES Centro de Controle de Zoonoses de Campo Grande Centro Técnico de Informática - CTI Coordenação Geral de Vigilância Ambiental Defesa Civil do Estado de Mato Grosso do Sul Divisão Geral de Vigilância Sanitária Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária - Embrapa Projeto Ariranha Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS
Seminário 'Saúde única no Pantanal: participação da sociedade na vigilância de emergência de zoonoses como efeito pós-incêndios o território e formação de estratégias integradas de prevenção e controle'	29/06/22	Corumbá/MS	16	12	28	Centro de Controle de Zoonoses de Campo Grande Coordenação Geral de Vigilância Ambiental, SVS/MS Coordenação Geral de Zoonoses, SVS/MS Defesa Civil de Campo Grande Escola Nacional de Saúde Pública - Ensp/Fiocruz Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - Ibama MEF Polícia Militar Ambiental Proteção Animal de Campo Grande Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande Unicesumar CMG UFMS
Oficina APA da Baía Negra	30/06/22	APA Baía Negra - Ladário	6	9	15	Moradores, Associação de Mulheres Produtoras da APA da Baía Negra
Oficina Comunidade Barra de São João	01/07/22	Rio Paraguai - Comunidade Ribeirinha Barra de São João	22	1	23	Moradores, Associação Renascer - Associação de Mulheres Artesãs da Comunidade da Barra do São Lourenço e da Ecologia e Ação - Ecoa

Quadro 1. Síntese das atividades do projeto Inova Pantanal

Evento	Data	Local	Número	Número	Número	Público
			Particip. Mulheres	Particip. Homens	Particip. Total	
Oficina Síntese do projeto 'Caminhos para a saúde única no Pantanal e fronteira Oeste'	25/04/23	Corumbá/MS	39	36	75	
<b>Pantanal Norte</b>						
Oficina de Saúde Silvestre e humana no Pantanal e treinamento de multiplicadores para o uso do SISS-Geo na vigilância de zoonoses e monitoramento de fauna'	25/02/23	Aldeia Perigara, povo indígena Bororo, Barão de Melgaço/MT	12	15	27	Líderes, comunidade, professores indígenas, agentes de saúde indígena, técnico ambiental indígena, estudantes da escola básica e jovens
Oficina de Saúde Silvestre e humana no Pantanal e treinamento de multiplicadores para o uso do SISS-Geo na vigilância de zoonoses e monitoramento de fauna'	26/02/23	Aldeia Aterradinho povo indígena Guató, Barão de Melgaço/MT	8	6	14	Comunidade: líderes da aldeia, Agente Indígena de Saúde - AIS, Agentes Indígena de Saneamento - Aisan, profissionais da saúde, professores, estudantes e demais interessados.
Oficina de Saúde Silvestre e humana no Pantanal e treinamento de multiplicadores para o uso do SISS-Geo na vigilância de zoonoses e monitoramento de fauna'	02/03/23	Aldeia Vila Nova Barbecho povo indígena Chiquitano, Porto Esperidião/MT	10	11	21	Comunidade: líderes indígenas, agentes de saúde indígena, professores indígenas, estudantes da educação básica
Oficina de Saúde Silvestre e humana no Pantanal e treinamento de multiplicadores para o uso do SISS-Geo na vigilância de zoonoses e monitoramento de fauna'	28/02/23	Comunidade quilombola Chumbo, no distrito de Nossa Senhora Aparecida do Chumbo, Poconé/MT	20	2	22	Moradores da comunidade: mulheres do lar, artesãs, costureiras, operadores de máquina, líderes da comunidade, agentes de saúde, professores, estudantes
Seminários de Saúde Única no Pantanal 'Participação da Sociedade na vigilância de emergência de zoonoses como efeito pós-incêndios no território e formação de estratégias integradas de prevenção e controle' - Poconé	27 e 28/02/2023	SESC Pantanal, Poconé/MT	16	18	34	Defesa Civil de Cuiabá Embrapa Instituto Chico Mendes - ICMBio Instituto de Defesa Agropecuária do Estado de Mato Grosso/Coordenadoria de Defesa Sanitária Animal - Indea/CDSA Marinha do Brasil Ministério da Agricultura e Pecuária - Mapa Polícia Militar Ambiental Prefeitura de Poconé Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso - SES/MT Sesc Pantanal Sociedade de maneira geral (turismo, ONGs locais, sindicatos, associações, artesãos, operadores de máquina, guarda parques, monitores ambientais) Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Quadro 1. Síntese das atividades do projeto Inova Pantanal

Evento	Data	Local	Número	Número	Número	Público
			Particip. Mulheres	Particip. Homens	Particip. Total	
						UVZ Poconé
Seminários de Saúde Única no Pantanal 'Participação da Sociedade na vigilância de emergência de zoonoses como efeito pós-incêndios no território e formação de estratégias integradas de prevenção e controle' - Cáceres	03/03/23	Auditório do Fórum da Comarca de Cáceres, Cáceres/MT	67	22	89	Defesa Civil Embrapa Indea/CDSA Mapa Polícia Militar Ambiental Projeto Ariranha SES/MT SOS Pantanal Universidade do Estado de Mato Grosso - Unemat Vigilância Ambiental
Total de Participantes			226	167	393	

Fonte: elaboração própria.

As condições de vida diversas e os relatos específicos de algumas comunidades chamaram a atenção na situação preexistente e no pós-incêndios.

A APA da Baía Negra, área próxima à Corumbá, tem características distintas das demais visitadas, pois alguns de seus comunitários vieram de fora e compõem com a liderança feminina local no Conselho da APA. Ademais, trabalharam ativamente no combate aos incêndios como brigadistas, inclusive a presidente do Conselho. A participação comunitária local é baixa, e a razão é explicada pela líder Maria de Lurdes de Arruda, presidente da APA da Baía Negra “A maioria das pessoas da comunidade não sabe ler e, por isso, não vêm às oficinas”.

Os Bororos da aldeia Perigara, com 32 casas (~100 pessoas) no rio São Lourenço, MT, relataram a perda de madeira e palha para construção de casas, a ausência de bugios-pretos (*Alouatta caraya*), aves e espécies cinegéticas que estavam presentes antes dos incêndios, a morte de pássaros, cotias; pombas, coelho, tatu, ema, jabuti; a perda da pescaria e da caça,

o aumento da mordedura de morcegos em cães, cavalos e galinhas, ratos desconhecidos e calor excessivo e seca grande e prolongada. Referiram ainda diarreia, febre, dor de cabeça, tuberculose, problemas respiratórios, dor de garganta e tosse, leishmaniose tegumentar, verminoses, furúnculo, diarreia.

A comunidade tem muitos cães e gatos em situação complicada de saúde. Somente a escola e três casas têm fossa. Preservam a língua falada e escrita que é ensinada na escola. Quando têm problemas com animais, eles chamam outros indígenas, e vem equipe de Cuiabá que anota a ocorrência do fato. A água é de poço, e a rede elétrica que vem de Barão de Melgaço passa pelo Sesc Pantanal. A liderança é masculina, e muitos são graduados ou técnicos, como o Cacique técnico de saúde ambiental.

*Fomos acusados de colocar fogo, mas o fogo sempre vem do Piquiri. A cada ano as doenças mudam, mas estamos muito agradecidos que tenham vindo até aqui pela dificuldade de chegar. (Paulo Sérgio Buturekuriscu, técnico de enfermagem da saúde indígena).*

Os Guatós da aldeia Aterrado, MT, composta por 38 casas (~150 pessoas) espalhadas ao longo do rio São Lourenço e distante de Poconé cerca de quatro horas de barco, apontaram a mudança da vegetação com a invasão de um cipó com espinhos e da malva e a perda do aguapé, utilizado para o artesanato e confecção dos cocares; a perda de 500 ha de aroeira no rio Bebe; o empobrecimento do solo para a roça, a perda da pesca pela água do rio que se tornou barrenta e contaminada por agrotóxicos despejados por aviões, a invasão das terras por ‘gente de fora’ que busca iscas para os turistas pescarem; a perda das abelhas, a morte dos animais na beira do rio e parada de barcos de pesca. Relatam a presença de caroços cutâneos dolorosos como furúnculos, sem etiologia conhecida, em diversas partes do corpo das pessoas e nas diversas faixas etárias, os quais são removidos cirurgicamente em Poconé. A diarreia e a febre são recorrentes. Não existem escolas, mas há agente comunitário de saúde e mestranda em antropologia na Unemat. Perderam o idioma falado, as músicas e as danças das mulheres são cantadas em português, e há anos que não dançavam. A depressão e os suicídios nas famílias foram casos relatados entre os comunitários como consequência dos incêndios e da luta pela terra.

*Eu vi muito fogo, mas nunca como este que passou. O fogo levou minha alegria. O fogo assassino. Estou morrendo aos poucos pelo fogo e pela água. Ia me embora, mas um dia na beira do rio aquela árvore me falou que ela também sofria, mas continuava lá porque os que ficaram precisavam saber que ela resistia. Senti que se eu não ficasse não haveria mais ninguém que pudesse dizer o tamanho das nossas terras, onde elas começam e acabam. Uma semana depois veio o pessoal da Funai. Defendo meu povo em cura e oração, do sinal que recebo da natureza pelas plantas. (Sandra da Silva, Xamã da Aldeia Aterrado).*

A comunidade quilombola do Chumbo e Água Vermelha, com cerca de 200 casas, está em área de Cerrado, com mineração e

garimpo ativos no entorno, mas foi recém-invasida pela soja. Os relatos, majoritariamente de mulheres, apontaram a mudança na água, que, depois da soja, tornou-se salina e verde, fazendo a comunidade depender de novo poço que não atende a todos. Nos incêndios, os animais que fugiram do fogo adentraram a comunidade, muitos insetos e aranhas desapareceram depois da soja, ao contrário dos ratos, que aumentaram, e das cascavéis, que não existiam na região. A pulverização de agrotóxicos mata as galinhas, que ficam com o fígado verde; muitas têm coriza infecciosa e pescoço mole. Casos suspeitos de leishmaniose tegumentar em humanos aparecem nos relatos de forma importante, assim como o número de pessoas com câncer e transtornos psiquiátricos, inclusive de muitos jovens em acompanhamento, especialmente os que trabalham no garimpo.

A aldeia Vila Nova Barbecho em Porto Espiridião, MT, do povo Chiquitano, distante 2 km da Bolívia e 200 km de Cáceres, ocupa somente 24 ha, onde vivem cerca de 30 famílias e é limitada pela cerca das fazendas vizinhas. O abastecimento de água é conflituoso, pois a nascente e o rio estão fora da área indígena e vêm sendo contaminados por diversas atividades agrícolas, pelo gado e pela criação de tilápias. Apesar das dificuldades, a aldeia é extremamente organizada e limpa. São politicamente formados e cientes de seus direitos, e valentes na luta desigual pelo seu território. Não passaram pelo fogo, mas sofreram com a fumaça. Relataram sobre tosse, furúnculos e depressão. Há um enorme esforço na recuperação da língua da matriz Guarani trabalhada na escola, com português e espanhol. Apontaram a sarna nos cães domésticos, doença de Newcastle nas galinhas, porcos espoliados por morcegos hematófagos, aumento de roedores, presença de cascavéis e peixes mortos pela poluição dos rios.

Os diversos relatos e dados colhidos nas variadas atividades inspiraram a realização, em 25 de abril de 2023, da Oficina Síntese

do projeto 'Caminhos para a Saúde Única no Pantanal e fronteira Oeste', no município de Corumbá, MS, para devolutiva dos resultados aos territórios, identificação e construção de novas oportunidades para a SU no Pantanal. Com 75 participantes, entre brasileiros e bolivianos, representantes do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa e Saúde Pública Veterinária (PanAftosa), e do Departamento de Salud y Desarrollo Humano (Sedes) da Província de Santa Cruz da Bolívia, além de representantes estaduais da saúde e ambiente e da Rede das Comunidades Tradicionais Pantaneira, ideias foram apresentadas de como integrar governança, ações e serviços para SU sobre a perspectiva regional, nacional e continental.

A oficina oportunizou o compartilhamento intersetorial e coletivo de experiências para construção de documento apoiador da implementação da SU no Pantanal e na fronteira oeste, com enfoque na governança e nos agravos que exercitem a complexidade evolutiva das zoonoses emergentes na região. O resultado preliminar apontou, nos *scores* de fatores, três zoonoses/grupos que, pelos critérios determinados, envolvem a participação de espécies de animais e vetores silvestres e domésticos, humanos, e fatores ambientais distintos, caracterizando cada uma delas um ciclo de transmissão dinâmico, com lacunas de conhecimento e desafios para a prevenção e controle na região. São elas: as arboviroses, a leishmanioses e a esporotricose. Raiva e influenza foram bem pontuadas e podem ser utilizadas da mesma forma, como exercício real da implementação de uma estratégia de SU na região.

Cerca de 60% (n=121) dos participantes preencheram o formulário de avaliação das oficinas, dos quais 36,8% são indígenas, das diversas etnias, e 12,3% representam os quilombolas. Entre os respondentes, 66,7% foram mulheres. A participação de profissionais de saúde (27%) reflete o objetivo do projeto nos

seminários e nas comunidades, onde a participação de agentes comunitários de saúde, de endemias e de saúde indígenas foi importante, assim como de docentes (18,9%). Os demais têm ocupação diversas, como pescadores, autônomos, profissionais de turismo, entre outros. Mais tempo de oficina foi demandado por 34% dos respondentes, e 16% gostariam de ter treinamentos em campo com animais de verdade. A melhoria do acesso à internet foi apontada como fator de estímulo para 54,55%, assim como a disponibilidade de vídeos e mais materiais ilustrados. Quase 100% dos respondentes consideraram a linguagem e a abordagem dos temas de fácil compreensão e útil.

Alinhar as expectativas para tratar de emergência de zoonoses no território significa conhecer visões e saberes desses múltiplos atores. Com a participação social e a tecnologia, o monitoramento de fauna e a vigilância de zoonoses emergentes podem ser ampliados mesmo em áreas de difícil acesso, como os territórios onde vivem as comunidades tradicionais pantaneiras.

A inclusão digital é uma demanda de quem está nas áreas afastadas, e esse é um dos papéis do SISS-Geo, além da necessidade e da vontade de serem capacitados para ações de saúde. Embora tivéssemos encontrado em MT muita gente capacitada nas aldeias, com a ampliação da tecnologia, onde as atividades foram realizadas, novos caminhos e parcerias poderiam se formar a partir dessa iniciativa. As aldeias Aterrado, povo indígena Guató, e Vila Nova Barbecho, povo indígena Chiquitanos, propuseram que seus territórios fossem núcleos de monitoramento de zoonoses emergentes da região caso conseguissem uma cobertura de internet adequada.

Diferenças significativas na organização social e territorial, na liderança e nas culturas, e no acesso a serviços básicos foram observadas entre as comunidades, o que se reflete tanto na realidade quanto nas estratégias a serem implementadas para saúde, educação, desenvolvimento socioeconômico e para conservação da biodiversidade.

Os ribeirinhos são mais vulneráveis tanto na saúde quanto na representação. A liderança não é estruturada, e a mobilização é difícil nessas comunidades. A participação em atividades coletivas com atores externos é sempre mais difícil, mas não só pelo distanciamento entre as casas das famílias ao longo do rio. A dificuldade de leitura e o analfabetismo desestimulam a participação nas oficinas e nos cursos, como foi colocado. A falta de perspectiva entre os jovens, devido à baixa qualidade do ensino e à dificuldade de locomoção e de se manterem nas cidades para avançar nos estudos, é fato. Uma mãe de Barra de São Lourenço, orgulhosa de seu filho ter finalizado o 9º ano com 16 anos, relata: “*Não temos como sustentar ele em Corumbá para estudar, então o jeito é ficar aqui mesmo, se tornar pescador e catar iscas para vender aos turistas*”.

O Pantanal Norte e o Pantanal Sul também demonstraram grande heterogeneidade, bem como seus diferentes povos tradicionais. O nível de escolaridade e formação de líderes e comunitários no Pantanal Norte é consideravelmente maior quando comparado ao Pantanal Sul, e isso pode ser reflexo do importante papel dos cursos da Unemat na capacitação, com oferta maior de cursos que disponibilizam acesso às comunidades, como observado na Aldeia Perigara e na Vila Nova Barbecho com a presença de historiadores, técnicos de saneamento ambiental, biólogos e profissionais capacitados; e ainda na Aldeia Aterrado, povo Guató, onde todas as mulheres têm formação como agentes de saúde.

O papel das mulheres na estrutura das comunidades tradicionais variou entre os estados e aldeias (*quadro 1*). Nota-se que, na comunidade quilombola Chumbo, a participação foi majoritariamente feminina, assim como na Comunidade Ribeirinha Barra de São João. A participação de voz ativa no evento e na própria comunidade também foi considerada feminina. Na Aldeia Aterrado, povo Guató, a estrutura é patriarcal com a cacique mulher, homens dividindo tarefas domésticas e mulheres com maior nível de escolaridade. Ao

comparar o povo Guató com o povo Bororo, Aldeia Perigara, apesar do sexo dos participantes da oficina terem razão quase equivalente, a estrutura era completamente diferente, uma estrutura patriarcal com a voz ativa nas oficinas majoritariamente masculina enquanto as mulheres cuidavam das tarefas domésticas.

É importante observar o maior envolvimento político e empoderamento dos líderes em todas as comunidades de MT quando comparados aos de MS. O turismo é visto como oportunidade para todas as comunidades, entretanto, as empresas turísticas chegam com guias de fora e tiram o trabalho e os recursos, como as iscas, que, além de ceifar essa oportunidade, geram conflitos de terra. A perda e a recuperação da língua materna são fonte de resistência, mas os cantos e as danças estão na memória dos mais velhos e precisam reviver, assim como o respeito aos animais e toda a vida pantaneira.

## Conclusões

As discussões coletivas permitiram identificar preliminarmente alterações substanciais e comuns observadas por todas as comunidades desde os incêndios de 2020. Dentre elas, destacaram-se: aumento do calor e da seca; mudança na cor e no cheiro da água dos rios; proximidade de animais das casas em busca de comida, água e abrigo; aumento de espécies peçonhentas e mordeduras de morcegos; mosquitos e roedores desconhecidos; predação de cães por onças-pintadas; diminuição na pesca e na caça, dos aguapés e das iscas. Na saúde humana, são relatos unânimes: diarreia, febre alta e problemas dermatológicos sem confirmação etiológica; problemas respiratórios, oftalmológicos, cardiovasculares; leishmaniose tegumentar; transtornos psicológicos, depressão, insônia, ansiedade e suicídios. Todos esses merecem atenção e ações integradas e de proteção às comunidades.

De forma sistematizada, os esforços aplicados ampliaram a divulgação da SU e suas diversas relações biológicas, ecossistêmicas e de

saúde. Ao todo, foi possível alcançar mais de 1.200 ouvintes. Presencialmente, 318 pessoas foram ouvidas, treinadas e integradas ao tema. O SISS-Geo recebeu 161 novos colaboradores e 342 novos registros nos dois estados, confirmando a capacidade do sistema e da ciência cidadã em prover dados de qualidade para a saúde e a conservação da biodiversidade. As novas ações que se desdobram, a exemplo do que foi discutido e realizado em forma de dinâmica participativa, durante a Oficina Síntese do projeto, confirmam a necessidade de atividades integradas no campo e da participação comunitária, aplicando conceitos de ciência cidadã, como força motriz para implementação de políticas públicas eficazes,

eficientes e, mais que tudo, justas com todos os povos pantaneiros.

## Colaboradores

Oliveira JA (0000-0003-2102-1655)\*, Favacho ARM (0000-0002-4950-2357)\*, Juliano RS (0000-0002-1692-4801)\*, Barros LF (0000-0001-5203-178X)\*, Zeno P (0009-0008-0043-258X)\*, Pauvalid-Corrêa A (0000-0002-6924-157X)\* e Chame M (0000-0003-4680-500X)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. United Nations Environment Programme. Brasil Megadiverso: dando um impulso online para a biodiversidade. Nature Action; 2019. [acesso em 2023 abr 29]. Disponível em: <https://www.unep.org/pt-br/noticias-e-reportagens/story/brasil-megadiverso-dando-um-impulso-online-para-biodiversidade#:~:text=O%20Brasil%20está%20no%20topo,4%20mil%20espécies%20de%20plantas.>
2. Choi BCK. The Past, Present, and Future of Public Health Surveillance. Scientifica (Cairo). 2012; 2018:6943062.
3. Velasco E. Social Media and Internet-Based Data in Global Systems for Public Health Surveillance: a Systematic Review. Milbank Q. 2014; 92(1):7-33.
4. Wójcik OP. Public Health for the People: participatory infectious disease surveillance in the digital age. Emerg. Themes Epidemiology. 2014; 11:7.
5. Technical Contributors to the June 2018 WHO meeting. A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. Euro Surveill. 2019; 24(2):1800681.
6. World Health Organization. Best practices for the design, implementation, analysis and reporting of participatory surveillance for influenza-like illness. Geneva: World Health Organization; 2022. [acesso em 2023 nov 20]. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/participatory\\_surveillance\\_guidance\\_2022\\_10\\_18.pdf?sfvrsn=34905d39\\_1.](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/participatory_surveillance_guidance_2022_10_18.pdf?sfvrsn=34905d39_1.)
7. Leal-Neto OB, Dimech GS, Libel M, et al. Detecção digital de doenças e vigilância participativa: panorama e perspectivas para o Brasil. Rev Saúde Pública. 2016; 50:17.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Netto GF, Villardi JWR, Machado JMH, et al. Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 [acesso em 2023 nov 26]; 22(10):3137-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18092017>.
9. Chame M, Barbosa HJC, Gadelha LMR, et al. SISS-Geo: Leveraging Citizen Science to Monitor Wildlife Health Risks in Brazil. *J. Healthc. Inform. Res.* 2019; 3:414-40.
10. Albrechtslund A. Online Social Networking as Participatory Surveillance. *First Monday*. 2008 [acesso em 2024 mar 1]; 13(3):1-10. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/220166794\\_Online\\_Social\\_Networking\\_as\\_Participatory\\_Surveillance](https://www.researchgate.net/publication/220166794_Online_Social_Networking_as_Participatory_Surveillance).
11. Smolinski MS, Crawley AW, Olsen JM, et al. Participatory Disease Surveillance: Engaging Communities Directly in Reporting, Monitoring, and Responding to Health Threats. *JMIR Public Health Surveill.* 2017; 3(4):e62.
12. Leal-Neto O, Cruz O, Albuquerque J, et al. Participatory Surveillance Based on Crowdsourcing During the Rio 2016 Olympic Games Using the Guardians of Health Platform: Descriptive Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020; 6(2):e16119.
13. Chame M, Abdalla L, Pinter A, et al. Primates In Siss-Geo: Potential Contributions Of Mobile Technology, Health Surveillance And Citizen Science To Support Species Conservation In Brazil. *Neotrop. Primates*. 2020; 26:80-9.
14. Food and Agriculture Organization, UN Environment Programme, World Health Organization, et al. Global Plan of Action on One Health. Towards a more comprehensive One Health, approach to global health threats at the human-animal-environment interface. Roma: UN Environment Programme; 2022. [acesso em 2023 jun 20]. Disponível em: <https://www.unep.org/resources/publication/one-health-joint-plan-action-2022-2026>.
15. Vasconcelos PF, Travassos da Rosa A, Rodrigues SG, et al. Inadequate management of natural ecosystem in the Brazilian Amazon region results in the emergence and reemergence of arboviruses. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17:S155-S164.
16. Oliveira RC, Fernandes J, Gonçalves-Oliveira J, et al. Out of the shadows, into the spotlight: Invisible zoonotic diseases in Brazil. *Lancet Reg Health Am.* 2022; 8:100202.
17. Pauvolid AC, Solberg O, Couto-Lima D, et al. Novel Viruses Isolated from Mosquitoes in Pantanal, Brazil. *Genome Announc.* 2016; 4(6).
18. Allen T, Murray KA, Zambrana-Torrel C, et al. Global hotspots and correlates of emerging zoonotic diseases. *Nat. Commun.* 2017; 8(1):1124.
19. Shepon A, Wu T, Kremen C, et al. Exploring scenarios for the food system–zoonotic risk interface. *Lancet Planet. Health.* 2023; 7(4):E329-E335.
20. Carmo ATCG, Santos AB, Favaretto A, et al. Espécies exóticas invasoras. In: *Biodiversidade e Saúde*. 2018. p. 73-94. [acesso em 2023 jun 19]. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/46133/03\\_biodiversidade.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/46133/03_biodiversidade.pdf?sequence=2&isAllowed=y).
21. Terra Brasilis: Análise Amazônia Legal – Variação mensal de área do projeto DETER. [acesso em 2023 jun 20]. Disponível em: <http://terrabrasilis.dpi.inpe.br/app/dashboard/alerts/legal/amazon/aggregated/>.
22. Keesing F, Belden LK, Daszak P, et al. Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature*. 2010; 468:647-652.
23. Olival KJ, Hosseini PR, Zambrana-Torrel C, et al. Host and viral traits predict zoonotic spillover from mammals. *Nature*. 2017; 546(7660):646-650.
24. Wakimoto MD, Menezes RC, Pereira SA, et al. COVID-19 and zoonoses in Brazil: Environmental scan of one health preparedness and response. *One Health.* 2022; 14:100400.

25. Winck GR, Raimundo RLG, Fernandes-Ferreira H, et al. Socioecological vulnerability and the risk of zoonotic disease emergence in Brazil. *Sci Adv*. 2022; 8(26):eabo5774.
26. Tomas WM, Oliveira Roque F, Morato RG, et al. Sustainability Agenda for the Pantanal Wetland: Perspectives on a Collaborative Interface for Science, Policy, and Decision-Making. *Trop. Conserv. Sci*. 2019; 12.
27. Tomas WM, Berlinck CN, Chiaravalloti RM, et al. Distance sampling surveys reveal 17 million vertebrates directly killed by the 2020's wildfires in the Pantanal, Brazil. *Sci. Rep*. 2021; 11(23547).
28. Santos IO, Figueiredo GG, Figueiredo LTM, et al. Serologic survey of hantavirus in a rural population from the northern State of Mato Grosso, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2013; 46(1):07-14.
29. Caumo S, Lazáro WL, Oliveira ES, et al. Human risk assessment of ash soil after 2020 wildfires in Pantanal biome (Brazil). *Air Qual. Atmos. Health*. 2022; 15:2239-2254.
30. Kobziar LN, Thompson GR. Wildfire smoke, a potential infectious agent. *Science*. 2020; 370(6523):1408-1410.
31. Albery GF, Turilli I, Joseph MB, et al. From flames to inflammation: how wildfires affect patterns of wildlife disease. *Fire Ecol*. 2021; 17(23).
32. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Acesso à Informação: Doenças e Agravos de Notificação de 2007 em diante. [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/doencas-e-agravos-de-notificacao-de-2007-em-diante-sinan/>.
33. Souza CDF, Carmo RF, Machado MF. The burden of COVID-19 in Brazil is greater in areas with high social deprivation. *J. Travel Med*. 2020; 27(7):taaa145.
34. Bordier M, Uea-Anuwong T, Binot A, et al. Characteristics of One Health surveillance systems: A systematic literature review. *Prev. Vet. Med*. 2020; 181:104560.
35. Centers for Disease Control and Prevention. Zoonotic Disease prioritization for inter sectorial engagement in Ethiopia. Adis Abeba: CDC; 2015. [acesso em 2023 jun 10]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/onehealth/pdfs/hammett-ethiopi-workshop-508.pdf>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. 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*. 2013 Jun 13; Seção I:59. [acesso em 2024 fev 19]. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf).
37. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Nota Técnica: Covid-19 e queimadas na Amazônia Legal e no Pantanal: aspectos cumulativos e vulnerabilidades. Rio de Janeiro: Observatório de Clima e Saúde; 2021. [acesso em 2023 jun 18]. Disponível em: [https://queimadas.dgi.inpe.br/~rqueimadas/materiais/2020\\_Souza\\_etal\\_Covid19QueimadasAMZPantanal\\_NT\\_ICICTFiocruz\\_DE3os.pdf](https://queimadas.dgi.inpe.br/~rqueimadas/materiais/2020_Souza_etal_Covid19QueimadasAMZPantanal_NT_ICICTFiocruz_DE3os.pdf).

---

Recebido em 22/06/2023

Aprovado em 17/01/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos



## Acesso aos contraceptivos e direito à saúde em Angola: experiências de mulher e de farmacêutica

*Access to contraceptives and the right to health in Angola: experiences of women and pharmacist*

Elisa Dulce João Fundanga Calipi<sup>1</sup>, Fernanda Manzini<sup>2</sup>, Silvana Nair Leite<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241408775P

**RESUMO** Este relato apresenta uma proposta do que a escritora Conceição Evaristo chama de ‘escrivência’ – escrita da mulher negra, que se mescla com vivência, relato de memórias e memórias de seu povo, visando incomodar consciências e ecoar nossas histórias. O ‘escrever, viver e se ver’ da autora é reconhecido como ‘escrita da alma’, lugar onde cada mulher escreve considerando o mundo que vive, de uma forma integrada. Visa fazer uma breve reflexão sobre o acesso aos medicamentos, tomando o acesso aos métodos contraceptivos em Angola como recorte, tendo em conta a vivência da autora. É um estudo qualitativo e a coleta de dados foi feita por meio de pesquisa documental, estudo de campo e entrevistas. Para o tratamento de dados foi adotada a análise de conteúdo. Identificou-se que o acesso aos métodos contraceptivos em território angolano é incipiente, resultado de políticas públicas e boa governança pouco efetivas, bem como a interferência externa pouco resolutiva. Estes, são reforçados pela herança colonial, que propicia abordagens em desacordo com as necessidades locais. É fundamental que os direitos sexuais e reprodutivos sejam encarados como questão política, de saúde pública e inerente à dignidade humana, para além da perspectiva eugenista de controle de natalidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Acesso aos serviços de saúde. Direito à saúde. Angola. Anticoncepcionais.

**ABSTRACT** *This report consists of what Conceição Evaristo calls ‘writing and living’ – the writing of black women, which mixes with experience, their memories, and the memories of their people, aiming to disturb consciences and echo our stories. The author’s ‘writing, living and self-seeing’ is recognized as the ‘writing of the soul’, from where each woman writes considering the world she lives in. It aims to briefly reflect on access to medicines, focusing on the access to contraceptive methods in Angola, based on the author’s experience. It is a qualitative study, and data were collected through documentary research, field study, and interviews. Content analysis was adopted for data processing. Access to contraceptive methods in Angolan territory is incipient, a result of ineffective public policies and good governance, as well as ineffective external interference. These are reinforced by colonial heritage, which provides approaches in disagreement with local needs. Sexual and reproductive rights must be seen as a political and public health issue inherent to human dignity, beyond the eugenic perspective of birth control.*

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>2</sup> Escola de Saúde Pública de Florianópolis (ESP-SC) – Florianópolis (SC), Brasil. manzinifer@gmail.com

**KEYWORDS** *Health services accessibility. Right to health. Angola. Contraceptive agents.*



## Introdução

Aos 19 anos, fui ao ginecologista em um serviço de saúde privado (clínica privada) no município de Lobito – Angola, buscando um método adequado de contracepção (EDJFC, primeira autora). O profissional médico que me atendeu era russo e idoso. Ao explicitar minha posição de usar contraceptivo, ele referiu que eu não deveria recorrer a métodos contraceptivos, pois era muito jovem; então fui liberada sem orientação alguma. Quando questioneei a enfermeira (angolana) sobre a conduta, ela reforçou o mesmo discurso dizendo que não fornecem orientações ou opções de métodos contraceptivos para pessoas jovens, que o ideal era ter vários filhos e só assim recorrer à contracepção. Frustrada com a resolução da equipe de saúde, compartilhei com uma colega da faculdade, que me informou o nome do contraceptivo que ela usava e disse que ela comprava no comércio local. Então fiz o mesmo e, a partir daí, nunca mais tive interesse em ir a um serviço de saúde para questões de saúde da mulher, ou mesmo para acesso aos métodos contraceptivos em Angola.

Oito anos depois, tendo vivido por dez anos no Brasil, enquanto cursei e me graduei em Farmácia, tive meu filho e em seguida cursei Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Voltei à Angola para coleta de dados para minha dissertação de Mestrado em Assistência Farmacêutica. Fui em busca de dados documentais e observações sobre as formas de acesso aos medicamentos essenciais e os serviços farmacêuticos naquele país. Impregnada pela formação e experiência profissional como farmacêutica no Brasil, a partir do pressuposto de que o acesso aos medicamentos é direito do cidadão e condição do direito à saúde.

No artigo nº 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos consta que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família, saúde e bem-estar [...]”<sup>1</sup>. Corroborando essa premissa, a Declaração Universal dos Direitos Humanos

de 1948 instituiu o direito à saúde como um bem essencial a todo indivíduo<sup>2</sup> e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966<sup>3</sup>, o direito à saúde foi ratificado como direito humano fundamental.

Em estudo sobre percepções e perspectivas das comunidades sobre sistemas de saúde na África, os entrevistados definiram saúde como “bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, social e econômico”<sup>4</sup>. Assim, uma boa saúde e bem-estar está diretamente relacionada a fatores como uma maximização de vida saudável, a minimização da exposição aos fatores de risco a favor da saúde e do bem-estar e da minimização de problemas evitáveis<sup>5</sup>.

A saúde reprodutiva está apoiada nos direitos humanos e consiste em propiciar o exercício da sexualidade e reprodução humana de forma segura e satisfatória, onde o ser humano deve ter a liberdade de escolha sobre suas experiências e decisões<sup>6</sup>. Atualmente, os direitos sexuais e reprodutivos representam o compromisso dos governos para garantir o acesso à saúde às mulheres de forma mais direcionada e são referidos no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) cinco, sobre igualdade de gênero, com as proposições de eliminar todas as formas de violência, práticas nocivas e assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos. Os Estados se comprometem em viabilizar melhores condições para a garantia da igualdade de gênero<sup>7</sup>.

A construção dos direitos reprodutivos, como se conhece na atualidade, foi fruto do movimento constante e insistente de mulheres que reivindicaram na agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) a inclusão dessa pauta<sup>8</sup>. Com a realização de diversas conferências, o relatório da conferência de Cairo, realizada em 1994, é considerado um dos principais marcos na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, ratificando estes como direitos humanos, onde deve haver incentivo tanto a liberdade e autonomia, bem como o compromisso da gestão (pública, privada e filantrópica) na criação, efetivação e manutenção de

políticas que estimulem o desenvolvimento permanente destes direitos<sup>8</sup>. Como forma de abarcar com especificidade as mulheres africanas, foi ratificado o protocolo dos direitos das mulheres na carta africana dos direitos humanos, conhecido como o protocolo das mulheres, que entrou em vigor no ano de 2005<sup>9</sup>. Este é tido como um incentivo à promoção da igualdade de gênero, o respeito aos direitos humanos e à promoção da justiça social com relação ao sexo feminino, incluindo o direito a tomar decisões sobre seus corpos<sup>10</sup>. Angola aderiu a este compromisso em 2010<sup>8</sup>.

O acesso a medicamentos essenciais é uma das prerrogativas importantes para a garantia da qualidade de vida. Essa garantia é reforçada à medida que as partes se empenham em diminuir as discrepâncias na oferta dos serviços de saúde, ao mesmo tempo que invistam recursos suficientes em ações como: o incentivo à ciência, à tecnologia, à inovação, à afirmação de políticas públicas centradas na defesa da vida e integradoras<sup>11</sup>. O acesso aos contraceptivos é parte fundamental quando se fala sobre direitos sexuais e reprodutivos, pois propicia o empoderamento econômico, social e a diminuição da mortalidade materna e neonatal. Porém, estudos referem que este acesso é desigual quando se leva em conta questões como cor, raça, localização geográfica, nacionalidade e classe social<sup>12-15</sup>.

Além disso, características socioculturais, geracionais e relacionais influenciam diretamente na forma como estes serviços de saúde podem ser ofertados. Portanto, estas estratificações propiciam uma acentuação nas desigualdades para o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva<sup>12</sup>.

A partir de 2010, as políticas públicas começaram a ser estruturadas em Angola, após longo período de instabilidade política e grandes fragilidades institucionais. A Política Nacional de Saúde descreve que a saúde é um direito humano, e que “o Estado se compromete em assegurar a disponibilidade dos recursos físicos do sistema de saúde”, no entanto, “nos limites de suas capacidades [...]”<sup>16</sup>. Essa

descrição permeia o conteúdo das legislações do País desde o documento que cria o Serviço Nacional de Saúde em 1975 (então pautado na universalidade e gratuidade), época que marca a libertação do jugo colonial, até a Constituição da República e a Política Nacional de Saúde, atualizados ambos em 2010 e vigentes atualmente. Estas fazem referência que saúde é direito do cidadão, porém não descrevem qual é o ente incumbido de garantir o acesso ao direito à saúde<sup>17</sup>.

De igual modo, as políticas farmacêuticas vigentes atualmente acompanham a tendência de apresentar o papel do Estado como regulador e não provedor na garantia do acesso aos medicamentos essenciais<sup>17</sup>. Assim, se identifica que ao longo dos anos as proposições de legislações na área da saúde para o País não tiveram como ênfase a descrição detalhada de que o acesso à saúde e aos medicamentos é um direito humano fundamental e quem são os atores responsáveis por esse processo<sup>17</sup>, o que reverbera em iniquidades significativas na qualidade de vida das populações<sup>18</sup>.

É sobre este contexto que se desenvolve o presente relato e reflexão a seguir. Visa fazer uma breve reflexão sobre o acesso aos medicamentos, tomando o acesso aos métodos contraceptivos em Angola como recorte. O relato propõe também considerar a experiência e vivência da primeira autora, enquanto angolana, com a temática da contracepção, ao mesmo tempo que considera sua vivência com o sistema de saúde brasileiro<sup>19,20</sup>.

## Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, do tipo relato de experiência, com base em uma vivência da autora durante a coleta de dados do projeto de pesquisa para o mestrado em Assistência Farmacêutica. O relato de experiência é uma produção de conhecimento que visa descrever uma vivência profissional que possa contribuir para determinada área de atuação<sup>21</sup>. A pesquisa qualitativa se propõe

a compreender os aspectos de pesquisa em sua dimensão sociocultural, e pode ser expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações e comportamentos; também se propõe a interpretar os significados dos fenômenos inseridos em contextos naturais<sup>22</sup>.

A coleta de dados incluiu uma busca documental nas instituições locais, em legislações, sites ministeriais e institucionais, como o Ministério de Saúde de Angola (Minsa) e da Ordem dos Farmacêuticos de Angola (OFA) e literatura cinza ou não convencional.

Foram realizadas 12 entrevistas com servidores da Secretaria Estadual de Saúde alocados em diferentes setores e com hierarquias diferenciadas. Os entrevistados foram selecionados por critérios específicos e foram aplicados roteiros de entrevista diferenciados, respeitando as especificidades do cargo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e codificadas utilizando o *software* Nvivo®. Para garantia do anonimato na análise dos resultados, os participantes foram codificados.

Para melhor compreensão, foi realizada uma pesquisa observacional nos meses de julho a agosto de 2019, na delegação provincial de saúde (Secretaria Estadual de Saúde) de uma província de Angola, onde a pesquisadora acompanhou os entrevistados por cerca de 100 horas, com registro da observação em diário de campo. Por meio do diário de campo, foram registrados os eventos da observação e a progressão da pesquisa, além de análises da pesquisadora sobre os acontecimentos presenciados<sup>23</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEPESH/Udesc (CAAE: 11955719.30000.0118 / Parecer: 3.376.034) e pela delegação provincial de saúde (Secretaria Estadual de Saúde) do local de observação em Angola. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o tratamento de dados, foi adotada a análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo

é a análise dos significados e abordagem da informação contida nas mensagens<sup>24</sup>. Foi usada a modalidade análise interpretativa tendo como premissa o método indutivo. Esta abordagem, conforme Lakatos e Marconi<sup>25</sup>, visa levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam.

## Resultados e discussão

Durante a pesquisa observacional, identifiquei no depósito de medicamentos várias caixas de Dispositivo Intrauterino (DIU) com prazo de validade curto e questionei a um dos funcionários se havia dificuldade na distribuição e por isso estavam ali em abundância. No local estavam alguns fiscais representando o Ministério da Saúde que vieram fazer o processo de avaliação dos serviços e infraestrutura – um deles de pronto respondeu com a seguinte colocação:

*tem que deixar caducar [vencer] mesmo, não tem nada que distribuir essas coisas, é preciso deixar as crianças nascerem e parar de imitar essas coisas do Ocidente.*

Além disso, havia uma abundância de contraceptivos orais no depósito. Durante a conversa, outro informante afirmou que: “o envio destes ocorre conforme a solicitação das unidades sanitárias ou de algum representante da província, ou município”.

O que estes fatos nos indicam a respeito do acesso aos medicamentos como um direito à saúde em Angola? Quais valores sociais e contextuais delineiam a acessibilidade e uso de contraceptivos naquele país?

As falas e fatos observados descritos acima suscitaram reflexões e memórias do tempo de adolescente vivendo em Angola. Em que ponto a fala acima citada, vinda de um homem jovem, com posição social elevada, reflete a preocupação pela saúde da mulher e/ou influência do ocidente no dia a dia da mulher angolana? Isto ocorre em um país onde a fuga

da paternidade é um fenômeno social e um problema de saúde pública que aumentou ou mesmo ganhou maior visibilidade nos últimos anos, resultando no agravamento de problemas sociais como o aumento da evasão escolar, a manutenção do trabalho infantil, a prostituição infantil, o aumento no nível da violência, ou seja, tem relação direta na organização familiar, no grau/nível de saúde e afeta diretamente a qualidade de vida da população<sup>26,27</sup>.

A observação de abundância de medicamentos contraceptivos estocados, mas fora do alcance das mulheres, contrasta com a preconcepção comum de que os problemas de acessibilidade aos medicamentos em países de baixa renda se definem pela indisponibilidade de recursos públicos para aquisição, ou da insuficiência de produtos oriundos de ações humanitárias internacionais<sup>28-32</sup>. O caso observado revela que, se por um acaso o coordenador da unidade sanitária também entender que contracepção ‘é coisa do Ocidente’ e que tem que deixar as crianças nascerem, não haverá contraceptivos disponíveis nas unidades de saúde e, portanto, não haverá acesso a eles. Assim, anulam-se as possibilidades de incentivo ao planejamento familiar e aquelas mulheres que desejarem recorrer a qualquer um dos métodos oferecidos pelo Estado, enquanto política de saúde pública, deverão buscar outros meios. Aquelas que não têm recursos financeiros, ou conhecimento, ou autonomia para tanto, não terão nenhuma chance de acesso aos métodos contraceptivos.

Tendo como pano de fundo esses relatos, é importante referir que os direitos sexuais e reprodutivos são parte indissociável dos direitos humanos, portanto são universais e independem de credo, classe social, raça, cor ou qualquer particularidade pessoal; são essenciais para o bem-estar físico, emocional, mental e social das pessoas<sup>33</sup>.

Em estudo sobre a trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em Angola, Rocha e colaboradores<sup>34</sup> identificaram que, ao longo dos anos, as parcerias internacionais foram fundamentais para a materialização

de melhorias na área da saúde da mulher, em especial investimentos do governo sueco. Em contrapartida, uma vez que as parcerias não são específicas para um grupo populacional, muito do que vinha sendo construído foi perdido ou estagnado ao longo dos tempos. Possivelmente, fatores culturais como a condição de subalternidade interferiram nesta conjuntura<sup>34</sup>.

O cenário ainda não é favorável: em 2017, a taxa de mortalidade materna era de 241 por cada cem mil nascidos vivos. A considerar que já foi o 14º pior país nessa classificação, atualmente ocupa a posição 41º e é o segundo pior país entre os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop) e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), registrando cerca de três mil óbitos por ano<sup>35</sup>. O País apresenta uma taxa de fecundidade de 6,16 e 5,96 por mulher para os anos de 2017 e 2020, respectivamente<sup>36</sup>. A taxa pode indicar maior dificuldade para as famílias no que concerne à alimentação e educação de qualidade, por exemplo, bem como uma diminuição na inserção da mulher no mercado de trabalho. Paiva e Caetano<sup>37</sup> referem que a mortalidade materna tende a ser um indicador útil para se avaliar a garantia dos direitos reprodutivos de um país, pois muitas destas são evitáveis. Perante este cenário, é importante referir que a saúde sexual e reprodutiva é uma questão de saúde pública que vai além da decisão de se ter filhos e, portanto, necessita ser tratada como política de Estado.

Nos países africanos, o acesso a métodos contraceptivos ainda é reconhecidamente insuficiente e por isso a União Africana, com seus 53 estados-membros, ratificou o compromisso de trabalhar para garantir o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva até 2030<sup>38</sup>. A União Africana apresenta que por cada US\$ 1 gasto em serviços contraceptivos para além do que se gasta atualmente, poupar-se-iam US\$ 2,77 em despesas de prestação de melhores cuidados maternos, neonatais e de aborto. Desse modo, um investimento integral resultaria também na diminuição em 78% do

número de gravidezes não planejadas, nascimentos não planejados e abortos inseguros, e as mortes neonatais diminuiriam em 71%, ao passo que as mortes maternas cairiam 60%<sup>38</sup>.

Com uma população predominantemente jovem, com expectativa de vida de 63 anos para as mulheres, o uso de contracepção por mulheres casadas entre 15 e 49 anos é de 14% se comparado a 63% da classificação global, sendo que as mulheres com idade entre 15 a 49 anos representam 19% de todos os nascimentos quando comparada às mulheres com 35 anos ou mais, que representam 16%<sup>36</sup>.

Na prática do dia a dia, atualmente, a preocupação das mulheres que pensam buscar os serviços de saúde voltados para o planejamento familiar ainda é a mesma que no ano de 2011: na entrevista, a equipe de enfermagem faz perguntas como: ‘Quantos filhos você tem? Quantos anos você tem?’ E então, se a mulher for jovem (menos de 30/35 anos), pedem que ‘chame o marido’ para ver se ele tem conhecimento dos desejos da esposa e se autoriza o procedimento. Caso ela afirme que não tem companheiro, negam o atendimento, pois ela pode casar a qualquer momento e o marido querer filhos de imediato. Se a mulher nunca teve filhos, não é ‘permitido’ que procure métodos contraceptivos, assim como na minha experiência.

Há ainda o constrangimento de, se passando pelos requisitos para o uso do método contraceptivo, a depender da ocasião, o profissional responsável pela liberação do método em questão (geralmente médicos e médicas) não comparece ao serviço no dia da avaliação prévia, sendo necessário retornar ao serviço em outra ocasião, sem garantia de que será possível terminar o atendimento. Em estudo sobre controle da fertilidade das mulheres em Uganda, a autora cita um episódio, em determinado momento de sua vida, em que lhe foi negado o acesso aos contraceptivos a menos que apresentasse uma carta de seu marido, e esta, então, se sentou embaixo de uma árvore e rabiscou uma carta de um falso marido e assim teve o acesso desejado<sup>39</sup>.

Desse modo, ao invés de a mulher experimentar o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção autodecida, ela é submetida a violências diversas por quem deveria primar pela atenção integral num assunto extremamente intimista e pessoal<sup>33</sup>.

Como consequência, geralmente a melhor maneira de acessar os métodos contraceptivos sem constrangimento é tendo uma pessoa conhecida dentro do serviço de saúde (frequentemente em maternidades) que facilite o atendimento, sem passar pelos trâmites comuns, ou mesmo que pegue os materiais (*chip* ou DIU) para serem inseridos num serviço privado. Ou ainda com um profissional de saúde em seu local de trabalho, independente da distância. É importante referir que muitas destas mulheres são letradas e de uma posição considerável dentro da sociedade, imaginemos então, entre aquelas de uma condição mais humilde e de maiores necessidades, como a cultura da ‘mulher parideira’ que influencia diretamente nos seus sonhos e liberdade para voar para onde quiser.

Estudo sobre iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), identificou que muito do que se tem como oferta de métodos contraceptivos, especificamente aqueles designados como contraceptivos hormonais reversíveis de longa duração, contém um valor estigmatizante e discriminatório, sob a justificativa de ‘proteção das mulheres em situação de vulnerabilidade’. Estas inequidades, impedem ações de ampliação para o acesso universal de todas as mulheres<sup>12</sup>. Lembro quando, na época de gestante no ano de 2014, em uma consulta pré-natal em uma unidade de saúde de Florianópolis (na altura com 24 anos), a profissional que fazia meu cadastro questionou: ‘até que série você estudou?’ E ficou muito espantada quando respondi que estava na quinta fase do curso de graduação em farmácia, afinal, como nos diz Carneiro<sup>40</sup>, aos corpos negros não é permitido certos lugares e/ou posições.

Considerando que o direito à saúde envolve aspectos essenciais como a inclusão e não restrição, implica em liberdade, equidade, oferta dos serviços e todos os bens a ele relacionados sem discriminação, de forma que esteja ao alcance de todos, quer por sua qualidade, quantidade, localização<sup>41</sup>, muitas dessas prerrogativas não estão disponíveis para a população angolana quando se trata de saúde sexual e reprodutiva. Assim, negam o acesso a informações e a liberdade de decisão sobre nossos próprios corpos, terceirizando a decisão para os representantes do Estado (profissionais de saúde e gestores) e para o homem. Estudo de Tamale<sup>39</sup> refere que a narrativa do controle dos direitos sexuais e reprodutivos femininos, além do incentivo à natalidade, está intimamente relacionada a uma dependência econômica e separatista onde as mulheres são garantidas as atividades não remuneradas e subvalorizadas e, aos homens, a vida pública.

Muitas mulheres sequer desejam acessar os serviços de saúde concernente à saúde da mulher na totalidade. Sob essa perspectiva, do que adianta promover programas de assistência às gestantes e crianças, como mosquiteiros e programas de nutrição, se a decisão de ser mãe envolve uma série de atores que não apenas os progenitores? Quantas mortes por tentativas de abortos ‘não legais’ acontecem no País? Que tipo de educação nossas filhas e nossos filhos estão recebendo em relação à sexualidade? Desse modo, nosso direito à saúde é violentado diariamente e de diversas formas. Logo, percebe-se que a questão cultural de incentivo à natalidade e do papel da mulher na sociedade angolana é um campo de estudo que precisa ser considerado com atenção quando se fala de acesso aos serviços de saúde e a medicamentos<sup>34,42</sup>.

No Brasil, foi aprovada recentemente a atualização da Lei nº 14.443/2022<sup>43</sup> com mudanças nas normas de laqueadura e vasectomia. Entre as atualizações, a idade passa de 25 para 21 anos, não é mais necessária a autorização do cônjuge para a realização do procedimento e a gestante poderá solicitar a laqueadura durante

o período do parto<sup>43</sup>. Estudo nacional revelou que 32,7% das mulheres brasileiras utilizam contraceptivos orais ou injetáveis, mas que a maioria os obtém nas farmácias comerciais. Dentre as mulheres que estavam utilizando, cerca de 1,6 milhão de usuárias afirmaram ter tentado obter os contraceptivos no SUS sem sucesso entre 2013 e 2014<sup>13</sup>, possivelmente por necessidade de prescrição médica ou por desabastecimento.

Mesmo em um país entendido como democrático e desenvolvido como o Brasil, a questão dos direitos da mulher ainda precisa ser discutida e consiste também numa questão de saúde pública. É importante referir que em Angola não há documento institucionalizado que condicione o acesso aos métodos contraceptivos.

Telo<sup>44</sup> faz apontamentos importantes sobre direitos reprodutivos, referindo que nos países africanos, é preciso considerar o componente cultural como fio condutor. Outro estudo refere que na África é preciso considerar também que as organizações familiares se diferenciam em muito da visão eurocêntrica e americanizada do que seria uma família nuclear e patriarcal<sup>45</sup>. Portanto, a discussão não é somente sobre procriar ou não, envolve toda uma comunidade com suas crenças relacionadas a ter filhos e que, apesar de ser direcionada majoritariamente às mulheres, os homens também são cobrados a ter um determinado número de filhos e quanto mais cedo melhor<sup>44</sup>. Além disso, a autora faz referência também ao teor colonialista nos documentos e ajuda internacional prestada aos países de baixa e média renda no quesito saúde reprodutiva, onde muitas vezes estes possuem um olhar com finalidade de frear a procriação e pouco consideram determinantes sociais envolvidas no processo.

Estudo sobre assistência farmacêutica e governança global da saúde em tempos de Covid-19<sup>46</sup> refere que as parcerias entre os Estados precisam considerar uma ‘abordagem de saúde pública abrangente’, com participação ativa e inclusão dos diversos atores, pois

assim reverbera na diminuição da dependência extrema e iniquidades.

No caso específico de Angola, as parcerias internacionais se mostram frágeis pela corrupção, pela falta de transparência e pela dependência externa. Esse cenário facilita a condição de vulnerabilidade, como, por exemplo, na recepção de ‘ajudas e doações’ sem o senso crítico e identificação de necessidades locais, e tem influência direta na autonomia do País em relação a prestação dos serviços de saúde<sup>17</sup>.

Desse modo, a saúde reprodutiva tem a ver com a dignidade humana, principalmente feminina. O guia para saúde reprodutiva<sup>47</sup> refere que a saúde reprodutiva implica autonomia, segurança e liberdade nas decisões reprodutivas e sexuais, incluindo a oferta de serviços de saúde, informações e métodos eficientes e seguros para seu planejamento por homens e mulheres. Na África é preciso considerar que, mais do que contracepção limitada por controle de natalidade, precisamos de serviços de saúde que consigam oferecer ações que garantam o direito à saúde considerando especificidades de classe, raça, gênero e poder econômico<sup>48</sup>.

Neste contexto, deve-se considerar o conceito de justiça reprodutiva, que procura revisitar a discussão de que esta é, antes de tudo, uma temática política e envolve um valor econômico, político e emocional, por isso não pode ser associado a uma função estritamente feminina<sup>12</sup>.

Desse modo, os corpos femininos são controlados pelo Estado, pela indústria farmacêutica, pela igreja/religião e pela sociedade. O Estado normalmente define políticas públicas e, ao mesmo tempo, decide quem, onde, como e quando a mulher poderá acessar os serviços reprodutivos; a indústria farmacêutica estimula a aquisição a determinados produtos, com pesquisas direcionadas exclusivamente a mulheres e nada ou quase nada direcionados aos homens enquanto indivíduos ativos no processo de saúde reprodutiva e sexual; a religião determina e dita regras e comportamentos tidos como certos e/ou errados e finalmente a sociedade com toda a construção do racismo

estrutural se coloca na posição de definir o que representa um padrão de vida/família moralmente aceitável como número de filhos, a obrigatoriedade moral de tê-los, quem pode não tê-los, como educá-los<sup>12,14</sup>.

A reflexão gerada pela questão do acesso aos métodos contraceptivos contribui enormemente para ampliar a compreensão da questão do acesso aos medicamentos em Angola ou em qualquer outro cenário. Fica evidente a necessidade de compreender o medicamento como objeto simbólico, repleto de significados e valores<sup>49</sup> que ultrapassam, em muito, a lógica administrativa de seleção, compra e distribuição. No caso aqui relatado, os medicamentos contraceptivos e os DIU estavam vencendo e em quantidade abundante no estoque. Não há, portanto, falta de produtos ou recursos financeiros para isso. De igual modo, não havia, também, impedimentos de transporte, de armazenamento ou outras condições de estrutura física para disponibilizar os produtos. Os impedimentos são de ordem de estrutura social, muito mais complexas em termos de intervenções e de resolução. No entanto, estas questões não são consideradas em nenhuma política farmacêutica conhecida a nível nacional.

## Considerações finais

O acesso aos métodos contraceptivos de forma segura e racional é essencial na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Em Angola, o acesso a estes ainda é incipiente, devido a inúmeras barreiras que se colocam, como questões estruturais (alto índice de corrupção, pobreza, organização do sistema de saúde e políticas públicas deficientes) e o componente cultural, que perpassa todos os atores envolvidos e precisa ser compreendido na sua complexidade. É importante referir que saúde sexual e reprodutiva não se limita apenas ao controle de natalidade, antes, a sua efetivação consiste na garantia da dignidade humana, logo, é uma tratativa não individualista.

Para dirimir estas barreiras é necessário que se reconheça as fragilidades do sistema de saúde ao mesmo tempo que se pense em estratégias governamentais eficazes. Estas não devem se limitar a dependência de projetos realizados por organizações não governamentais ou instituições privadas isoladas, mas também considerar ações autóctones como identificar o número de unidades de saúde que fornecem acesso a informações e serviços, a qualidade dessas informações e a qualificação de todos os profissionais presentes nessas unidades. Associado a isso, é preciso considerar os diversos determinantes envolvidos no processo de forma contínua, para que assim reverbere na diminuição das iniquidades e garanta a integralidade do cuidado<sup>50,51</sup>.

Assim, se coloca como desafio a continuidade no estudo sobre as nuances implicadas na garantia da saúde sexual e reprodutiva, de forma acessível e de qualidade por parte

da comunidade feminina africana e mais especificamente a angolana. E que ao fazê-lo, leve-se em conta a violação de direitos que estas mulheres vêm sofrendo ao longo dos tempos, para que assim as intervenções sejam feitas por elas, com elas e para elas.

## Colaboradoras

Calipi EDJF (0009-0009-8445-431X)\* 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. Manzini F (0000-0002-3047-4632)\* e Leite SN (0000-0002-5258-9684)\* contribuíram para o delineamento do projeto, análise de dados para o trabalho, revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Organização das Nações Unidas. Artigo 25: Direito a um padrão de vida adequado. Brasil: OMS; 2018. [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-25-direito-a-um-padrao-de-vida-adequado/>.
2. Babar Z, organizador. Pharmaceutical Policy in Countries with Developing Healthcare Systems. 1. ed. São Paulo: Adis; 2017.
3. Fundo das Nações Unidas para a População. Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 16 dez 1966. [acesso em 2023 set 20]. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto\\_internacional.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf).
4. Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional da OMS para a África. Sistemas de Saúde em África: Percepções e Perspectivas das Comunidades. Brazzaville: OMS; 2012. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese---health\\_systems\\_in\\_africa---2012.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese---health_systems_in_africa---2012.pdf).
5. Organização Mundial da Saúde. O Estado da Saúde na região africana da OMS: uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos objectivos de desenvolvimento sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Brazzaville: OMS; 2018. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: <https://iris.who.int/bits->

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tream/handle/10665/275287/9789290341222-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
6. Fundo das Nações Unidas para a População. Relatório da conferência internacional sobre população e desenvolvimento – plataforma de Cairo. Cairo: FNUAP; 1994. [acesso em 2023 set 20]. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.
  7. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Genova: WHO; 2015. [acesso em 2022 mar 10]. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.
  8. Telo FCA. Direitos reprodutivos e (des)colonização: notas preliminares sobre a colonialidade dos direitos reprodutivos. *Cad. Gênero Divers.* 2019 dez; 5(4).
  9. African Union. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa. Ethiopia; 2003. [acesso em 2023 abr 20]. Disponível em: <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-women-africa>.
  10. Musoke HD. Direitos sexuais e reprodutivos: uma crítica ao artigo 14 do protocolo dos direitos das mulheres da África. *R. Dir. sanit.* 2012; 12(3):57-118.
  11. Portugal A, Bermudez J, Santos R. Acesso a medicamentos: Direito Humano Fundamental! In: Bermudez J, organizador. *Solidariedade ou Apartheid? Lições aprendidas na pandemia*. São Paulo: Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos; 2022. p. 162-5.
  12. Brandão ER, Cabral CS. Juventude, gênero e justiça reprodutiva: iniquidades em saúde no planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde de coletiva.* 2021; 26(7):2673-82.
  13. Farias MR, Leite SN, Tavares NUL, et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50(supl2):14s.
  14. Fonseca C, Marre D, Rifiotis F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horiz Antropol.* 2021; 27(61):7-46.
  15. Guedes KF, Raimundo VK, Bastos S. Saúde reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da pandemia de covid-19. *Bis.* 2021; 22(2):96-105.
  16. Angola. Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de novembro de 2010. Aprova a Política Nacional de Saúde – revoga toda legislação que contra rie o presente decreto. *Diário da República.* 24 Nov 2010. [acesso em 2024 fev 28]. Disponível em: <https://lex.ao/docs/presidente-da-republica/2010/decreto-presidencial-n-o-262-10-de-24-de-novembro/#:::text=O%20presente%20documento%20de%20Pol%C3%ADtica,e%20os%20respectivos%20Planos%20Operacionais>.
  17. Calipi EDJF. Políticas Públicas relacionadas ao acesso aos medicamentos em Angola. Florianópolis. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2023.
  18. Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(9):e00123117.
  19. Mascarenhas ELO. Produção científica africana e afrocentricidade: beleza, saúde, cura e a natureza holística da ciência africana. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2021.
  20. Remenche MLR, Sippel J. A escrevivência de Conceição Evaristo como reconstrução do tecido da memória brasileira. *Cad. Ling. Soc.* 2019; 20(2):37-51.
  21. Marconi MA, Lakatos EM. *Metodologia do Trabalho Científico.* 8. ed. São Paulo: Atlas; 2017.
  22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
  23. Gil AC. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.* 6. ed. São Paulo: Atlas; 2014.
  24. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 1977.

25. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
26. Kinhama VC. Fuga à paternidade em Angola, província do Cuanza Sul, município da cela, (causas e consequências). REASE. 2022; 8(09):2675-3375.
27. Costa MC, Afonso AC, Campos MAS. A fuga à Paternidade à luz do Ordenamento Jurídico Angolano: Um olhar atento às causas e consequências no município do Mungo – Província do Huambo – Angola. Recima. 2023; 4(1):2675-6218.
28. Khatib R, Mckee M, Shannon H, et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. Lancet. 2016; 13(387):61-9.
29. Sado E, Sufa A. Availability and affordability of essential medicines for children in the Western part of Ethiopia: implication for access. BMC Pediatrics. 2016; 16(40):1-8.
30. Yamin AE, Maleche A. Realizing universal health coverage in East Africa: the relevance of human rights. BMC Int. Health Hum. Rights. 2017; 17(21):1-10.
31. Nnaji C, Wiysonge CS, Okeibunor J, et al. Implementation research approaches to promoting universal health coverage in Africa: a scoping review. BMC Health Serv. Res. 2021; 21(414):1-17.
32. Lohmann J, Brenner S, Koulidiati J, et al. No impact of performance-based financing on the availability of essential medicines in Burkina Faso: a mixed-methods study. PLOS glob. public health. 2022; 2(3):e0000212.
33. Telo SV, Witt RR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2018; 23(11):3481-90.
34. Rocha ENSGN, Rodrigues DP, Luchesi LB, et al. Trayectoria histórica de las políticas de salud de la mujer en Angola. Cult. de los Cuid. (Edición digital). 2018; 22(51):38-45.
35. E-global Notícias em português. Angola: Mortalidade materna registra três mil vítimas por ano. E-global. 2023 mar 10. [acesso em 2023 mar 10]. Disponível em: <https://e-global.pt/noticias/lusofonia/angola/angola-mortalidade-materna-regista-tres-mil-vitimas-por-ano/#:~:text=A%20posi%C3%A7%C3%A3o%20de%20Angola%20tem,lugar%2C%20tendo%20subido%2027%20lugares.>
36. Population Reference Bureau. World Population Data Sheet: middle-africa. 2021. [acesso em 2023 mar 10]. Disponível em: <https://interactives.prb.org/2021-wpds/wp-content/uploads/2021/08/2021-world-population-data-sheet-middle-africa.pdf>.
37. Paiva CCN, Caetano R. Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo. Esc Anna Nery. 2020; 24(1).
38. Guttmacher Institute. Investimento na Saúde Sexual e Reprodutiva na União Africana. [acesso em 2023 mar 9]. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/pt/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-african-union#:~:text=As%20pol%C3%ADticas%20da%20Uni%C3%A3o%20Africana,as%20pessoas%20que%20deles%20necessitam.>
39. Tamale S. Controle da Fertilidade das Mulheres em Uganda: Perspectivas sobre religião, direito e medicina. Sur - Rev. int. direitos human. 2016; 13(24):117-28.
40. Carneiro AS. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
41. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4. [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>.
42. Goldenberg T, Stephenson, R. Applying a deviance framework to understand modern contraceptive use in sub-Saharan Africa. PLoS ONE. 2019; 14(5):e0216381.

43. Brasil. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União. 2 Set 2022.
44. Telo FCA. Direitos reprodutivos e (des)colonização: notas preliminares sobre a colonialidade dos direitos reprodutivos. Cad. Gênero Divers. 2019 dez; 5(4):199-218.
45. Oyèrónké O. Conceituando gênero: os fundamentos eurocêntricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. 2004. [acesso em 2023 mar 20]. Disponível em: [https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oyèrónké\\_oy?wùmí\\_-conceitualizando\\_o](https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oyèrónké_oy?wùmí_-conceitualizando_o).
46. Ribeiro AA, Ricardi LM, Pontes MA, et al. Assistência Farmacêutica e governança global da saúde em tempos de Covid-19. Saúde debate. 2022; 46(133):501-17.
47. Fundo de População das Nações Unidas Brasil, Johnson & Johnson Foundation. Guia para saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica: Informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Enlace; 2022.
48. Musoke HD. Direitos sexuais e reprodutivos: uma crítica ao artigo 14 do protocolo dos direitos das mulheres da África. Rev. Dir. sanit. 2012; 12(3):57-118.
49. Lefebvre H. O Direito à Cidade. São Paulo: Editora Moares; 1991.
50. Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. Saúde debate. 2014; 38(101):244-53.
51. Souza KV, Tyrrell MAR. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. Texto contexto – enferm. 2007; 16(1):47-54.

---

Recebido em 29/06/2023

Aprovado em 03/10/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto



## Gadelha CAG, Gimenez DM, Cassiolato JE. Saúde é desenvolvimento: o Complexo Econômico-Industrial da Saúde como opção estratégica nacional

Nilson do Rosário Costa<sup>1</sup>, Rafaela Küster Gon<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/2358-289820241409027P

**EM SETEMBRO DE 2023, O III GOVERNO LULA** lançou a Nova Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis), com previsão de investimentos em torno de R\$ 42 bilhões, oriundos de recursos privados e públicos, até 2026. O objetivo da iniciativa é produzir localmente 70% dos medicamentos e insumos básicos utilizados no setor saúde e reduzir o déficit comercial do País. A proposta tem a participação de 11 Ministérios, coordenados pelas pastas da Saúde e do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços, além de nove órgãos e instituições públicas. A repercussão foi inesperadamente positiva, mesmo na imprensa avessa às políticas indutivas de governo, em razão da elevada dependência externa da oferta de insumos para o setor saúde revelada pela pandemia da Covid-19<sup>1</sup>. Como sinalizado durante a campanha eleitoral, a nova coalizão governo aposta na reindustrialização da economia brasileira e a proposta do Ceis ganhou centralidade na política pública de inovação e difusão tecnológica.

Nesse cenário, é obrigatório o convite à leitura da coletânea ‘Saúde é Desenvolvimento: O Complexo Econômico-Industrial da Saúde como opção estratégica nacional’, que reúne um conjunto amplo e diversificado de artigos de mais de 40 autores, majoritariamente economistas, que advogam que o Ceis dará um novo sentido à reindustrialização nacional para gerar “inclusão, acesso aos bens públicos e à defesa do meio ambiente”<sup>2(247)</sup>.

O livro defende que somente o fortalecimento do Ceis pode promover a sustentação do modelo de seguridade social proposto pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e a redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ceis também pode ser um vetor da estratégia nacional de desenvolvimento, articulando a reconstrução da economia nacional com o desenvolvimento social, a ciência, a tecnologia e a inovação, além da sustentabilidade ambiental. A política pública para o Ceis será igualmente decisiva para “a geração de empregos dignos, de qualidade e inseridos nas mudanças tecnológicas em curso no mundo do trabalho”<sup>2(29)</sup>.

A publicação detalha a agenda do Ceis em cinco grandes blocos temáticos 1) Estado, território e ambiente; 2) Dinâmica competitiva e de inovação e os desafios para o acesso à saúde no Brasil; 3) Macroeconomia para o desenvolvimento do Ceis; 4) O mercado de trabalho em saúde; e 5) O Ceis como paradigma de uma nova geração de políticas públicas.

Uma das fortalezas da publicação é o tratamento da especialização regressiva, da dependência tecnológica e do papel do Estado. São destacados os problemas estruturais no campo da tecnologia,

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

que reforçam, segundo os autores, a condição de vulnerabilidade econômica e social brasileira. Como demonstrado por várias publicações, a pandemia da Covid-19 explicitou a condição de dependência externa brasileira em relação à importação de insumos tecnológicos básicos. A perspectiva estrutural assumida pelos autores reitera que a fragilidade da base tecnológica nacional, observada naquele contexto severo, é decorrente do processo de desindustrialização e da reprimarização generalizada da economia brasileira.

Na contramão dessa tendência, a pauta do Ceis aponta para a retomada do padrão de intervenção 'desenvolvimentista' do Estado brasileiro. O Brasil deve seguir o exemplo das economias centrais que, por decorrência direta da pandemia, abandonaram a austeridade fiscal e trouxeram de volta as funções empreendedoras do Estado na condução e execução da inovação tecnológica e produtiva pela via do nacionalismo econômico. Seguindo esta vertente, os autores da coletânea alertam que as sociedades estão diante da rápida mudança do paradigma tecnológico, que envolve Big Data, Blockchain, Inteligência Artificial e computação em nuvem, tornando a intervenção estratégica do Estado-nação absolutamente vital.

A leitura atenta dos trabalhos da coletânea permite identificar alguns lapsos que poderão ser mitigados em nova edição. O principal diz respeito à tímida problematização do contexto institucional que condiciona e delimita a política industrial no País, na linha apontada por Suzigan & Villela<sup>3</sup>.

Nessa perspectiva, é importante ampliar a explicação sobre o papel do setor privado no arranjo institucional de saúde brasileiro, dialogando com a reflexão pioneira proposta por Hésio Cordeiro há duas décadas<sup>4</sup>. Cordeiro demonstra que é o processo de capitalização da prática médica – que articula instituições prestadoras de assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos materiais (medicamentos e equipamentos) – que conforma, no Brasil, o 'complexo

econômico industrial' setorial, desde os anos 1970. Para o autor, esse complexo define as condições estruturais do sistema de desigualdades na organização da atenção à saúde no País<sup>5</sup>. E tal sistema persiste em escala ampliada no País, a despeito da conformação do SUS<sup>5</sup>.

Ademais, o crescimento das despesas das famílias de classe média e alta, bem como o setor de planos de saúde, tornaram a esfera privada majoritária no financiamento setorial. Essa condição recomenda que seja problematizada a afirmação repetida em várias partes da publicação, de que

o Brasil conta com o maior sistema universal de saúde do mundo e possui um sistema produtivo e inovativo potente em saúde, que mobiliza cerca de 10% do PIB<sup>2,(22)</sup>.

É fato, portanto, que o sistema de desigualdades na saúde não tem favorecido a inclusão e o acesso a bens públicos na escala exigida pela agenda da seguridade social esboçada na CF/1988. Pelo contrário, o processo de focalização das ações do SUS na população em situação de pobreza tem predominado em contraposição à gentrificação da clientela vinculada ao segmento de planos de saúde e ao desembolso<sup>5</sup>. Este é o desafio central que a Nova Estratégia Nacional para Desenvolvimento do Ceis terá que considerar para alcançar os adequados objetivos sociais do projeto.

É necessário assinalar, adicionalmente, que a dependência tecnológica não tem obstaculizado a capacidade de incorporação de produtos biomédicos inovadores pelo setor privado e pelo próprio SUS. Desde a década de 2000, o Brasil superou a restrição cambial que impedia a importação de pacotes tecnológicos pelo setor privado e pelo SUS. As compras governamentais e a encomenda tecnológica às empresas biomédicas líderes globais têm orientado a política de inovação de produtos para o setor público. Esse tem sido um processo essencialmente cooperativo entre o Estado nacional e as multinacionais, como demonstram o desenho das

Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP) de 2008 e o recente contrato emergencial da Fundação Oswaldo Cruz com a farmacêutica Astrazeneca para a produção local da vacina contra o novo coronavírus, por meio da transferência tecnológica onerosa<sup>6</sup>.

A opção pela licença compulsória aplicada ao caso do antirretroviral Efavirenz, celebrado por Flynn<sup>7</sup> como o caminho brasileiro, não prosperou na relação entre as políticas de governo e as multinacionais farmacêuticas. A coletânea ganhará em robustez apontando os acertos, dilemas e fragilidades da experiência brasileira recente de incentivo à produção local de insumos farmacológicos e equipamentos com foco na atuação dos Laboratórios Públicos Oficiais, por meio da opção pela cooperação e não pelo conflito com as regras de proteção à propriedade intelectual.

Por fim, cabe lembrar que a política contemporânea do nacionalismo econômico, diante da impossibilidade de restringir por completo o intercâmbio comercial com outros países, optou pela proteção seletiva de setores essenciais por meio de crédito direto, subsídios, barreira tarifária e não tarifária<sup>8</sup>. A definição do plano conceitual dos setores essenciais para o País, no âmbito do Ceis, numa próxima edição ampliada, será de grande utilidade para a viabilidade política da renovada e bem-vinda pauta desenvolvimentista desenhada pelos autores.

## Colaboradores

Costa NR (0000-0002-8360-4832)\* e Gon RK (0000-0003-4281-1808)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Editora Globo. Pandemia evidenciou a falta de investimento em saúde. *Jornal Valor Econômico*. 2023 out 11. (Editorial). [acesso em 2023 out 11]. Disponível em: <https://valor.globo.com/opiniao/noticia/2023/10/11/pandemia-evidenciou-a-falta-de-investimento-em-saude.ghhtml>.
2. Gadelha CAG, Gimenez DM, Cassiolato JE. Saúde é desenvolvimento: o Complexo Econômico-Industrial da Saúde como opção estratégica nacional. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz; 2022. [acesso em 2024 mar 1]. Disponível em: <https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/introducao-sus/assets/docs/CEE-Fiocruz-Saude-e-desenvolvimento.pdf>.
3. Suzigan W, Villela AV. *Industrial Policy in Brazil*. Campinas: Unicamp; 1997.
4. Cordeiro H. *A Indústria de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.
5. Costa NR, Vaitsman J. Universalization and Privatization: how policy analysis can help understand the development of Brazil's health system. *J. Comparat. Polic. Analys, Res. Pract.* 2014; 45(16):441-56.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Costa NR, Raupp AC, Jatobá A. Complexo Econômico-Industrial da Saúde e a produção local de medicamentos: estudo de caso sobre sustentabilidade organizacional. *Saúde debate*. 2019; 43(esp7):8-21.
7. Flynn M. Public Production of Anti-Retroviral Medicines in Brazil, 1990-2007. *Develop. Change*. 2008; 39(4):513-36.
8. Rodrik D. Nacionalismo de Maneira Certa. *Jornal Valor Econômico*. 2023 out 9. [acesso em 2023 out 9]. Disponível em: <https://valor.globo.com/opiniao/coluna/nacionalismo-da-maneira-certa.ghtml>.

---

Recebido em 13/11/2023

Aprovado em 17/11/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

**Editora responsável:** Maria Lucia Frizon Rizzotto

# 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](http://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](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](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

### Modalidades de textos aceitos para publicação

**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](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

### 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](http://www.publicationethics.org). These integrity and ethical standards recommendations in conducting and reporting research are available at [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](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](http://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](http://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](mailto: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](mailto: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](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](mailto: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](http://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](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](http://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](http://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](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



## 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)

Miguelin - Diretório das revistas científicas eletrônicas brasileiras

Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências

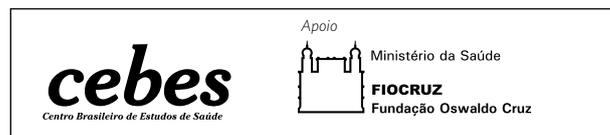
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)

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)

A revista Saúde em Debate é associada à  
Associação Brasileira de Editores Científicos



## 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  
Heleno Rodrigues Corrêa Filho  
Itamar Lages  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Lizaldo Andrade Maia  
Lucia Regina Florentino Souto  
Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos  
Maria Edna Bezerra da Silva  
Maria Eneida de Almeida  
Ronaldo Teodoro dos Santos  
Sergio Rossi Ribeiro

### SECRETÁRIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Giovanna Bueno Cinacchi

### 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](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)  
E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

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, 2024.

v. 48. n. 140; 27,5 cm

ISSN 2358-2898

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)